

यूआरएन: 013

1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी नाम

डीओबी लिंग: पुरुष मादी इतर राष्ट्रीयत्व

सध्याचा पत्ता

सीमाचिन्ह शहर

जिल्हा राज्य वैयक्तिक ओळख क्रमांक

लँडलाइन नंबर मोबाइल नंबर

ईमेल आयडी वैकल्पिक संख्या

सीकेवायसी नंबर (ऐच्छिक): पॅन नंबर

वार्षिक उत्पन्न (रुपये)

रोजगार पगारदार स्वयंरोजगार विद्यार्थी गृहिणी इतर, कृपया निर्दिष्ट करा

याद्वारे भरलेला प्रीमियम प्रस्तावकाशी असलेले संबंध

मी सर्व अटी आणि शर्ती वाचल्या आहेत, समजून घेतल्या आहेत आणि स्वीकारल्या आहेत आणि याद्वारे निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स किंवा त्याच्या कोणत्याही एजंट आणि / किंवा तृतीय पक्ष / संलग्न ांना माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर व्हाट्सअप / एसएमएस / ईमेल / फोन / फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे माझ्याशी संपर्क साधण्याचे अधिकार दिले आहेत

आपण किंवा प्रस्तावित अर्जदारांपैकी कोणी पीईपी # आहात का? हो नाही

#Politically एक्सपोज्ड पर्सन (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्वाचे अधिकारी अशा प्रमुख सार्वजनिक कार्ये आहेत किंवा सोपविण्यात आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरूद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

आपल्याला पॉलिसी किटची फिजिकल कॉपी हवी आहे का: हो नाही

बँक तपशील:

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक आयएफएससी कोड

खाते प्रकार बचत चालू आहे फांदी शहर

इलेक्ट्रॉनिक विमा खात्याचा तपशील (ईआयए)

ही पॉलिसी ई-इन्शुरन्स खात्यात जमा करण्याची तुमची इच्छा आहे का? (कृपया कोणताही एक निवडा)

नाही, माझ्याकडे ई-विमा खाते नाही आणि ते उघडण्याची इच्छा नाही

होय, ही पॉलिसी माझ्या ई-विमा खात्यात जमा करा

जर होय, तर कृपया विद्यमान ई-विमा खाते क्रमांक सामायिक करा.

कृपया विमा भांडाराचे नाव निवडा (आपण आपले खाते उघडले आहे)

1. एनएसडीएल 2. सीएमआरएल 3. कार्वी 4. सीएएमएस (कृपया कोणताही एक निवडा)

किंवा

माझ्याकडे विद्यमान ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते तयार करण्यात स्वारस्य आहे

(कृपया संबंधित कागदपत्रांसह इलेक्ट्रॉनिक इन्शुरन्स खाते उघडण्याचा फॉर्म (ईआयए फॉर्म) सबमिट करा).

2. कव्हरेज चयन:

पोर्टेबिलिटीसाठी अर्ज करत आहात का: हो नाही ('होय' असेल तर कृपया स्वतंत्र पोर्टेबिलिटी फॉर्मही भरा).

कृपया संबंधित बॉक्सवर टिक करा:

बेस कव्हरेज: _____

विम्याची रक्कम: (रु.) 50,000 1 तलाव १.५ तलाव 2 लेक २.५ तलाव 3 लेक ३.५ तलाव 4 लेक ४.५ तलाव 5 सरोवर
 5.5 सरोवर 6 सरोवर ६.५ तलाव 7 लेक ७.५ तलाव 8 तलाव ८.५ तलाव 9 लेक 9.5 तलाव 10 तलाव

कव्हरेजचा प्रकार: वैयक्तिक आधारसंपादन। फॅमिली प्लोटर बेसिस

नाही। कव्हर करावयाच्या जीवांची संख्या: प्रौढ _____ लहान मुले _____

प्रीमियम पेमेंट मोड: वार्षिक सहामाही त्रैमासिक दरमहा

3. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

अर्जदार 1

नाम
लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदमक) (इंच) वजन (किलो)
कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख भारतीय नसेल तर टिक करा
प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासरे / सासू / आजोबा / आजी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक - कर्मचारी

अर्जदार २

नाम
लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदमक) (इंच) वजन (किलो)
कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख भारतीय नसेल तर टिक करा
नाते: जोडीदार: आवाज कन्या वडील आई सासरा सासू

अर्जदार 3

नाम
लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदमक) (इंच) वजन (किलो)
कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख भारतीय नसेल तर टिक करा
नाते: जोडीदार: आवाज कन्या वडील आई सासरा सासू

अर्जदार 4

नाम
लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदमक) (इंच) वजन (किलो)
कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख भारतीय नसेल तर टिक करा
नाते: जोडीदार: आवाज कन्या वडील आई सासरा सासू

अर्जदार 5

नाम
लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदमक) (इंच) वजन (किलो)
कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख भारतीय नसेल तर टिक करा
नाते: जोडीदार: आवाज कन्या वडील आई सासरा सासू

अर्जदार 6

नाम
लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदमक) (इंच) वजन (किलो)
कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख भारतीय नसेल तर टिक करा
नाते: जोडीदार: आवाज कन्या वडील आई सासरा सासू

4. नामांकन

प्रस्तावकाचा मूल्य झाल्यास, पॉलिसी अंतर्गत देय असलेले कोणतेही देयक खाली दिलेल्या नॉमिनीला देय होईल. नॉमिनीद्वारे अशी देयके प्राप्त होणे पॉलिसी अंतर्गत कंपनीचे दायित्व पार पाडणे ठरेल. इतर सर्व अर्जदारांसाठी नामनिर्देशित व्यक्ती स्वतः प्रस्तावक असेल.

नॉमिनीचे नाव	जन्म तारीख	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	नॉमिनीचा पत्ता, मोबाइल नंबर ईमेल आयडी	नियुक्तीचे नाव (जर नॉमिनीचे वय १८ वर्षांपेक्षा कमी असेल तर)

नॉमिनीचा बँक तपशील: लाभार्थीचे नाव: _____

बँकेचे नाव _____ खाते प्रकार बचत चालू आहे

खाते क्रमांक _____ आयएफएससी कोड _____

5. वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्ताव माहिती

महत्वाचे: कृपया खात्री करा की या विभागातील सर्व प्रश्नांची उत्तरे सत्य आणि पूर्णपणे आहेत कारण आपण येथे दिलेली माहिती निवा बुपा यांच्या अंडरराइटिंगचा आधार असेल. कृपया लक्षात घ्या की कोणतीही अपूर्ण, चुकीची, अंशतः योग्य माहिती आपल्या वैद्यकीय दाव्यावर आणि / किंवा कव्हरेजवर परिणाम करू शकते.

विभाग ए: कृपया वैद्यकीय परिस्थितीबद्दल माहिती सामायिक करा						
कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सकल करा	अर्जदार क्रमांक					
	1	2	3	4	5	6
१. तुम्ही कधी ५ दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहात, कोणतीही शस्त्रक्रिया केली आहे / सल्ला दिला आहे किंवा कोणतीही औषध घेतली आहेत / १४ दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही लक्षण आढळली आहेत का? औषधीपचार इनहेलर, इंजेक्शन, टॉडी औषध आणि सामायिक अनुप्रयोगांचा समावेश आहे परंतु मर्यादित नाही.						
ii. थायरोईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, टेडमिल चाचणी, अँजिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसी यासारख्या कोणत्याही निदाने चाचण्या किंवा तपासण्यांमध्ये आपल्याला कधी प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?						
३. तुम्हाला मधुमेह किंवा प्री-डायबिटीस आहे का किंवा तुम्हाला कधी उच्च रक्तातील साखर आहे का?						
४. तुम्हाला हायपरटेंशन किंवा उच्च रक्तदाब आहे का?						
५. तुम्हाला आधीपासून काही आजार / परिस्थिती आहे का?						
vi. आपल्याला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / अनुवांशिक विकार किंवा एचआयव्ही / एड्सचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?						
vii. तुम्हाला कधी कोणत्याही मानसिक/ मानसिक विकारांचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?						
viii. अर्जदाराच्या आयुष्यावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा वगळल्यासारख्या कोणत्याही विशेष अटीच्या अधीन राहिला आहे का?						

कलम ब : (अर्जदार धूम्रपान करत असेल किंवा तंबाखू/गुटखा/पानमसाला किंवा मद्यपान करत असेल तरच कृपया हा विभाग भरावा)	चघळण्यायोग्य तंबाखू / गुटखा / पान मसाला - जर होय तर कृपया दररोज पाऊचची संख्या निर्दिष्ट करा		२. अल्कोहोल. जर होय, तर कृपया दर आठवड्याला मिली निर्दिष्ट करा			सिगारेट / बिडी / सिगार. जर होय, तर कृपया दररोज वापर निर्दिष्ट	
	1-10	>10	<= 450	>450	दररोज मद्यपान करणे	1-10	>10
अर्जदार 1							
अर्जदार २							
अर्जदार 3							
अर्जदार 4							
अर्जदार 5							
अर्जदार 6							

विभाग सी: विभाग अ मध्ये होय (य) चिन्हांकित प्रश्नांसाठी, कृपया खालील माहिती निर्दिष्ट करा:

अर्जादार क्रमांक	लक्षणे किंवा तपासण्या किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शस्त्रक्रिया यांचा तपशील				औषधे[संपादन]	डोस	सद्यस्थिती (उदा. पूर्ण / आंशिक पुनर्प्राप्ती किंवा चालू उपचार)	डॉक्टरांचे नाव आणि संपर्क तपशील	मधुमेह असल्यास जोडलेली कागदपत्रे (होय/नाही)
	मधुमेह एचबीए 1 सी पातळी	जर उच्च रक्तदाब बीपी पातळी		इतर कोणतीही माहिती					
		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक						

6. इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी पूर्तता आणि सेवा संप्रेषणासाठी अधिकृतता

अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे आपली पॉलिसी आणि सेवेशी संबंधित सर्व संप्रेषण ईमेल आयडीवर पाठविण्याचे अधिकार कंपनीला देऊन आपण पर्यावरणाचे रक्षण करू इच्छित आहात आणि कागद वाचविण्यास मदत करू इच्छिता? हो नाही

7. घोषणा (कृपया काळजीपूर्वक वाचा आणि प्रस्ताव फॉर्मवर स्वाक्षरी करण्यापूर्वी प्रत्येकावर चेक मार्क लावा)

- मी माझ्या वतीने आणि विमा प्रस्तावित सर्व व्यक्तींच्या वतीने जाहीर करतो की मी दिलेली वरील विधाने, उत्तरे आणि / किंवा तपशील माझ्या माहितीप्रमाणे सर्व बाबतीत सत्य आणि परिपूर्ण आहेत आणि मी या इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्ताव ठेवण्यास अधिकृत आहे.
- मी समजतो की मी प्रदान केलेली माहिती विमा पॉलिसीचा आधार असेल, विमा कंपनीच्या मंडळाने मंजूर केलेल्या अंडरराइटिंग पॉलिसीच्या अधीन असेल आणि शुल्क आकारण्यायोग्य प्रीमियम पूर्ण भरल्यानंतरच पॉलिसी लागू होईल.
- मी पुढे जाहीर करतो की प्रस्ताव सादर केल्यानंतर परंतु कंपनीने जोखीम स्वीकारल्याची माहिती देण्यापूर्वी विमा धारक / प्रस्तावक म्हणून व्यवसायामध्ये किंवा जीवनाच्या सामान्य आरोग्यात होणारे कोणतेही बदल मी लेखी स्वरूपात सूचित करीन.
- मी जाहीर करतो की विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तीच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणार्या कोणत्याही गोष्टीबद्दल कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागविणार् या कंपनीला मी संमती देतो आणि विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तीवर विम्यासाठी अर्ज केलेल्या कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती मागतो प्रस्ताव कमी लिहिण्याच्या आणि / किंवा दावा सेटलमेंटच्या हेतूने.
- मी कंपनीला माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती सामायिक करण्यास अधिकृत करतो ज्यात विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय नोंदींचा समावेश प्रस्ताव आणि / किंवा दाव्यांचा निपटारा करण्याच्या एकमेव हेतूने आणि कोणत्याही सरकारी आणि / किंवा नियामक प्राधिकरणाशी सामायिक करणे आहे.
- मी / आम्ही कंपनीला सेवा वितरणाच्या एकमेव हेतूसाठी विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय रेकॉर्डसह माझ्या / आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.

तारीख जागा प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

8. स्थानिक घोषणापत्र

(प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केल्यास प्रमाणपत्र (कंपनीच्या एजंट/ कर्मचाऱ्याव्यतिरिक्त इतर कोणी तरी साक्षीदार व्हावे). या फॉर्मचा मजकूर आणि त्याचे तपशील मी ज्या प्रस्तावकाला समजावून सांगितले आहेत आणि त्याची पुष्टी केली आहे:

नावा[संपादन]। प्रमाणित करणारी व्यक्ती: प्रमाणित व्यक्तीची स्वाक्षरी: प्रमाणित व्यक्तीचा मोबाईल क्रमांक:

साक्षीदाराचे नाव साक्षीदाराची स्वाक्षरी साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक:

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

9. प्रस्तावक घोषणा

(कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर संबंधित कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरली नाहीत असे प्रमाणपत्र). प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर आणि संबंधित कागदपत्रे मला पूर्णपणे समजावून सांगितली गेली आहेत आणि प्रस्तावित कराराचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे. प्रस्ताव फॉर्म माझ्या सूचनेनुसार भरला आहे आणि मला तो योग्य वाटला.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

10. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

प्रीमियम भरण्याचा पर्याय धनादेश डिमांड ड्राफ्ट
 क्रेडिट कार्ड डेबिट कार्ड नेट बँकिंग
 रोकड इतर

प्रीमियम ची रक्कम

ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी:

तारीख

बँकेचे नाव/शाखा

निवा बुपा शाखेचे ठिकाण

कोड क्र.

व्यवसाय :
सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल

कोड क्र.

नाम

प्राप्त प्रस्ताव :

कस्टमर आयडी :

11. केवळ बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड(संपादन) एसपी कोड

आरएम / एलजी कोड

Customer account संख्या

12. विमा सल्लागाराचा अहवाल (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

१. प्रस्तावकाशी तुमचा संबंध आहे का? होय/नाही; होय, तर नात्याचे स्वरूप?

२. प्रस्तावकाला तुम्ही किती काळापासून ओळखता? महिने

३. प्रस्तावकाच्या ओळखीवर तुम्ही समाधानी आहात का? हो नाही

प्रस्तावक किंवा कोणत्याही अर्जदाराला काही शारीरिक विकृती/ दोष किंवा मानसिक अपंगत्व आहे का? हो नाही

५. आपण प्रस्तावित धोरणाच्या अटी, नूतनीकरणाच्या अटी, वगळणे, पॉलिसीचा प्रतीक्षा कालावधी स्पष्ट केला आहे का आणि प्रस्तावकाने वैयक्तिकरित्या आरोग्य घोषणा पूर्ण केली आहे का? हो नाही

६. नैतिक धोक्यासह सर्व घटकांचा विचार करून आपण हा प्रस्ताव फॉर्म स्वीकारण्याची शिफारस करता का? हो नाही

७. प्रस्तावकाला त्याच्या हिताचे ठरेल अशा सर्वोत्तम कव्हरमध्ये निर्णय घेता यावा यासाठी आपण प्रस्तावकाला सल्ला दिला आहे का आणि सर्व माहिती दिली आहे का? हो नाही

तारीख विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

13. वैधानिक चेतावणी

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

- कोणतीही व्यक्ती भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीसंदर्भात कोणत्याही व्यक्तीला विमा काढण्यास किंवा नूतनीकरण करण्यास किंवा चालू ठेवण्यास प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षरित्या परवानगी देऊ शकत नाही किंवा देऊ शकत नाही, देय कमिशनच्या संपूर्ण किंवा काही भागाची सवलत किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियममध्ये कोणतीही सूट देऊ शकत नाही, तसेच विमा कंपनीच्या प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस किंवा तक्त्यांनुसार परवानगी देण्यात येणारी सवलत वगळता कोणतीही व्यक्ती पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा चालू ठेवणारी कोणतीही सवलत स्वीकारू शकणार नाही.
- या कलमातील तरतुदीचे पालन करण्यात चूक करणार या व्यक्तीस दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

14. आभा आयडी

सदस्याचे नाव	तुमच्याकडे एबीएचए आयडी आहे का?		आभा आयडी	सामायिक करण्यास संमती वैद्यकीय नोंदी	
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय : बँक हस्तांतरण

लाभार्थीचे नाव :-

बँकेचे नाव : आयएफएससी:

खाते क्रमांक:

खात्याचा प्रकार :

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि.
नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४

डिस्कलेमर: इन्शुरन्स हा मागणीचा विषय आहे. निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (पूर्वी मॅक्स बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड म्हणून ओळखली जात होती) (आयआरडीएआय नोंदणी क्र. 'बुपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो हे आपापल्या मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क असून ते निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड लायसन्सअंतर्गत वापरत आहेत. ग्राहक हेल्पलाईन : १८६०-५००-८८८८. संकेतस्थळ : www.nivabupa.com. सीआयएन : U66000DL2008PLC182918. अटी आणि शर्ती, वगळणे, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

उत्पादनाचे नाव: आरोग्य संजीवनी, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP22151V012122

ही जागा जाणीवपूर्वक रिकामी ठेवण्यात आली आहे

निवा बुपा आपल्या ग्राहकांशी निष्पक्ष आणि पारदर्शक राहण्यासाठी समर्पित आहे. हे दस्तऐवज आपल्या पॉलिसीच्या मुख्य वैशिष्ट्यांचा सारांश देते, परंतु ते आपल्या पॉलिसी कराराची जागा घेत नाही आणि आपण या उत्पादनाची खरेदी पूर्ण करण्यापूर्वी आम्ही आपल्याला आपल्या पॉलिसीचे सर्व तपशील वाचण्यास प्रोत्साहित करतो.

निवा बुपा आपल्यासाठी आरोग्य संजीवनी पॉलिसी घेऊन आली आहे - एक आरोग्य विमा योजना ज्यामध्ये आपल्यासाठी सर्व महत्त्वपूर्ण फायदे आहेत. पॉलिसी आपल्याला कोणत्याही प्रकारचे हॉस्पिटलायझेशन, डे केअर उपचार आणि वैकल्पिक उपचारांसाठी कव्हर करते.

पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्याच्या अधीन राहून आपल्या पॉलिसीमध्ये खालील इन-बिल्ट फायदे आहेत:

- खोलीचे भाडे आणि आयसीयू शुल्कासह रुग्णालयातील रुग्ण सेवा.
- खोली भाडे
मर्यादा :- खोलीभाडे : विम्याच्या रकमेच्या २% पर्यंत जास्तीत जास्त रु.५,००० प्रतिदिन.
- आयसीयू/आयसीसीयू : विम्याच्या रकमेच्या 5% पर्यंत जास्तीत जास्त 10,000 रुपये प्रतिदिन.
- सर्व डे केअर उपचारांचा समावेश आहे.
- रोड अॅम्ब्युलन्ससाठी रुग्णालयात दाखल होण्यासाठी दोन हजार रुपयांपर्यंत शुल्क आकारले जाते.
- आयुष्य उपचार (केवळ इनपेशंट केअर).
- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी 30 दिवस आधीपर्यंत.
- रुग्णालयातून डिस्चार्ज मिळाल्यानंतर ६० दिवसांपर्यंत रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतर.
- तोंडी केमोथेरपी, रोबोटिक शस्त्रक्रिया इत्यादी आधुनिक उपचारांमध्ये विम्याच्या रकमेच्या 50% पर्यंत कव्हर केले जाते.
- मोतीबिंदू शस्त्रक्रियेसाठी विम्याच्या रकमेच्या 25% मर्यादितपर्यंत जास्तीत जास्त 40,000 रुपये प्रति डोळा समाविष्ट आहे. हा लाभ २४ महिन्यांच्या विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधीनंतर मिळतो.
- प्रत्येक क्लेम फ्री पॉलिसी वर्षाच्या संदर्भात 5% संचयी बोनस, विम्याच्या रकमेच्या जास्तीत जास्त 50% पर्यंत. दाव्याच्या बाबतीत, संकलित बोनस त्याच दराने कमी केला जाईल

लक्षात घ्या की पॉलिसीनुसार खालील प्रतीक्षा कालावधी लागू आहेत:

- पॉलिसी सुरू झाल्यापासून 36 महिन्यांचा आजार प्रतीक्षा कालावधी आणि सतत नूतनीकरणाला अधीन आहे.
आवश्यक उपचार ांशिवाय 30 दिवसांचा प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी अपघातामुळे होतो जो पहिल्या दिवसापासून कव्हर केला जातो.
- आमच्याबरोबर पहिल्या पॉलिसीच्या स्थापनेपासून 24 आणि 48 महिन्यांचा विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधी, पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केलेल्या काही अटींसाठी, जोपर्यंत ही स्थिती थेट अपघातामुळे उद्भवत नाही (पहिल्या दिवसापासून कव्हर केली जाते).

लक्षात घ्या की पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये नमूद केल्याप्रमाणे मानक बहिष्करण लागू आहेत. याव्यतिरिक्त, वैद्यकीय मूल्यांकनाच्या आधारे, काही विशिष्ट बहिष्करण देखील आपल्या पॉलिसीवर लागू होऊ शकतात.

आपल्या पॉलिसीची इतर प्रमुख वैशिष्ट्ये खालीलप्रमाणे आहेत:

- आपण एखाद्या व्यक्तीसाठी किंवा कुटुंबासाठी पॉलिसी घेऊ शकता. या पॉलिसीअंतर्गत परवानगी दिलेल्या कुटुंबातील सदस्य म्हणजे स्वतः, जोडीदार, मुले, पालक आणि सासू-सासरे. नूतनीकरणादरम्यानच सदस्यांची कोणतीही भर किंवा वगळणी करावी.
- निवडलेली विम्याची रक्कम वैयक्तिक आधारावर (म्हणजे सर्व सदस्यांसाठी स्वतंत्र समान विमा रक्कम) किंवा फ्लोटर आधारावर (म्हणजे सर्व सदस्यांमध्ये सामायिक केलेली समान विमा रक्कम) असू शकते.
- सर्व दाव्यांवर 5% सह-देयक असेल.
- या पॉलिसीअंतर्गत वार्षिक, सहामाही, त्रैमासिक आणि मासिक प्रीमियम भरण्याची पद्धत उपलब्ध आहे. मासिक पद्धतीसाठी, पहिल्या महिन्याच्या प्रीमियम हप्त्यासह दुसऱ्या पॉलिसी महिन्याचा प्रीमियम भरणे आवश्यक आहे. त्यानंतर तिसऱ्या पॉलिसी महिन्यापासून नियमित मासिक प्रीमियम भरावा लागतो. वार्षिक मोड वगळता इतर सर्व प्रीमियम पेमेंट मोडसाठी एसीएच / एसआय अनिवार्य आहे. एकदा प्रीमियम भरण्याची पद्धत निवडल्यानंतर, एक वर्षाच्या पॉलिसी कालावधीच्या शेवटीच बदलली जाऊ शकते.
- दाव्याच्या बाबतीत, जर मासिक किंवा तिमाही किंवा सहामाही प्रीमियम भरण्याची पद्धत निवडली गेली तर पॉलिसी वर्षासाठी देय उर्वरित प्रीमियम ग्राह्य दाव्याच्या रकमेतून वजा केला जाईल.
- आपल्या पॉलिसीचे आजीवन नूतनीकरण आपल्या पुष्टी आणि देय प्रीमियम वेळेवर भरण्याच्या अधीन आहे.

ही जागा जाणीवपूर्वक रिकामी ठेवण्यात आली आहे

- आपल्या वयोगटानुसार आपला नूतनीकरण प्रीमियम वाढेल परंतु आपल्या दाव्याच्या अनुभवाच्या आधारे बदलणार नाही. भविष्यात आयआरडीएआयच्या मान्यतेच्या अधीन राहून आणि वेळोवेळी लागू होणाऱ्या आयआरडीएआयच्या नियम आणि नियमांनुसार उत्पादनासाठी नूतनीकरण प्रीमियम दर ांमध्ये सुधारणा केली जाऊ शकते.
- जर तुमचा प्रस्ताव जारी करण्यास नकार दिला गेला तर प्री पॉलिसी मेडिकल चेकअप (पीपीएमसी) च्या खर्चाच्या 100% खर्च आपण उचलाल.
- फ्री लुक प्रोव्हिजन: जर आपण पॉलिसीच्या अटी आणि शर्ती मान्य करत नसाल तर पॉलिसी दस्तऐवज प्राप्त झाल्यापासून 15 दिवसांच्या आत (डिस्टन्स मार्केटिंगद्वारे पॉलिसी विकली गेली असेल तर 30 दिवस) आपली कारणे सांगून आपण पॉलिसी रद्द करू शकता. कव्हर कालावधीसाठी वैद्यकीय तपासणी, मुद्रांक शुल्क आणि आनुपातिक जोखीम प्रीमियमसाठी शुल्क वजा केल्यानंतर प्रीमियम परत केला जाईल. पॉलिसीच्या नूतनीकरणाच्या वेळी फ्री लुकची तरतूद लागू होत नाही.

टीप:

प्रीमियम: कृपया निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड च्या नावाने सुरक्षित पद्धतीने प्रीमियमची रक्कम जमा करा. काही प्रश्न किंवा दावा असल्यास, कृपया आमच्या ग्राहक हेल्पलाइन क्रमांक: 1860-500-8888 शी संपर्क साधा.

मी कंपनीला वेळोवेळी स्वागत कॉल, सेवा कॉल किंवा इतर कोणतेही संप्रेषण (इलेक्ट्रॉनिक किंवा अन्यथा) करण्यास संमती देतो आणि अधिकृत करतो.

नूतनीकरण देयक साइन-अप

आपल्या आरोग्य विमा पॉलिसीच्या नूतनीकरण प्रीमियमचा भरणा कंपनीकडे आपले विद्यमान स्वयंचलित क्लिअरिंग हाऊस (एसीएच) / स्थायी सूचना (एसआय) चालू ठेवून दरवर्षी केला जाऊ शकतो. या पर्यायांतर्गत, आपल्या पॉलिसीचे त्वरित नूतनीकरण केले जाऊ शकते, परंतु आपण कंपनीला आवश्यक असलेल्या माहिती आणि दस्तऐवजांच्या सर्व अतिरिक्त आवश्यकता पूर्ण करण्याच्या अधीन राहून. हे आपल्या पॉलिसी फायद्यांमध्ये सातत्य सुनिश्चित करेल.

मला एसीएच / एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे.

तारीख: _____

सही प्रस्तावकाचे ई: _____

जागा: _____

पी.आर.चे नाव/संपादन/ओपोजर: _____

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी

दिल्ली-११००२४ डिस्कलेमर: विमा हा मागणीचा विषय आहे. निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (पूर्वी मॅक्स बुपा हेल्थ

इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड म्हणून ओळखली जात होती) (आयआरडीएआय नोंदणी क्र. 'बुपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो हे आपापल्या मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क असून ते निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड लायसन्सअंतर्गत वापरत आहेत. ग्राहक हेल्पलाइन : १८६०-५००-८८८८

. संकेतस्थळ : www.nivabupa.com. सीआयएन : **U66000DL2008PLC182918**. अटी आणि शर्ती, वगळणे,

जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज क्र.

तारीख

चेक/डिमांड ड्राफ्ट/इतरांद्वारे तुमचा प्रस्ताव व रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने _____

रु. _____ drawn on _____ विम्याचा पूर्ण

प्रस्ताव सादर करणे किंवा पॉलिसी जारी करण्यासाठी केलेले कोणतेही पेमेंट आम्हाला पॉलिसी

जारी करण्यास सहमत होण्यास भाग पाडत नाही, जो निर्णय आमच्या एकमेव आणि पूर्ण विवेकात आहे आणि राहिल. जर आम्ही विम्याचा प्रस्ताव

स्वीकारला तर तो पॉलिसीच्या अटी आणि शर्तीच्या अधीन असेल आणि प्रीमियम आम्हाला पूर्ण पणे आणि वेळेत प्राप्त झाला नाही किंवा

वसूल झाला नाही तर आमचे कोणतेही दायित्व राहणार नाही. जर आम्ही प्रस्ताव स्वीकारला नाही, तर आम्ही आपल्याला कळवू आणि आपल्याकडून प्राप्त वैद्यकीय चाचण्यांचा खर्च, जर काही असेल तर व्याजाशिवाय वजा करून पैसे परत करू.

रिसीव्हरचे नाव व स्वाक्षरी व कार्यालयीन सील