



## 2. अर्जदारांचा तपशील आणि योजना निवड

1	नाम	लिंग	जन्म तारीख	उंची (सेमीमध्ये)	वजन (किलोमध्ये)	मोबाइल नंबर	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यावसायिक असल्यास, कृपया वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक, परिषदेचे नाव आणि कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता द्या*
		(म/एफ/इतर)	(डीडी/मिमी/वायवाय)					

आपत्कालीन संपर्क	नाम	एसटीडी कोडसह संपर्क क्रमांक	मोबाइल क्र.
------------------	-----	-----------------------------	-------------

बेस कवरेज:	
धोरणाचा प्रकार#:	व्यक्तिगत
कवरेज करावयाच्या जीवांची संख्या:	१ प्रोड
व्हेरियंट:	प्लॅन १
आधार विमा रक्कम:	
पोलिसी टर्म:	<input checked="" type="checkbox"/> २ वर्षे <input type="checkbox"/>

## 3. पोर्टेबिलिटी

धोरण क्र.	विमा कंपनी	जोखीम सुरू होण्याची तारीख	जोखीम संपण्याची तारीख	पोर्टिंग ची कारणे

प्रस्तावित विमाधारकाचे नाव ज्यांच्यासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली जाते	पहिली पोलिसी सुरू होण्याची तारीख	पोर्टेबिलिटीची विनंती केलेल्या सलग कवरेजची संख्या	पूर्वीच्या धोरणांमधील दावे	सध्याचा नो क्लेम बोनस	विम्याची रक्कम - वर्ष १ (सर्वत जुने)	विम्याची रक्कम - वर्ष २	विम्याची रक्कम - वर्ष ३	विम्याची रक्कम - वर्ष ४ (एक्सपायरी पोलिसी)

## 4. नामांकन

प्रस्तावकाचा मूल्य झाल्यास, नॉमिनीला क्लेम दिला जाईल. इतर विमाधारकांसाठी, प्रस्तावक नामनिर्देशित आहे. नॉमिनीला पेसे देणे म्हणजे कंपनीची संपूर्ण जबाबदारी पार पाडणे होय.

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	<input type="checkbox"/> बचत <input type="checkbox"/> चालू आहे
खाते क्रमांक	आयएफएससी कोड	

## 5. 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 अडरराइटिंग 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 घेण्यास संमती देतो प्रस्ताव कमी लिहिण्याच्या आणि / किंवा दावा सेटलमेंटच्या हेतूने.
- मी कंपनीला माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती सामायिक करण्यास अधिकृत करतो ज्यात विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय नोंदीचा समावेश प्रस्ताव आणि / किंवा दाव्यांचा निपटारा करण्याच्या एकमेव हेतूने आणि कोणत्याही सरकारी आणि / किंवा नियामक प्राधिकरणाशी सामायिक करणे आहे.
- मी / आम्ही कंपनीला सेवा वितरणच्या एकमेव हेतूसाठी विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय रेकॉर्डसह माझ्या / आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.

मी प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली असेल तर: या फॉर्मचा मजकूर मी, भाषेत प्रमाणित करणार् या व्यक्तीचे नाव, ज्या प्रस्तावकाने समजून घेतला आहे आणि त्याची पुष्टी केली आहे त्याच्या साक्षीदाराच्या उपस्थितीत स्पष्ट केली आहे. साक्षीदार कंपनीचा एजंट/ कर्मचारी वगळता अन्य कोणीतरी असावा.

दिनांक \_\_/\_\_/\_\_\_\_

जागा \_\_\_\_\_

Proposer \_\_\_\_\_ यांची स्वाक्षरी

प्रमाणित Person \_\_\_\_\_ यांची स्वाक्षरी

प्रमाणित व्यक्तीचा मोबाइल क्रमांक \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ यांची स्वाक्षरी

## 6. प्रस्तावक आणि सल्लागार घोषणापत्राद्वारे फॉर्म न भरल्यास घोषणा

कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर संबंधित कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरली नाहीत तर जाहीरनामा, प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर मला पूर्णपणे समजावून सांगितला गेला आहे आणि मी सर्व पैलू आणि परिणाम पूर्णपणे समजून घेतले आहेत. प्रस्ताव फॉर्म माझ्या निर्देशानुसार भरला जातो आणि मला सर्व माहिती योग्य आणि परिपूर्ण

नाम \_\_\_\_\_

Proposer \_\_\_\_\_ स्वाक्षरी

सल्लागार घोषणा: मी कॉर्पोरेट एजंटचा विमा सल्लागार / निर्दिष्ट व्यक्ती / ब्रोकर / रिलेशनशिप ऑफिसरचा अधिकृत कर्मचारी म्हणून, याद्वारे जाहीर करतो की मी प्रस्तावकास या उत्पादनाची / प्रस्तावाची सर्व सामग्री स्पष्ट केली आहे

विम्याची स्वाक्षरी Advisor \_\_\_\_\_

मध्यस्थ कोड: \_\_\_\_\_

## 7. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

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

प्रीमियम amount \_\_\_\_\_

प्रीमियम भरलेला by \_\_\_\_\_ proposer \_\_\_\_\_ यांच्याशी असलेले नाते

ऑनलाईन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ बँकेचे नाव/ शाखा \_\_\_\_\_

निवा बुपा 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

## 8. एनईएफटी आणि बँक तपशील

सर्व देयके (प्रीमियम, दाव्यांचा परतावा इ.) केवळ आपल्या खात्यात इलेक्ट्रॉनिक पद्धतीने केली जातील. कृपया खालील तपशील द्या

बँकेचे नाव \_\_\_\_\_ फांदी \_\_\_\_\_ शहर \_\_\_\_\_

खाते number \_\_\_\_\_ आयएफएससी कोड \_\_\_\_\_ खात्याचा प्रकार:  बचत  चालू आहे

## 9. नूतनीकरण

नूतनीकरण पेमेंट साइन-अप:

आपल्या आरोग्य विमा पॉलिसीच्या नूतनीकरण प्रीमियमचा भरणा कंपनीकडे आपले विद्यमान स्वयंचलित बिल अरिंग हाऊस (एसीएच) / स्थायी सूचना (एसआय) चालू ठेवून दरवर्षी केला जाऊ शकतो. या पर्यायाअंतर्गत, आपल्या पॉलिसीचे त्रित नूतनीकरण केले जाऊ शकते, परंतु आपण कंपनीला आवश्यक असलेल्या माहिती आणि दस्तऐवजांच्या सर्व अतिरिक्त आवश्यकता पूर्ण करण्याच्या अधीन राहून.

मला एसीएच / एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे आणि त्याद्वारे त्याचा वापर करून पॉलिसीचे नूतनीकरण होईपर्यंत प्रीमियमवर 2.5% सूट मिळेल.

दिनांक \_/ \_/ \_- जागा \_\_\_\_\_ प्रस्तावकाची स्वाक्षरी \_\_\_\_\_

## 10. बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड \_\_\_\_\_ एसपी कोड \_\_\_\_\_ आरएम / एलजी कोड \_\_\_\_\_

ग्राहक खाते क्रमांक \_\_\_\_\_

## 11. आभा आयडी

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

## 12. वैधानिक इशारा

### 1. सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४९ अन्वये)

कोणतीही व्यक्ती भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीसंदर्भत कोणत्याही व्यक्तीला विमा काढण्यास किंवा नूतनीकरण करण्यास किंवा चालू ठेवण्याचे प्रलोभन म्हणून 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 विमा

### 2. 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.

## 13. कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज क्र. \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

चेक/डिमांड ड्राफ्ट/Others \_\_\_\_\_ द्वारे तुमचा प्रस्ताव आणि रक्कम मिळाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने स्वीकारतो

Rs. \_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_ रेखाटलेले on \_\_\_\_\_

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.

रिसीव्हरचे नाव आणि स्वाक्षरी आणि ऑफिस सील

## 14. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय : बँक ट्रान्सफर

लाभार्थीचे नाव : \_\_\_\_\_

बँकेचे नाव \_\_\_\_\_ खाते number \_\_\_\_\_

आयएफएससी कोड \_\_\_\_\_

खाल्याचा प्रकार: \_\_\_\_\_