

सरल सुरक्षा बीमा, निवा बूपा हेल्थ

इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड - प्रपोजल फॉर्म

बीमा अनुबंध भी एक कानूनी अनुबंध है और यह ट्रस्ट पर आधारित है और हम आप पर भरोसा करते हैं।

हम समझते हैं कि आप नहीं जानते होंगे कि आपके स्वास्थ्य की जानकारी कितनी प्रासंगिक है और यह आपकी पॉलिसी पर प्रभाव डालती है। इसलिए यह बहुत महत्वपूर्ण है कि आप सभी स्वास्थ्य सूचनाओं का खुलासा करें और हम तय करेंगे कि यह कितना प्रासंगिक है (हम इसे 'भौतिक तथ्य' कहते हैं)। हम आपकी पॉलिसी

को रद्द कर देंगे, किसी भी दावे का भुगतान नहीं करेंगे, भुगतान किए गए किसी भी प्रीमियम को वापस नहीं करेंगे और आपके खिलाफ सभी संभव कानूनी कार्रवाई करने का अधिकार है, जिसमें पहले भुगतान किए गए लाभों की वसूली भी शामिल है, यदि बीमा के लिए प्रस्तावित सभी सदस्यों के बारे में सही और पूरी जानकारी प्रदान नहीं की जाती है।

विनियमों में कहा गया है कि कवरेज तभी शुरू हो सकता है जब हमें पूर्ण प्रीमियम प्राप्त हो और जोखिम को स्पष्ट रूप से स्वीकार कर लिया

1-प्रस्तावक विवरण:

नाम	<input type="checkbox"/> स्त्री-विभेद्यन्त्र	<input type="checkbox"/> दक्षिण	<input type="checkbox"/> N	एक लाख और	<input type="checkbox"/>	लाख में	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	बड़ा और	<input type="checkbox"/> N	एक लाख और	<input type="checkbox"/>	बड़ा एक	<input type="checkbox"/> दक्षिण	<input type="checkbox"/> N	एक लाख और	<input type="checkbox"/>	
लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> तृतीय लिंग	जन्म तिथि				<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	लाख लाख और	और	और	और	और	और	और	और	और
पता																		
लैंड मार्क													शहर					
जिला													राज्य					
पिन कोड					ईमेल आईडी													
मोबाइल					खाता संख्या													
पैन नं.					राष्ट्रीयता													

अधिभाग:  वैतनिक  स्वनियोजित  छात्र  गृहस्वामिनी  अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें \_\_\_\_\_

वार्षिक आय (रु) \_\_\_\_\_ सीकेवाईसी नंबर (वैकल्पिक): \_\_\_\_\_

क्या आप पॉलिसी फिट की फिजिकल कॉपी चाहते हैं हां नहीं

मैं बच्चों के लिए ग्रह को संरक्षित करने के लिए अपना काम करूंगा। मैं हरा हो जाऊंगा। मुझे सॉफ्ट कॉपी ही भेजें। कृपया सख्ती से कोई कागज नहीं

मैं चाहता हूँ कि इस नीति का श्रेय ईआईए को दिया जाए।

मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या \_\_\_\_\_ इंश्योरेंस रिपोजिटरी का नाम (जिसके साथ आपने अपना अकाउंट खोला है)

1. मैसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड

2. मैसर्स सेंट्रल इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड

3. मैसर्स कार्बी इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड

4. मैसर्स कैम्स रिपोजिटरी सर्विसेज लिमिटेड (कृपया किसी एक का चयन करें) या

यदि आप चाहते हैं कि हम आपके लिए ईआईए खाता खोलने में मदद करें, तो कृपया खंड 9, एनईएफटी और बैंक विवरण में विवरण भरें या

मेरे पास ईआईए नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता

मैं निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस या उसके किसी भी एजेंट और/या थर्ड पार्टी/एफिलिएट को मेरे रजिस्टर्ड फोन नंबर पर एसएमएस/ईमेल/फोन/व्हाट्सएप/फेसबुक या किसी अन्य मोड के माध्यम से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जो वेल्कम कॉल/एसएमएस, सर्विस कॉल/एसएमएस, पॉलिसी से संबंधित जानकारी या कोई अन्य वाणिज्यिक संचार करने के लिए मेरे 'डीएनडी' पंजीकरण को ओवरराइड करता है।

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई भी राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (पीईपी) है हाँ  नहीं

#PEP वह व्यक्ति है जिसे प्रमुख सार्वजनिक कार्यों जैसे केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या

सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ अधिकारी, महत्वपूर्ण पार्टी अधिकारी सौंपे गए हैं या सौंपे गए हैं। (यदि आपने

पीईपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रश्नावली भरें)

2- आवेदकों का विवरण और योजना चयन:

आवेदक संख्या	नाम	लिंग (पुरुष/महिला/अन्य)	ऊंचाई (फीट और इंच)	वजन (किग्रा)	जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)	मोबाइल नंबर	प्रस्तावक से संबंध	सम इंश्योर्ड इंडिविजुअल
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

### 3- कवरेज चयन:

आधार कवरेज:	
पॉलिसी का प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्ति
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	वयस्कों _____ बच्चे _____
मृत्यु (बेस सम इश्योर्ड)	
स्थायी पूर्ण विकलांगता (PTD)	बेस सम इश्योर्ड तक
स्थायी आंशिक विकलांगता (पीपीडी)	बेस सम इश्योर्ड तक
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष

वैकल्पिक कवरेज:	
अस्थायी पूर्ण विकलांगता (TTD)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने का खर्च	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
शिक्षा अनुदान	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

### 4- नामांकन:

प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, नामांकित व्यक्ति को दावे का भुगतान किया जाएगा। अन्य बीमित व्यक्तियों के लिए, प्रस्तावक नामांकित व्यक्ति है। नामांकित व्यक्ति को भुगतान कंपनी की पूर्ण देयता का निर्वहन करता है।

नामिनी का नाम	जन्म तिथि	प्रस्तावक के साथ संबंध	नामिनी का पता, मोबाइल नंबर और ईमेल आईडी	नियुक्त व्यक्ति का नाम (यदि नामांकित व्यक्ति की आयु 18 वर्ष से कम है)

### नामिनी का बैंक विवरण:

लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम \_\_\_\_\_ खाता प्रकार  बचत  प्रवाह

खाता संख्या \_\_\_\_\_ आईएफएससी कोड \_\_\_\_\_

### 5- चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी:

बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित व्यक्तियों में से किसी के संबंध में:	सदस्य 1	सदस्य 2	सदस्य 3	सदस्य 4	सदस्य 5	सदस्य 6
क्या आप अच्छे स्वास्थ्य में हैं और/या जन्म के बाद या बाद में किसी मानसिक/शारीरिक हानि और/या विकृति और/या विकलांगता से पीड़ित नहीं हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

### 6- घोषणा:

मैं एतद्वारा अपनी ओर से और बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सभी मामलों में सत्य और पूर्ण हैं और मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूँ।

मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमाकर्ता की हामीदारी नीति के अधीन है और यह कि पॉलिसी प्रभावी प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के बाद ही लागू होगी।

मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं बीमित किए जाने वाले जीवन के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी परिवर्तन को प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले लिखित रूप में सूचित करूंगा।

मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से चिकित्सा जानकारी मांगने वाली कंपनी को सहमति देता हूँ, जिसने किसी भी समय बीमित / प्रस्तावक या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से किसी भी चीज के बारे में चिकित्सा जानकारी मांगी है जो बीमित व्यक्ति के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है / प्रस्तावक और किसी भी बीमाकर्ता से जानकारी मांगना जिसे बीमित व्यक्ति / प्रस्तावक पर बीमा के लिए आवेदन किया गया है प्रस्ताव और/या दावा निपटान को हामीदारी देने के उद्देश्य से।

मैं कंपनी को अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसमें बीमित/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं, जो प्रस्ताव और/या दावों के निपटान को हामीदारी देने के एकमात्र उद्देश्य के लिए और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ हैं।

मैं/हम कंपनी को मेरे/हमारे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं, जिसमें हमारे सूचीबद्ध प्रदाता के साथ सेवा वितरण के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं।

यदि प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं: इस फॉर्म की सामग्री मेरे द्वारा भाषा में \_\_\_\_\_ प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम \_\_\_\_\_ है \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ to प्रस्तावक की उपस्थिति में जिन्होंने इसे समझा और पुष्टि की है।

गवाह कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा कोई और होना चाहिए।

दिनांकित \_\_\_\_\_ स्थान \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ के हस्ताक्षर

प्रमाणित Person \_\_\_\_\_ के हस्ताक्षर प्रमाणित व्यक्ति का मोबाइल नंबर \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ के हस्ताक्षर साक्षी का मोबाइल नंबर \_\_\_\_\_



#### 14- दावों की वापसी और भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प:



बैंक ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम: \_\_\_\_\_

बैंक का नाम: \_\_\_\_\_

आईएफएससी: \_\_\_\_\_

खाता संख्या: \_\_\_\_\_

खाता प्रकार: \_\_\_\_\_

#### 15- कंपनी द्वारा पावती:

आवेदन सं. \_\_\_\_\_

खजूर / /

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/डिमांड ड्राफ्ट/Others \_\_\_\_\_ of राशि द्वारा रु. \_\_\_\_\_ की प्राप्ति के लिए धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं। दिनांकित \_\_\_\_\_ पर खींचा गया

न तो बीमा के लिए एक पूर्ण प्रस्ताव के लिए हमें प्रस्तुत करना और न ही पॉलिसी जारी करने के लिए किया गया कोई भुगतान हमें पॉलिसी जारी करने के लिए सहमत होने के लिए बाध्य करता है, जो निर्णय हमेशा हमारे एकमात्र और पूर्ण विवेक में होगा। यदि हम बीमा के लिए कोई प्रस्ताव स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन होगा और यदि प्रीमियम हमें पूर्ण और समय पर प्राप्त नहीं होता है या वसूल नहीं होता है तो हमारी कोई देयता नहीं होगी। यदि हम प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और बिना ब्याज के आपसे प्राप्त चिकित्सा परीक्षणों की लागत, यदि कोई हो, काटने के बाद भुगतान वापस कर देंगे।

रिसीवर और कार्यालय seal \_\_\_\_\_ का नाम और हस्ताक्षर

निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड; पंजीकृत कार्यालय: - सी -98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024

अस्वीकरण: बीमा याचना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईआरडीएआई पंजीकरण संख्या 145)। 'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और लाइसेंस के तहत निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा उपयोग किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888 वेबसाइट: www.nivabupa.com। सीआईएन: U66000DL2008PLC182918। नियम और शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया बिक्री समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।