

गोएक्टिव्ह टीएम प्रस्ताव फॉर्म

URN: 003

1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी नाम

डीओबी लिंग: पुरुष मादी इतर राष्ट्रीयत्व

सध्याचा पत्ता

सीमाचिन्ह शहर

जिल्हा राज्य वैयक्तिक ओळख क्रमांक

लँडलाइन नंबर मोबाईल नंबर

वैकल्पिक संख्या ईमेल आयडी

आधार क्रमांक (एँड्रिक) पॅन नंबर

वार्षिक उत्पन्न (रु.)

रोजगार : पगारदार स्वयंरोजगार विद्यार्थी गृहिणी इतर, कृपया निर्दिष्ट करा

याद्वारे भरलेला प्रीमियम प्रस्तावकाशी असलेले संबंध

आपण पीईपी आहात का?#? हो नाही
#Politically, एक्सपोज्ड पर्सन (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायालयीन किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्त्वाचे अधिकारी अशा प्रमुख सार्वजनिक कामांची जबाबदारी देण्यात आली आहे किंवा सोपविण्यात आली आहे. (जर आपण पीईपीविरूद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

हून तुला पाहिजे द शारीरिक कांभी करणेपैकी धोरण किट: हो नाही

बँक तपशील:

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक आयएफएससी कोड

खात्याचा 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 मी नाही करत ई-इन्शुरन्स खाते आहे 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.NSDL 2. सीएनएस 3.CARVY 4.सीएएमएस (कृपया कोणताही एक निवडा)

किंवा

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. कव्हरेज निवड:

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

कृपया संबंधित बॉक्सवर टिक करा:

बेस कव्हरेज:

विम्याची रक्कम पॉलिसी प्रकार: व्यक्तिगत फॅमिली प्लोटर

कव्हर करावयाचे जीवन: १ अ 1 ए+1 सी 1 ए+2 सी 1A+3C 1 ए+4 सी २ अ 2 ए+1 सी 2 ए+2 सी 2 ए+3 सी 2A+4C

पॉलिसी कव्हरेज: झोन 1: ऑल इंडिया कव्हरेज झोन 2: मुंबई, दिल्ली एनसीआर, कोलकाता आणि गुजरात राज्यासाठी सह-देयकासह अखिल भारतीय कव्हरेज लागू

(टीप - झोन २ निवडल्यास मुंबई, दिल्ली एनसीआर, कोलकाता आणि गुजरात राज्यात उपचारासाठी २०% को-पेमेंट लागू होईल.) ओपीडी कन्सल्टेशन, इमर्जन्सी अॅम्ब्युलन्स, हेल्थ चेकअप/डायग्नोस्टिक टेस्ट, सेकंड मेडिकल ओपिनियन, बिहेवियरल असिस्टन्स प्रोग्रॅम आणि पर्सनल अॅक्सिडेंट कव्हर हे झोननिहाय को-पेमेंट लागू होणार नाही.)

वार्षिक एकूण वजावट: हो नाही जर होय, तर कृपया वजावट योग्य रक्कम निवडा:

25,000 रुपये ५०,००० रु. 1 लाख रुपये 2 लाख रुपये 3 लाख रुपये 5 लाख रुपये १० लाख रुपये

उत्पादनांतर्गत वैकल्पिक कव्हरेज: _____

a. आरोग्य प्रशिक्षक (वैयक्तिकृत आरोग्य प्रशिक्षण आणि आरोग्य स्कोअरची नूतनीकरण सवलत आधार गणना) : हो नाही

जर होय, तर कृपया कव्हर करावयाचे जीवन निवडा: प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती जोडीदारासह प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

'हेल्थ कोच' कव्हरेज ची निवड केल्यास, मी सहमत आहे की कंपनी सेवा प्रदात्यास माझा संबंधित तपशील प्रदान करू शकते जेणेकरून लाभअंतर्गत सेवा प्रदान करण्यासाठी माझ्याशी संपर्क साधावा. मी पुढे सहमत आहे आणि संमती देतो की मोबाइल अनुप्रयोगावरील ट्रॅकिंग तपशील कंपनी आणि सेवा प्रदात्यास लाभ प्राप्त करण्यासाठी माझ्या पात्रतेचा मागोवा घेणे, रेकॉर्ड करणे आणि गणना करणे आवश्यक आहे. मी माझ्या स्वतःच्या इच्छेने आणि कोणत्याही दबावाशिवाय जाहीर करतो आणि संमती देतो की कंपनी आणि तिचा अधिकृत सेवा प्रदाता वेळोवेळी या तपशीलांमध्ये प्रवेश करू शकतात आणि रेकॉर्ड करू शकतात आणि पॉलिसी अंतर्गत फायद्यांची गणना आणि त्यानुसार या तपशीलांचा वापर करू शकतात

b. आय-प्रोटेक्ट (विम्याच्या रकमेत आजीवन वाढ @ 10% दरवर्षी): हो नाही

c. वैयक्तिक अपघात कव्हर: हो नाही

जर होय, तर कृपया कव्हर करावयाचे जीवन निवडा: प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती जोडीदारासह प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

बेस कव्हरेज साठी 5 लाख रुपये किंवा त्यापेक्षा जास्त विमा रक्कम निवडा, कृपया वैयक्तिक अपघात विमा रक्कम निवडा २५ तलाव ५० तलाव
(डिफॉल्ट वैयक्तिक अपघात विमा रक्कम बेस कव्हरेजसाठी 10 लाख रुपये, 1 लाख किंवा 2 लाख रुपये आणि आधारसाठी 25 लाख रुपये विमा रक्कम आहे)
कव्हरेज विमा रक्कम 3 लाख किंवा 4 लाख.)

3. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

प्रॉढ 1

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदूक) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर @ (अनिवार्य)

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

उद्योग भारतीय नसेल तर टिक करा कृपया पीईपी असल्यास टिक करा

प्रॉढ 2

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदूक) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर @ (अनिवार्य)

नातेसंबंध: प्रॉढ व्यक्तीचा जोडीदार 1

उद्योग भारतीय नसेल तर टिक करा कृपया पीईपी असल्यास टिक करा

मूळ 1

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदूक) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख संबंध: प्रौढ ांचा मुलगा 1 प्रौढ ांचा डोटर 1

भारतीय नसेल तर टिक करा कृपया पीईपी असल्यास टिक करा#

बाळ 2

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदूक) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख संबंध: प्रौढ ांचा मुलगा 1 प्रौढ ांचा डोटर 1

भारतीय नसेल तर टिक करा कृपया पीईपी असल्यास टिक करा#

बाळ 3

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदूक) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख संबंध: प्रौढ ांचा मुलगा 1 प्रौढ ांचा डोटर 1

भारतीय नसेल तर टिक करा कृपया पीईपी असल्यास टिक करा#

बाळ 4

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एकदूक) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख संबंध: प्रौढ ांचा मुलगा 1 प्रौढ ांचा डोटर 1

भारतीय नसेल तर टिक करा कृपया पीईपी असल्यास टिक करा#

4. नामांकन

प्रस्तावकाचा मूळ 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 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 आणि सवयी माहिती

महत्वाचे: कृपया या विभागातील सर्व प्रश्नांची उत्तरे प्रामाणिकपणे आणि पूर्णपणे देण्याची खात्री करा कारण आपण येथे दिलेली माहिती निवा बुपा यांच्या अंडरराइटिंगचा आधार असेल. कृपया लक्षात घ्या की कोणतीही अपूर्ण, चुकीची, अंशतः योग्य माहिती आपल्या दाव्यावर आणि / किंवा कव्हेरेजवर परिणाम करू शकते. कृपया होय (य) किंवा नाही (एन) फिरून कलम अ आणि ब अंतर्गत प्रश्नांची उत्तरे द्या. कलम क मध्ये कोणत्याही प्रकटीकरणाचा तपशील द्या.

विभाग ए: कृपया वैद्यकीय परिस्थितीबद्दल माहिती सामायिक करा											
कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सर्कल करा						अर्जदार क्रमांक					
						A1	A2	C1	C2	C3	C4
1. अर्जदाराने कोणत्याही पूर्व-विद्यमान परिस्थितीसाठी कोणताही सल्ला घेतला आहे किंवा त्यावर उपचार केले आहेत किंवा खालीलपैकी काही केले आहे?											
i. कोणतीही शस्त्रक्रिया किंवा शस्त्रक्रिया प्रक्रिया						N	N	N	N	N	N
ii. 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल						N	N	N	N	N	N
iii. -14 दिवसांपेक्षा जास्त काळ औषधीपचार (तोंडी / इनहेलेशन / इंजेक्शन / सामयिक सह)						N	N	N	N	N	N
iv. सामान्य सर्दी, फ्लू, संसर्ग, किरकोळ इजा किंवा इतर किरकोळ आजारान्वयितिरिक्त गेल्या 6 महिन्यांत कोणत्याही निदान चाचणी किंवा तपासणी किंवा कोणत्याही सतत लक्षणांवर प्रतिकूल निष्कर्ष						N	N	N	N	N	N
v. उच्च किंवा निम्न रक्तदाब / मधुमेह किंवा असामान्य रक्तातील साखर						N	N	N	N	N	N
vi. कोणताही कर्करोग, तीव्र मूत्रपिंडाचा आजार, मानसोपचार, न्यूरोलॉजिकल (मेंदू / पाठीचा कणा) किंवा संबंधित विकार						N	N	N	N	N	N
खालील प्रश्नांचे उत्तर फक्त १८ ते ५० वर्षे वयोगटातील महिलांनी द्यावे आहे											
2. आपण सध्या गर्भवती आहात आणि / किंवा सध्याच्या किंवा आधीच्या गर्भधारणेमध्ये काही गुंतागुंत झाली आहे?											
						N	N	N	N	N	N

विभाग बी: कृपया सवयीबद्दल माहिती सामायिक करा											
कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सर्कल करा						अर्जदार क्रमांक					
						A1	A2	C1	C2	C3	C4
अर्जदार खालीलपैकी काही सेवन करतो का:											
i. चघळण्यायोग्य तंबाखू / गुटखा / पान मसाला - कृपया दर आठवड्याला पाऊचची संख्या निर्दिष्ट करा											
ii. अल्कोहोल - कृपया दर आठवड्याला ग्लास / मिलीची संख्या निर्दिष्ट करा											
iii. सिगारेट / बीडी / सिगार - कृपया दर आठवड्याला वापर निर्दिष्ट करा											

विभाग सी: विभाग अ मध्ये होय (य) चिन्हांकित प्रश्नांसाठी, कृपया खालील माहिती निर्दिष्ट करा:								
अर्जदार क्रमांक	लक्षणे किंवा तपासण्या किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शस्त्रक्रियेचा तपशील		स्थितीचा कालावधी(संपादन)।	औषधे[संपादन]।	डोस	सद्यस्थिती (उदा. पूर्ण / आंशिक पुनर्प्राप्ती किंवा चालू उपचार)	डॉक्टरांचे नाव आणि संपर्क तपशील	जोडलेली कागदपत्रे (होय/नाही)
	तपशील	प्रारंभ दिनांक (डीडी / मिमी / वायवायवायवाय)						

अर्जदाराच्या आयुष्यावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोकड, वैयक्तिक अपघात किंवा गंभीर आजार विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा वगळल्यासारख्या विशेष अटीच्या अधीन राहिला आहे का?	अर्जदार क्रमांक					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
	N	N	N	N	N	N

7. 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

8. 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 दस्तऐवजाच्या सर्व अतिरिक्त आवश्यकता पूर्ण करण्याच्या अधीन राहून.

मला एसीएच / एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे.

9. 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 मागविणार्या 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

10. 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:

साक्षीदाराचे नाव _____ साक्षीदाराची स्वाक्षरी प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

11. प्रस्तावक जाहीरनामा

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

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

12. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

प्रीमियम भरण्याचा पर्याय धनादेश डिमांड ड्राफ्ट
 क्रेडिट कार्ड प्रीमियम ची रक्कम

ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी :

D D M M

बँकेचे नाव/ शाखा

निवा बुपा शाखेचे ठिकाण

कोड क्र.

व्यवसाय :

सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल
 कोड क्र.

नाम

कस्टमर आयडी :

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? हो नाही

13. बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड(संपादन) एसपी कोड

आरएम / एलजी कोड

Customer account संख्या

14. विमा सल्लागाराचा अहवाल (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

- तुम्ही प्रस्तावकाशी संबंधित आहात का? होय/नाही; होय, तर नात्याचे स्वरूप?
- प्रस्तावकाला तुम्ही किती काळापासून ओळखता? महिने
- प्रस्तावकाच्या ओळखीवर तुम्ही समाधानी आहात का? हो नाही
- प्रस्तावक किंवा कोणत्याही अर्जदाराला काही शारीरिक विकृती/ दोष किंवा मानसिक अपंगत्व आहे का? हो नाही
- 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
- नैतिक धोक्यासह सर्व घटकांचा विचार करून आपण हा प्रस्ताव फॉर्म स्वीकारण्याची शिफारस करता का? हो नाही
- प्रस्तावकाला त्याच्या हिताचे ठरेल असे सर्वोत्तम कव्हरमध्ये निर्णय घेता यावा यासाठी आपण प्रस्तावकाला सल्ला दिला आहे का आणि सर्व माहिती दिली आहे का? हो नाही

तारीख ड ड म म य य स स य य

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

15. वैधानिक इशारा

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

- भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीसंदर्भात विमा काढण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्याचे प्रलोभन म्हणून कोणतीही व्यक्ती प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षरित्या परवानगी देऊ शकत नाही किंवा देऊ शकत नाही, देय कमिशनच्या संपूर्ण किंवा काही भागाची सवलत किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियममध्ये कोणतीही सवलत 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 तरतुदींचे पालन न केल्यास कोणत्याही व्यक्तीला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

16. 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="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

17. D परतावा आणि पेमेंट साठी नोंद घ्याव्याची टी

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय : बँक हस्तांतरण

लाभार्थीचे नाव

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक आयएफएससी कोड

खात्याचा प्रकार:

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

दिल्ली-११००२४ डिस्क्रेमर: 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.

मुख्य वैशिष्ट्य दस्तऐवज (केएफडी) - गोएक्टिव्हटीएम

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.

अॅक्टिव्ह आपल्याला रुग्णालयात दाखल होण्यापासून बाह्यरुग्ण फायद्यांपासून वैयक्तिक अपघात कव्हरपर्यंत अनेक प्रकारचे फायदे प्रदान करते, ज्यात आपल्या गरजा अधिक चांगल्या प्रकारे पूर्ण करण्यासाठी एकाधिक वैकल्पिक फायद्यांचा समावेश आहे.

आपल्या पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्यांच्या अधीन राहून खालील मूलभूत लाभ प्रदान केले जातात:

- खोलीचे भाडे आणि आयसीयू शुल्कासह रुग्णालयातील रूग्ण सेवा
- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी चा आणि नंतरचा खर्च अनुक्रमे ९० आणि १८० दिवसांचा आहे
- जिवंत अवयव प्रत्यारोपण
- डोमिसिलरी हॉस्पिटलायझेशन आणि होम हेल्थ केअर सर्व्हिसेस
- इमर्जन्सी ग्राऊंड अॅम्ब्युलन्स
- पॉलिसी वर्षात केलेल्या दाव्यांमुळे, विविध आजारांसाठी/ अटींसाठी किंवा पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट असलेल्या इतर विमाधारक सदस्यांसाठी विम्याची रक्कम संपुष्टात
- आल्यास पुन्हा लाभ भरा
- वार्षिक आरोग्य तपासणी पॅकेज किंवा आपल्या आवडीच्या निदान चाचण्यांची निवड
- जास्तीत जास्त प्रति समुपदेशन मर्यादेच्या अधीन राहून बाह्यरुग्ण सल्ला
- विशिष्ट आजारांचे निदान किंवा नियोजित शस्त्रक्रिया किंवा शस्त्रक्रिया प्रक्रियेबद्दल तज्ञांचे दुसरे वैद्यकीय मत
- तणाव व्यवस्थापन, पोषण, पालकत्व आणि इतरांवर समर्थन प्रदान करण्यासाठी समुपदेशन सत्रे
- फार्मसी आणि डायग्नोस्टिक बुकिंग सेवा
- अर्ली एज डिस्काउंट : पहिल्या पॉलिसीच्या स्थापनेच्या वेळी ज्येष्ठ सदस्याचे वय ३५ वर्षांपेक्षा कमी किंवा त्यापेक्षा कमी असल्यास पहिल्या पॉलिसीच्या वेळी आणि त्यानंतरच्या सर्व नूतनीकरणाच्या वेळी मूळ प्रीमियमच्या १०% सवलत (म्हणजे कोणत्याही लोडिंग किंवा सवलतीपूर्वी प्रीमियम, बेस कव्हरसाठी कर वगळून) आजीवन दिली जाईल. ही सवलत लागू झाल्यास फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी प्रीमियमवरही लागू होते
- मुंबई (नवी मुंबई आणि ठाण्यासह), दिल्ली एनसीआर, कोलकाता आणि गुजरात राज्यात उपचारांसाठी 20% सह-देयक लागू होईल / होणार नाही अशा झोन कव्हरेज आधाराची निवड करणे
- आधुनिक उपचारांचा समावेश, मर्यादेच्या अधीन

आपल्या पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे खालील वैकल्पिक फायदे काही मर्यादा आणि वगळण्यांच्या अधीन राहून प्रदान केले जातात:

- आय-प्रोटेक्ट: प्रत्येक नूतनीकरणाने मूळ विमा रकमेच्या 10% ने विमा रकमेत वाढ. पॉलिसीचे नूतनीकरण होईपर्यंत किंवा आपण या लाभातून बाहेर पडण्याची विनंती करेपर्यंत प्रत्येक पॉलिसी वर्षासाठी हा लाभ प्रदान केला जाईल.
- हेल्थ कोच - वैयक्तिक आरोग्य प्रशिक्षकासह स्वतः ला तंदुरुस्त आणि निरोगी ठेवण्यासाठी वेलनेस सेवा. आपल्या आरोग्याच्या स्कोअरच्या आधारे, नूतनीकरणाच्या वेळी मूळ प्रीमियमच्या 20% पर्यंत प्रीमियम सूट (म्हणजे कर आणि वैकल्पिक फायदे वगळून प्रीमियम) लागू होऊ शकते.
- अपघाती मृत्यू, कायमचे पूर्ण आणि अंशतः अपंगत्व विरुद्ध वैयक्तिक अपघात कव्हरेज

कृपया लक्षात घ्या की वैकल्पिक लाभांसाठी अतिरिक्त वार्षिक प्रीमियम आकारला जातो

ही जागा मुद्दाम रिकामी ठेवण्यात आली आहे.

लक्षात घ्या की प्रतीक्षा कालावधी पॉलिसीनुसार लागू आहे:

- पॉलिसी सुरू झाल्यापासून 36 महिन्यांचा पूर्व-विद्यमान रोग प्रतीक्षा कालावधी आणि सतत नूतनीकरण
- आवश्यक उपचार ंशिवाय 30 दिवसांचा प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी अपघाताचा परिणाम आहे
- काही सूचीबद्ध आजारांसाठी 24 महिन्यांचा विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधी, जोपर्यंत ही स्थिती थेट कर्करोगामुळे उद्भवत नाही (30 दिवसांच्या प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधीनंतर कव्हर केली जाते) किंवा अपघात (पहिल्या दिवसापासून कव्हर केलेली)
- कृपया लक्षात घ्या की प्रतीक्षा कालावधी वार्षिक आरोग्य तपासणी किंवा निदान चाचण्या, द्वितीय वैद्यकीय मत, बाह्य-रुग्ण सल्लामसलत, समुपदेशन सत्रे आणि पर्यायी लाभांवर लागू होणार नाही

लक्षात घ्या की पॉलिसी करारात नमूद केल्याप्रमाणे मानक वगळणे लागू आहेत. याव्यतिरिक्त, अंडरराइटिंग परिणामांच्या आधारे, काही विशिष्ट बहिष्करण देखील आपल्या पॉलिसीवर लागू होऊ शकतात.

आपल्या पॉलिसीची इतर प्रमुख वैशिष्ट्ये खालीलप्रमाणे आहेत:

- वैयक्तिक किंवा कौटुंबिक फ्लोटर कव्हर (2 प्रौढ आणि 4 मुले), पॉलिसीमध्ये सदस्यांची कोणतीही भर घालणे किंवा वगळणे केवळ नूतनीकरणाच्या वेळी केले जाते.
- आपल्या पॉलिसीचे आजीवन नूतनीकरण आपल्या पुष्टी आणि देय प्रीमियम वेळेवर भरण्याच्या अधीन आहे.
- आपले वय जसजसे वाढेल तसतसे आपला नूतनीकरण प्रीमियम दरवर्षी 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.

नोट्स:

प्री लुक प्रोव्हिजन: जर आपण पॉलिसीच्या अटी आणि शर्ती मान्य करत नसाल तर पॉलिसी दस्तऐवज प्राप्त झाल्यापासून 15 दिवसांच्या आत आपली कारणे सांगून आपण पॉलिसी रद्द करू शकता, जर कोणत्याही लाभांतर्गत कोणताही दावा केला गेला नसेल. कव्हर कालावधीसाठी वैद्यकीय तपासणी, मुद्रांक शुल्क आणि आनुपातिक जोखीम प्रीमियमसाठी शुल्क वजा केल्यानंतर प्रीमियम परत केला जाईल. पॉलिसीच्या नूतनीकरणाच्या वेळी प्री लुकची तरतूद लागू होत

प्रीमियम: कृपया निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड च्या नावाने सुरक्षित पद्धतीने प्रीमियमची रक्कम जमा करा. कृपया हे देखील लक्षात घ्या की या उत्पादनांतर्गत बाह्य-रुग्ण सल्ला लाभ निवडक शहरांमधील आमच्या डॉक्टरांच्या नेटवर्कमध्ये केवळ कॅशलेस आणि प्रतिपूर्ती तत्वावर उपलब्ध आहे. कृपया आमच्या वेबसाइटवर www.nivabupa.com किंवा आमच्या ग्राहक हेल्पलाइन क्रमांक 1860-500-8888 वर कॉल करून पॉलिसी खरेदी करण्यापूर्वी शहरांची यादी तपासा.

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

तारीख: _____

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी : _____

जागा: _____

प्रस्तावकाचे नाव : _____

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

दिल्ली-११००२४ डिस्क्लेमर: 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, वगळण, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

उत्पादनाचे नाव : गोअॅक्टिव्ह टीएम, प्रॉडक्ट यूआयएन नंबर: MAXHLIP21173V022021

कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज क्र. _____

तारीख _____

चेक/डिमांड ड्राफ्ट/इतर _____ द्वारे आपला प्रस्ताव आणि रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने स्वीकारतो.

रक्कम रु. _____ दिनांकित _____ वर काढले _____

विम्याचा पूर्ण प्रस्ताव किंवा मागणी केलेल्या कोणत्याही पॉलिसीसाठी कोणतेही पैसे आमच्याकडे सादर करणे आम्हाला पॉलिसी जारी करण्यास सहमत होण्यास भाग पाडत नाही, जो निर्णय आमच्या एकमेव आणि पूर्ण विवेकात आहे आणि नेहमीच 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.

रिसीव्हरची स्वाक्षरी आणि ऑफिस सील

उत्पादनाचे नाव : गोअॅक्टिव्ह टीएम, प्रॉडक्ट यूआयएन नंबर: MAXHLIP21173V022021