

एम्पावर हेल्थ प्लॅन, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड - प्रस्ताव फॉर्म

यूआरएन: 027



1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी _____ नाम _____ जन्म तारीख _____ लिंग पुरुष मादी इतर
सध्याचा पत्ता _____

शहर _____
राज्य _____ Pincode _____

मोबाइल एन०ंबर _____

ईमेल ID _____ पॅन नंबर _____

राष्ट्रीयत्व _____ वार्षिक उत्पन्न (₹.) _____

उद्योग: पगारदार स्वयंरोजगार विद्यार्थी गृहिणी इतर, कृपया निर्दिष्ट करा _____

आपल्याला पॉलिसी किटची भौतिक प्रत हवी आहे का: हो नाही

आरोग्य सेवा कर्मचारी *: हो नाही (* प्रीमियमवर ५ टक्के सूट मिळवा.)

भरलेला प्रीमियम प्रस्तावकाशी संबंध _____

मला माझ्या मोबाइल नंबरवर व्हॉट्सअॅपवर माझ्या पॉलिसीशी संबंधित माहिती आणि अपडेट्स मिळवायचे आहेत.

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 / संलग्नांना माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर एसएमएस / ईमेल / फोन /

व्हॉट्सअॅप / फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे माझ्याशी संपर्क साधण्याचे अधिकार दिले आहेत

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

** पॉलिटिकल एक्सपोज्ड पर्सन (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना प्रमुख सार्वजनिक कार्ये म्हणजे केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायालयीन किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्त्वाचे अधिकारी आहेत. (जर आपण पीईपीविरूद्ध तक्रार केली नसेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

बँक तपशील:

बँकेचे नाव _____ फांदी _____ शहर _____

खाते क्रमांक _____ आयएफएससी कोड _____ खात्याचा प्रकार: बचत चालू आहे

इलेक्ट्रॉनिक विमा खात्याचा तपशील (ईआयए)

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

नाही माझ्याकडे ई-इन्शुरन्स खाते नाही आणि ते उघडण्याची माझी इच्छा नाही

हो ही पॉलिसी माझ्या ई-इन्शुरन्स 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. मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड

2. मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लि.

3. मेसर्स कार्बी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड

4. मेसर्स सीएएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड

माझे विद्यमान ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते तयार करण्यात स्वारस्य आहे (कृपया

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

2. कव्हेरेज निवड:

बेस कव्हेरेज: _____

पॉलिसी प्रकार:	व्यक्तिगत
आधार विमा रक्कम:	4,00,000 रुपये 5,00,000 रुपये
पॉलिसी टर्म:	१ वर्ष

3. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

अर्जदार क्रमांक	नाम	लिंग (पुरुष / स्त्री / इतर)	जन्मतारीख (डीडी/मिमी/वयवाय)	नाते	भारतीय नसेल तर टिक करा
1				स्व	

4. नामांकन

प्रस्तावकाचा मृत्यू 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.

नॉमिनी	जन्म तारीख	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	नॉमिनीचा पत्ता, मोबाइल नंबर आणि 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 प्रस्तावाची 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 कव्हेरेजवर परिणाम करू शकते.

	कृपया मुख्य अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या	अर्जदार	
	कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सर्कल करा		
1	कोणत्याही अर्जदाराला खालीलपैकी कोणत्याही अपंगत्व / आजाराचे निदान झाले आहे का (होय, तर कृपया तपशील द्या)		
a.	अंधत्व	...	N
b.	मस्क्युलर डिस्ट्रॉफी	...	N
c.	कमी दृष्टी	...	N
d.	तीव्र न्यूरोलॉजिकल डिसऑर्डर	...	N
e.	कुष्ठरोग बरा झालेला व्यक्ती	...	N
f.	विशिष्ट शिक्षण अपंगत्व	...	N
g.	कर्णबधिर (कर्णबधिर आणि कर्णबधिर)	...	N
h.	मल्टीपल स्क्लेरोसिस	...	N
i.	लोकोमोटर अपंगत्व	...	N
j.	भाषण आणि भाषेचे अपंगत्व	...	N
k.	डार्व्फिझम	...	N
l.	थॅलेसेमिया	...	N
m.	बौद्धिक अपंगत्व	...	N
n.	हिमोफिलिया	...	N
o.	मानसिक आजार	...	N
p.	सिकल सेल रोग	...	N
q.	ऑटिझम स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर	...	N
r.	कर्णबधिर आणि अंधत्वासह अनेक अपंगत्व	...	N
s.	सेरेब्रल पाल्सी	...	N
t.	अॅसिड हल्ल्यातील पीडित ा	...	N
u.	पार्किन्सन	...	N
2	सामान्य सर्दी, फ्लू, संसर्ग, किरकोळ इजा किंवा इतर किरकोळ आजार वगळता; अर्जदाराला कधी कोणत्याही आजाराचे निदान झाले आहे का आणि / किंवा 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहे आणि / किंवा कोणतीही शस्त्रक्रिया करण्याचा सल्ला दिला गेला आहे आणि / किंवा कोणतीही औषधे घेतली आहेत / 14 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही लक्षणे आढळली आहेत का? औषधोपचार हे इनहेलर, इंजेक्शन, तोंडी औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवरील बाह्य वैद्यकीय अनुप्रयोगांपुरते मर्यादित नाही.	...	N
3	अर्जदाराला थायरोईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल चाचणी, अँजिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसीसी संबंधित कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासणीमध्ये प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?	...	N
4	अर्जदाराला मधुमेह किंवा पूर्व-मधुमेह आहे का किंवा त्याला उच्च रक्तातील साखर आहे का?	...	N
5	अर्जदाराला उच्च रक्तदाब किंवा उच्च रक्तदाब आहे का?	...	N
6	अर्जदाराला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / आनुवंशिक विकार किंवा एचआयव्ही / एड्सचे निदान किंवा उपचार केले गेले आहेत का?	...	N
7	अर्जदाराच्या आयुष्यावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा वगळण्यासारखा विशेष अटीच्या अधीन राहिला आहे का?	...	N

6. इलेक्ट्रॉनिक धोरण 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, उतारे आणि / किंवा तपशील माझ्या माहितीप्रमाणे सर्व बाबतीत सत्य आणि परिपूर्ण आहेत आणि मी या इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्ताव ठेवण्यास अधिकृत आहे.
। समजती की मी दिलेली माहिती विमा पॉलिसीचा आधार बनेल, विमा कंपनीच्या मंडळाने मंजूर केलेल्या अंडरराइटिंग पॉलिसीच्या अधीन आहे आणि शुल्क आकारण्यायोग्य प्रीमियम पूर्ण भरल्यानंतरच पॉलिसी लागू होईल.

। पुढे जाहीर करतो की प्रस्ताव सादर झाल्यानंतर परंतु कंपनीने जोखीम स्वीकारल्याची माहिती देण्यापूर्वी विमा धारक / प्रस्तावक म्हणून व्यवसायामध्ये किंवा जीवनाच्या सामान्य आरोग्यात होणारा कोणताही बदल मी लेखी स्वरूपात सूचित करीन.

। जाहीर करतो की विमा धारक व्यक्तीच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणार्या या कोणत्याही गोष्टीबद्दल कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागविण्यास मी संमती देतो आणि विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तीवर विम्यासाठी अर्ज केलेल्या कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती घेण्यास संमती देतो प्रस्ताव कमी लिहिण्याच्या आणि / किंवा दावा सेटलमेंटच्या हेतूने.

। 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.

दिनांक __/__/____

जागा _____

Proposer _____ यांची 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:

प्रमाणित व्यक्तीचे नाव: _____ प्रमाणित व्यक्तीची स्वाक्षरी: _____ प्रमाणित व्यक्तीचामोबाईल क्रमांक: _____

साक्षीदाराचे नाव: _____ Witness _____ यांची 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. यासाठी तपशीलपरतावा - दाव्यांचा भरणा

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय: बँक ट्रान्सफर

लाभार्थीचे नाव: _____

बँकेचे नाव: _____ आयएफएससी कोड: _____

खाते क्रमांक: _____

खात्याचा प्रकार: _____

11. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरासाठी)

प्रीमियम भरण्याचा पर्याय धनादेश डिमांड ड्राफ्ट क्रेडिट कार्ड रोकड इतर प्रीमियम रक्कम _____

ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी: _____ तारीख: __/__/____ बँकेचे नाव/ शाखा _____

निवा बुधा शाखेचे ठिकाण _____ कोड No _____ व्यवसाय: सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल

कोड No _____ नाम _____ प्राप्त प्रस्ताव: _____ कस्टमर आयडी: _____

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? हो नाही

12. बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरासाठी)

शाखा कोड _____ एसपी कोड _____ आरएम / एलजी कोड _____

ग्राहक खाते क्रमांक _____

13. विमा सल्लागाराचा अहवाल (केवळ कार्यालयीन वापरासाठी)

कॉर्पोरेट एजंटचा विमा सल्लागार / निर्दिष्ट व्यक्ती / ब्रोकर / रिलेशनशिप ऑफिसरचा अधिकृत कर्मचारी या नात्याने मी हे जाहीर करतो की मी या प्रस्ताव फॉर्ममधील सर्व सामग्री स्पष्ट केली आहे, ज्यात प्रस्तावकाला या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये समाविष्ट प्रश्नांचे स्वरूप समाविष्ट आहे, ज्यात त्याने / तिने या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये सादर केलेल्या प्रश्नांची माहिती आणि प्रतिसाद यांचा समावेश आहे किंवा येथे मागितलेले कोणतेही तपशील आधार ठरतील कंपनी आणि प्रस्तावक यांच्यातील विम्याच्या कराराचा, जर हा प्रस्ताव कंपनीने पॉलिसी जारी करण्यासाठी स्वीकारला असेल.

मी पुढे स्पष्ट केले आहे की, जर या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये कोणतेही असत्य विधान / माहिती / प्रतिसाद समाविष्ट असेल / ज्यात परिशिष्ट(एस), प्रतिज्ञापत्रे, निवेदने, सादरीकरण, सादर करणे / सादर करणे आणि त्याव्यतिरिक्त जर कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती उघड केली गेली नसेल तर या प्रस्तावाच्या अनुषंगाने त्याच्या बाजूने जारी केलेली पॉलिसी कंपनीअवैध मानली जाऊ शकते आणि पॉलिसी अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीला जप्त केले जाऊ शकते.

तारीख __/__/__

विम्याची स्वाक्षरी Advisor _____

(टीप - कलम १०, ११ व १२ अन्वये दिलेला तपशील केवळ कार्यालयीन वापरासाठी असून तो प्रस्तावकाने भरायचा नाही.) त्यामुळे प्रस्तावकाने भरलेल्या तपशिलाशी त्यांचा कोणताही संबंध नसल्याने हे विभाग सूचक आहेत. ही नोट ग्राहकांना पाठवलेल्या प्रोजेक्ट फॉर्ममध्ये दिसणार नाही आणि केवळ फाईल अँड यूज अप्रूव्हलचा एक भाग आहे)

14. आभा आयडी

सदस्याचे नाव	तुमच्याकडे एबीएचए आयडी आहे का?	आभा आयडी	एबीएचएद्वारे विमा कंपनी / टीपीएसह वैद्यकीय नोंदी सामायिक करण्यास
_____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	_____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

15. वैधानिक इशारा

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 प्रीमियमची कोणतीही सूट, तसेच पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा चालू ठेवणारी कोणतीही व्यक्ती विमा कंपनीच्या प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस किंवा तक्त्यांनुसार अशी सवलत वगळता कोणतीही सवलत स्वीकारू शकणार नाही.
- या कलमातील तरतुदीचे पालन न केल्यास कोणत्याही व्यक्तीला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. 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.

उत्पादनाचे नाव : एम्पावर हेल्थ प्लॅन, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स प्रा. यूआयएन : NBHHLIP23193V012223

कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज No. _____

तारीख __/__/__

चेक/डिमांड ड्राफ्ट/इतर----- दिनांक -----काढलेल्या रु. ----- द्वारे तुमचा प्रस्ताव व रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने स्वीकारतो----- विम्यासाठी पूर्ण

केलेल्या प्रस्तावाचे सादरीकरण 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 नेहमीच असेल. 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.