

यूआरएन: 011

1 प्रस्तावक तपशील:

पदवी नाम

डीओबी लिंग: पुरुष मादी इतर राष्ट्रीयत्व

सध्याचा पत्ता

सीमाचिन्ह शहर

जिल्हा राज्य वैयक्तिक ओळख क्रमांक

लॅंडलाइन 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 किवा त्याच्या कोणत्याही एजंट आणि / किवा तृतीय पक्ष / संलग्न ाना माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर व्हॉट्सअॅप / एसएमएस / ईमेल / फोन / फेसबुक किवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे माझ्याशी संपर्क साधण्याचे अधिकार दिले आहेत

आपण किवा प्रस्तावित अर्जदारापैकी कोणी पीईपी # आहात का? हो नाही

#Politically एक्सपोज्ड पर्सन (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना केंद्र किवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक किवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्त्वाचे अधिकारी अशा प्रमुख सार्वजनिक कार्ये आहेत किवा 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 इन्शुरन्स खात्याचा तपशील (ईआयए)

आपण ही पॉलिसी ई-विमा खात्यात जमा करू इच्छिता 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. सीआयआरएल 3. कार्वी 4. सीएएमएस (कृपया कोणताही एक निवडा)

किवा

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. क्वेरेज निवड:

आपण पोर्टेबिलिटीसाठी अर्ज करीत आहात: हो नाही (‘होय’ असेल तर कृपया स्वतंत्र पोर्टेबिलिटी फॉर्मही भरा).

कृपया संबंधित बॉक्सवर टिक करा:

कव्हर करावयाचे जीवन: १ अ १ ए + १ सी १ ए + २ सी १A+3C १ ए + ४ सी २ अ २ ए + १ सी २ ए + २ सी २ ए + ३ सी २A+4C

निवडलेली योजना: क्लासिक प्लान वाढीव योजना

विम्याची रक्कम: (रु.) ३ तलाव ४ तलाव ५ तलाव ७.५ तलाव १० तलाव १५ तलाव २० लेक २५ तलाव

पॉलिसी टर्म: १ वर्ष २ वर्ष ३ साल

उत्पादनांतर्गत वैकल्पिक क्वेरेज:

a. वैयक्तिक अपघात कव्हर: हो नाही

जर होय, तर कृपया कव्हर करावयाचे जीवन निवडा:

प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

जोडीदारासह प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

विमान किंवा समुद्रात जाणार्या जहाजात कर्मचारी म्हणून काम करणे, भूमिगत खानकाम किंवा टनेलिंग, सशस्त्र दल किंवा सुरक्षा दल, कोणत्याही साहसी खेळांमध्ये (मोटर स्पीड स्पर्धासह) भाग घेण्याशी संबंधित नोकरी किंवा व्यवसायाशी संबंधित या वैकल्पिक लाभात समाविष्ट असलेले जीवन समाविष्ट आहे का? हो नाही

b. क्रिटिकल इलनेस कव्हर: हो नाही

जर होय, तर कृपया कव्हर करावयाचे जीवन निवडा:

प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

जोडीदारासह प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

c. ई-कन्सल्टेशन: हो नाही

d. सेफगार्ड (रायडर): हो नाही

e. हॉस्पिटल कॅश: हो नाही (५ लाख किंवा त्यापेक्षा कमी रकमेच्या विम्याच्या रकमेसाठी दररोज १,००० रुपये आणि ५ लाखांपेक्षा जास्त रकमेसाठी २,००० रुपये प्रतिदिन रोख लाभ आहे)

f. वाढीव नो क्लेम बोनस: हो नाही

g. वाढीव पुनर्भरण लाभ: हो नाही

3. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

प्रौढ १

नाम

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

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासुरे / सासू / आजोबा / आजी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक -कर्मचारी

प्रौढ २

नाम

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

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

नातेसंबंध: प्रौढ व्यक्तीचा जोडीदार १

मुल १

नाम

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

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

संबंध: प्रौढ ाचा मुलगा १ प्रौढ ाची मुलगी १

बाळ २

नाम

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

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

संबंध: प्रौढ ाचा मुलगा १ प्रौढ ाची मुलगी १

बाळ 3

नाम

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

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख (D D M M आणि आणि आणि आणि)

संबंध: प्रौढ ांचा मुलगा 1 प्रौढ ांची मुलगी 1 भारतीय नसेल तर टिक करा

बाळ 4

नाम

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

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख (D D M M आणि आणि आणि आणि)

संबंध: प्रौढ ांचा मुलगा 1 प्रौढ ांची मुलगी 1 भारतीय नसेल तर टिक करा

प्रमाणकन

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

द्विक्रीय आणि सवयी 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 दाव्यावर आणि / किंवा कव्हेरजर परिणाम करू शकते.

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
i. आपण कधी 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहात, कोणतीही शस्त्रक्रिया करण्याचा सल्ला दिला आहे किंवा कोणतीही औषधे घेतली आहेत / 14 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही लक्षणे आढळली आहेत का? औषधोपचार इन्हेलर, इंजेक्शन, तोंडी औषधे आणि सामयिक अनुप्रयोगांचा समावेश आहे परंतु मर्यादित नाही.	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N
ii. थायरोईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल चाचणी, अँजिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसी सारख्या कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासणीवर आपल्याला कधी प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N
iii. तुम्हाला मधुमेह किंवा उच्च रक्तदाब आहे का?	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N
iv. आपल्याला आधीपासून काही आजार / परिस्थिती आहे का?	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N
v. आपल्याला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / अनुवांशिक विकार किंवा एचआयव्ही / एड्सचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N
vi. तुम्हाला कधी कोणत्याही मानसिक/ मानसिक विकारांचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N

कलम ब : (अर्जदार धूम्रपान करत असेल किंवा तंबाखू/ गुटखा/ पान मसाला किंवा मद्यपान करत असेल तरच कृपया हा विभाग भरावा)	अर्जदार क्रमांक					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. चघळण्यायोग्य तंबाखू/ गुटखा/ पान मसाला - कृपया दररोज पाऊचची संख्या निर्दिष्ट करा						
ii. अल्कोहोल - कृपया दर आठवड्याला मिली आणि / किंवा दररोज मद्यपान निर्दिष्ट करा	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
सिगारेट / बीडी / सिगार - कृपया दररोज सेवन निर्दिष्ट करा						

11. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

प्रीमियम भरण्याचा पर्याय धनादेश डिमांड ड्राफ्ट

क्रेडिट कार्ड डेबिट कार्ड

रोकड इतर

प्रीमियम ची रक्कम

ऑनलाईन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी :

तारीख D D M M आणि आणि आणि आणि

बँकेचे नाव/शाखा

निवा बुपा शाखेचे ठिकाण

कोड क्र.

व्यवसाय: सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल

कोड क्र.

नाम

प्राप्त प्रस्ताव : D D M M आणि आणि आणि आणि

कस्टमर आयडी :

12. बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड(संपादन)। एसपी कोड

आरएम / एलजी कोड

ग्राहक खाते क्रमांक

13. विमा सल्लागाराचा अहवाल (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

तुम्ही प्रस्तावकाशी संबंधित आहात का? होय/नाही; होय, तर नात्याचे स्वरूप?

2. प्रस्तावकाला तुम्ही किती काळापासून ओळखता? महिने

3. प्रस्तावकाच्या ओळखीवर तुम्ही समाधानी आहात का? हो नाही

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

5. 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

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

7. 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 D D M M आणि आणि आणि आणि

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

14. वैधानिक इशारा

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४९ 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 तक्र्यांनुसार 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.

15. आभा आयडी

सदस्याचे नाव	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

16. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय: बँक हस्तांतरण

लाभार्थ्याचे नाव

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक आयएफएससी कोड

खाते प्रकार

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४ डिस्क्रेटोर: विमा हा मागणीचा विषय आहे. निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (पूर्वी मॅस बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड म्हणून ओळखली जात होती) (आयआरडीएय नोंदणी क्र. 'बुपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो हे आपापल्या मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क असून ते निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड लायसन्स अंतर्गत 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.

दी जाण जाणवईकू रिकमी ठेवपात आनी ओते

हेल्य रिचार्ज

की फीचर डॉक्युमेंट (केएफडी)

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 हेल्य रिचार्ज आपल्याला स्पर्धात्मक किंमतीवर अनेक फायदे प्रदान करते, ज्यात आपल्या गरजा चांगल्या प्रकारे पूर्ण करण्यासाठी रुग्णालयात दाखल होण्यापासून ते वैयक्तिक अपघात कव्हर आणि क्रिटिकल इलनेस कव्हर सारख्या

अनेक वैकल्पिक फायद्यांचा समावेश आहे. या पॉलिसीमध्ये तुम्हाला वार्षिक एकूण क्लेम वजावट योग्य रकम निवडणे बंधनकारक आहे. त्या पॉलिसी वर्षात केलेल्या कोणत्याही दाव्याच्या संदर्भात पॉलिसी अंतर्गत देयक देण्याची आमची जबाबदारी वजावट संपल्यानंतरच सुरू होईल. पॉलिसी

करारात निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्याच्या अधीन राहून खालील मूलभूत लाभ प्रदान केले जातात:

- खोलीचे भाडे आणि आयसीयू शुल्कासह रुग्णालयातील रूग्ण सेवा
 - रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी आणि नंतरचा खर्च अनुक्रमे 60 आणि 90 दिवसांचा आहे
 - वैकल्पिक उपचार
 - डे केअर उपचार
 - जिवंत अवयव प्रत्यारोपण
 - डोमिसिलरी हॉस्पिटलायझेशन
 - इमर्जन्सी ग्राऊंड अॅम्ब्युलन्स
 - अमर्यादित टेलि / ऑनलाइन सल्लामसलत
 - फार्मसी आणि डायग्नोस्टिक बुकिंग सेवा
 - लॉयल्टी एंडिशन (केवळ आधार विमा रकमेसाठी लागू) <= Rs.25 Lacs): For each Policy Year, We offer an additional 5% of expiring Base sum insured up to at any time a maximum of 50% of base Sum Insured of that Policy Year. There will be no increase in sub-limits (if applicable) for any of the benefits.
 - मानसिक आजाराने अंतर्गत उपचारांसाठी होणारा खर्च पॉलिसी दस्तऐवजात निर्दिष्ट केलेल्या विशिष्ट अटीसाठी उप-मर्यादेच्या अधीन राहून विम्याच्या रकमेपर्यंत पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट केला जातो.
 - एचआयव्ही / एडसमुळे किंवा त्याच्याशी संबंधित परिस्थितीमुळे रुग्णालयात दाखल होण्यासाठी (डे केअर ट्रीटमेंटसह) होणारा खर्च पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट केला जातो.
 - कृत्रिम जीवन देखभाल.
 - तोंडी केमोथेरपी, रोबोटिक शस्त्रक्रिया इ. आधुनिक उपचारांमध्ये काही उपचारांवर लागू असलेल्या उपमर्यादेच्या अधीन राहून विम्याच्या रकमेपर्यंतचा समावेश आहे.
- आपल्या पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे खालील वैकल्पिक फायदे काही मर्यादा आणि वगळण्याच्या अधीन राहून प्रदान केले जातात:
- अपघाती मृत्यू, कायमस्वरूपी पूर्ण आणि अंशतः अपंगत्व विरूद्ध वैयक्तिक अपघात कव्हरज
 - 20 मोठ्या आजारंसाठी क्रिटिकल इलनेस कव्हरज*
 - खोलीचे भाडे एकाच खाजगी खोलीत बदलले जाऊ शकते; विम्याच्या रकमेपर्यंत (केवळ 50,000 रुपयांपेक्षा जास्त वजावटीसाठी आणि 4 लाख रुपयांपर्यंत विमा रकमेसाठी उपलब्ध)

कृपया लक्षात घ्या की वैकल्पिक लाभांसाठी अतिरिक्त वार्षिक प्रीमियम आकारला जातो

उत्पादनाचे नाव: हेल्य रिचार्ज | उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP22156V032122

लक्षात घ्या की प्रतीक्षा कालावधी पॉलिसीनुसार लागू आहे

- पॉलिसी सुरू झाल्यापासून 36 महिन्यांचा आजार प्रतीक्षा कालावधी आणि सतत नूतनीकरण. क्रिटिकल इलनेस कव्हरसाठी देखील आधीपासून अस्तित्वात असलेल्या आजाराची प्रतीक्षा कालावधी 36 महिन्यांचा असेल.
- अपघातामुळे आवश्यक उपचार शिवाय सुरुवातीचा प्रतीक्षा कालावधी 30 दिवसांचा असतो. क्रिटिकल इलनेस कव्हरसाठी सुरुवातीचा प्रतीक्षा कालावधी 90 दिवसांचा असेल.
- आमच्याकडे पहिली पॉलिसी सुरू झाल्यापासून 24 महिन्यांचा विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधी, काही सूचीबद्ध आजारांसाठी, जोपर्यंत ही स्थिती थेट अपघातामुळे उद्भवत नाही (पहिल्या दिवसापासून कव्हर केली जाते).
- कृपया लक्षात घ्या की प्रतीक्षा कालावधी फार्मसी आणि डायग्नोस्टिक सेवा आणि वैयक्तिक अपघात कव्हर आणि ई-सल्लामसलत यासारख्या वैकल्पिक लाभांवर (निवडल्यास) लागू होणार नाही.

लक्षात घ्या की पॉलिसी करारात नमूद केल्याप्रमाणे मानक वगळणे लागू आहेत. वायव्यतिरिक्त, अंडरराइटिंग निकालांच्या आधारे, काही विशिष्ट वगळणे किंवा वैयक्तिक प्रतीक्षा कालावधी देखील आपल्या पॉलिसीवर लागू होऊ शकते.

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.
- 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 नियमानुसार 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 (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 प्री लुकची तरतूद लागू होत नाही.

प्रीमियम: कृपया निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड च्या नावाने सुरक्षित पद्धतीने प्रीमियमची रक्कम जमा करा.

काही प्रश्न किंवा दावा असल्यास आमच्या ग्राहक हेल्पलाइन क्रमांक 1860-500-8888 वर संपर्क साधावा. वेळोवेळी कंपनीच्या प्रस्तावित किंवा विद्यमान धोरणासंदर्भात स्वागत कॉल, सेवा कॉल किंवा इतर कोणतेही संप्रेषण (इलेक्ट्रॉनिक किंवा अन्यथा) करण्यास कंपनीला संमती आणि अधिकृत करत.

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. एसीएच / एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे.

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 डिस्ट्रिक्ट: विमा हा मागाणीचा 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 लायसन्स अंतर्गत 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: हेल्थ रिचार्ज | उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP22156V032122

कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज क्र.

तारीख

चेक/डिमांड/ड्राफ्ट/इतरांद्वारे तुमचा प्रस्ताव व रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल _____ दिनांक _____ आपण कृतज्ञतेने स्वीकारतो. विम्याचा पूर्ण प्रस्ताव आमच्याकडे 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 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.

रिसेप्शनचे नाव आणि स्वाक्षरी आणि ऑफफिकसी सील

उत्पादनाचे नाव: हेल्थ रिचार्ज | उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP22156V032122