

रिअश्युअर 3.0

प्रस्ताव फॉर्म

URN: 032

विमा करार हा एक कायदेशीर करार आहे आणि तो विश्वासावर आधारित आहे आणि आम्ही तुमच्यावर विश्वास ठेवतो. तुमच्या आरोग्याविषयीची माहिती किती संबंधित आहे आणि त्याचा तुमच्या पॉलिसीवर काय परिणाम होतो हे तुम्हाला कदाचित माहीत नसेल. म्हणून, तुम्ही सर्व आरोग्य माहिती उघड करणे खूप महत्वाचे आहे आणि आम्ही ती किती संबंधित आहे हे ठरवू (आम्ही त्याला 'महत्वाची वस्तुस्थिती' म्हणतो). जर प्रस्तावित विमा उतरवलेल्या सर्व सदस्यांविषयी योग्य आणि पूर्ण माहिती दिली नाही, तर आम्ही तुमची पॉलिसी रद्द करू, कोणत्याही दाव्याचे पैसे देणार नाही, भरलेला कोणताही प्रीमियम परत करणार नाही आणि तुमच्याविरुद्ध सर्व शक्य कायदेशीर कारवाई करण्याचा अधिकार राखून ठेवू, ज्यात पूर्वी भरलेल्या बेनिफिटच्या वसुलीचाही समावेश आहे. नियमानुसार, पूर्ण प्रीमियम मिळाल्यानंतर आणि आम्ही धोका स्पष्टपणे स्वीकारल्यानंतरच कव्हर सुरू होऊ शकते.

1. प्रस्तावक तपशील:

टाइटल	नाव					
जन्म तारीख	D	M	Y	Y	Y	Y
लिंग:	पुरुष	स्त्री	इतर	राष्ट्रीयत्व		
सध्याचा पत्ता						
जवळची खूण				शहर		
जिल्हा	राज्य			पिनकोड		
दूरध्वनी क्रमांक				मोबाईल नंबर		
ईमेल आयडी				वैकल्पिक नंबर		
PAN क्रमांक						
वार्षिक उत्पन्न (रु)				सीकेवायसी नंबर		
व्यवसाय	नोकरी	स्वयंरोजगार	विद्यार्थी	गृहिणी	इतर, कृपया सांगा	
प्रीमियमद्वारे भरलेले				अर्जदाराशी नाते		

- ☐ मी पर्यावरणाचे संरक्षण करू इच्छितो आणि कागद वाचवण्यासाठी कंपनीला तुमचे सर्व पॉलिसी आणि सेवा संबंधित संवाद या अर्ज फॉर्ममध्ये नमूद केलेल्या ईमेल ID पाठवण्याची परवानगी देतो?
- ☐ मी सर्व नियम आणि अटी वाचल्या, समजून घेतल्या आणि स्वीकारल्या आहेत आणि याद्वारे निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स किंवा तिच्या कोणत्याही एजंट्स आणि/किंवा तृतीय पक्ष/सहयोगींना माझ्या नोंदणीकृत फोन क्रमांकावर SMS / ईमेल / फोन / व्हॉट्सऍप / फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे, माझ्या 'DND' नोंदणीला ओलांडून, स्वागत कॉल / SMS, सेवा कॉल / SMS किंवा इतर कोणत्याही व्यावसायिक संवादासाठी संपर्क साधण्याची परवानगी देतो.

तुम्हाला पॉलिसी किटची फिजिकल कॉपी हवी आहे का ☐ होय ☐ नाही

तुम्ही किंवा प्रस्तावित अर्जदारांपैकी कोणी PEP# आहे का? ☐ होय ☐ नाही

#राजकीयदृष्ट्या संवेदनशील व्यक्ती (PEP) म्हणजे अशा व्यक्ती ज्यांना प्रमुख सार्वजनिक कार्ये सोपवण्यात आली आहेत किंवा सोपवण्यात आली होती, उदा. केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ कार्यकारी अधिकारी, महत्वाचे पक्षाधिकारी. (जर तुम्ही PEP समोर टिक केले असेल, तर कृपया स्वतंत्र PEP प्रश्नावली भरा)

बँक तपशील:

बँकेचे नाव						
खाते क्रमांक				आयएफएससी कोड		
खात्याचा प्रकार	बचत	चालू	शाखा	शहर		

इलेक्ट्रॉनिक विमा खात्याचा तपशील (eIA)

तुम्ही ही पॉलिसी ईआयए मध्ये जमा करू इच्छिता? (कृपया कोणतेही एक निवडा)

- ☐ नाही, माझ्याकडे ईआयए नाही आणि मला ते उघडायचे नाही ☐ होय, ही पॉलिसी माझ्या ई-विमा खात्यात जमा करा

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

कृपया विमा रिपॉझिटरीचे नाव निवडा (ज्यामध्ये तुम्ही खाते उघडले आहे)

- ☐ मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड ☐ मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड
- ☐ मेसर्स कर्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड ☐ मेसर्स सीएएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड (कृपया कोणतेही एक निवडा) किंवा
- ☐ माझ्याकडे सध्या ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते तयार करण्यात स्वारस्य आहे (कृपया संबंधित कागदपत्रांसह इलेक्ट्रॉनिक विमा खाते उघडण्याचा फॉर्म (eIA फॉर्म) सादर करा).

नूतनीकरण पेमेंट साइन-अप: तुमच्या आरोग्य विमा पॉलिसीचा नूतनीकरण प्रीमियम दरवर्षी कंपनीसोबत तुमची सध्याची ऑटोमेटेड क्लिअरिंग हाऊस (ACH) /स्टँडिंग इन्स्ट्रक्शन्स (SI) सुरू ठेवून भरता येतो. या पर्यायाखाली, तुमची पॉलिसी त्वरित नूतनीकरण केली जाऊ शकते, परंतु कंपनीला आवश्यक असलेल्या माहिती आणि दस्तऐवजांच्या सर्व अतिरिक्त आवश्यकता तुम्ही पूर्ण करण्याच्या अधीन राहून.

- ☐ मी ACH/SI नूतनीकरण पर्याय निवडू इच्छितो आणि त्यामुळे जोपर्यंत पॉलिसी याच पद्धतीने नूतनीकरण केली जाते, तोपर्यंत प्रीमियमवर 2.5% सवलत मिळवू शकेन.

तारीख ठिकाण प्रस्तावकाची सही

2. विम्यासाठी अर्जदारांचे तपशील:

अर्जदार 1	नाव															
	लिंग	☐ पुरुष	☐ स्त्री	☐ इतर	उंची		(फूट)		(इंच)	वजन		(किलो)				
	मोबाईल नंबर					जन्मतारीख									जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा	☐
	प्रस्तावकासोबतचे नाते (कृपया पर्याय निवडा): स्वतः/पती/पत्नी/वडील/आई/सासरे/सासू/मुलगा/मुलगी/कर्मचारी															
अर्जदार 2	नाव															
	लिंग	☐ पुरुष	☐ स्त्री	☐ इतर	उंची		(फूट)		(इंच)	वजन		(किलो)				
	मोबाईल नंबर					जन्मतारीख									जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा	☐
	प्रस्तावकासोबतचे नाते (कृपया पर्याय निवडा): पती/पत्नी/वडील/आई/सासरे/सासू/मुलगा/मुलगी															
अर्जदार 3	नाव															
	लिंग	☐ पुरुष	☐ स्त्री	☐ इतर	उंची		(फूट)		(इंच)	वजन		(किलो)				
	मोबाईल नंबर					जन्मतारीख									जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा	☐
	प्रस्तावकासोबतचे नाते (कृपया पर्याय निवडा): पती/पत्नी/वडील/आई/सासरे/सासू/मुलगा/मुलगी															
अर्जदार 4	नाव															
	लिंग	☐ पुरुष	☐ स्त्री	☐ इतर	उंची		(फूट)		(इंच)	वजन		(किलो)				
	मोबाईल नंबर					जन्मतारीख									जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा	☐
	प्रस्तावकासोबतचे नाते (कृपया पर्याय निवडा): पती/पत्नी/वडील/आई/सासरे/सासू/मुलगा/मुलगी															
अर्जदार 5	नाव															
	लिंग	☐ पुरुष	☐ स्त्री	☐ इतर	उंची		(फूट)		(इंच)	वजन		(किलो)				
	मोबाईल नंबर					जन्मतारीख									जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा	☐
	प्रस्तावकासोबतचे नाते (कृपया पर्याय निवडा): पती/पत्नी/वडील/आई/सासरे/सासू/मुलगा/मुलगी															
अर्जदार 6	नाव															
	लिंग	☐ पुरुष	☐ स्त्री	☐ इतर	उंची		(फूट)		(इंच)	वजन		(किलो)				
	मोबाईल नंबर					जन्मतारीख									जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा	☐
	प्रस्तावकासोबतचे नाते (कृपया पर्याय निवडा): पती/पत्नी/वडील/आई/सासरे/सासू/मुलगा/मुलगी															

*प्रीमियमवर 5% सवलत मिळवा. वैद्यकीय व्यावसायिक म्हणजे अशी व्यक्ती जी कोणत्याही राज्याच्या वैद्यकीय परिषदेकडून किंवा भारतीय वैद्यकीय परिषदेकडून किंवा भारत सरकार किंवा राज्य सरकारने स्थापन केलेल्या भारतीय औषध परिषदेकडून किंवा होमिओपॅथी परिषदेकडून वैद्य नोंदणी धारण करते आणि त्यामुळे तिच्या कार्यक्षेत्रात वैद्यकीय व्यवसाय करण्यास पात्र आहे; आणि तिच्या परवान्याच्या कार्यक्षेत्रात कार्य करत आहे.

टिपा: 1. जर अर्जदार 1 चे प्रस्तावकासोबतचे नाते कर्मचारी असेल, तर इतर अर्जदारांचे नाते अर्जदार 1 सोबतचे असेल.

3. कव्हरेज निवड

बेस संरक्षण

पॉलिसी प्रकार#	वैयक्तिक	फॅमिली फ्लोटर	मल्टी मेंबर इंडिव्हिज्युअल
कव्हर करावयाच्या जीवनाची संख्या	प्रौढ	मुले	
प्रकार	क्लासिक	सिलेक्ट	एलिट ब्लॅक
बेस सम इश्युर्ड	अमर्यादित	₹ 5,00,000	₹ 10,00,000
पॉलिसी टर्म	1 वर्ष	2 वर्षे	3 वर्षे 4 वर्षे 5 वर्षे

ऐच्छिक कव्हरेज

1. कॅश-बॅग+	होय	नाही					
2. टियर्ड नेटवर्क ⁽¹⁾	होय	नाही					
3. निवा बुपा वन ⁽²⁾	होय	नाही					
4. ॲन्युअल हेल्थ चेकअप ⁽²⁾ (फक्त कॅशलेस)	होय	नाही					
5. ॲन्युअल हेल्थ चेकअप ⁽²⁾ (कॅशलेस + रिएमबर्समेंट))	होय	नाही					
6. हेड्सअप ⁽¹⁾	होय	नाही					
7. हॉस्पिटल डेली कॅश	होय	नाही					
8. क्लेम सेफगार्ड+	होय	नाही					
9. थर्ड मेडिकल ओपिनियन	होय	नाही					
10. सेकंड मेडिकल ओपिनियन - एक्सप्रेस	होय	नाही					
11. वैद्यकीय उपकरणे	होय	नाही					
12. प्रौढांसाठी भावनिक कल्याण	होय	नाही					
13. माईड वेलनेस कौन्सलिंग	होय	नाही					
14. सेक्सुअल हेल्थ वेलनेस	होय	नाही					
15. हेल्थ रिस्क असेसमेंट	होय	नाही					
16. ॲक्सिडेंट केअर	होय	नाही					
17. हेल्थ व्हाउचर्स	होय	नाही					
18. सहानुभूतीपर भेट	होय	नाही					
19. फ्लाइट-मोड	होय	नाही					
20. लसीकरण कव्हर	होय	नाही					
21. स्वास्थ्य बेनिफिट	होय	नाही					
22. आधुनिक उपचार+ (क्लासिक आणि सिलेक्टसाठी)	होय	नाही					
23. एअर ॲम्ब्युलन्स+ (क्लासिक आणि सिलेक्टसाठी)	होय	नाही					
24. अवलंबितांसाठी निवास लाभ	होय	नाही					
25. आंतरराष्ट्रीय कव्हर	होय	₹ _____ नाही					
26. क्रिटिकल इलनेस	होय	₹ _____ नाही	नाही				
27. वेलकन्सल्ट+	1X	2X	3X	4X	5X	नाही	
28. एल्डरवन	प्रकार 1	प्रकार 2	प्रकार 3	प्रकार 4	नाही		
29. आधीपासून असलेल्या रोगासाठी प्रतीक्षा कालावधी सुधारणा	12 महिने	24 महिने	नाही				
30. विशिष्ट रोग प्रतीक्षा कालावधी सुधारणा	12 महिने	36 महिने	नाही				
31. को-पेमेंट ⁽³⁾	10%	20%	30%	40%	50%	नाही	
32. ॲन्युअल ॲग्रीगेट डिडक्टिबल ⁽³⁾	₹ 10,000	₹ 20,000	₹ 30,000	₹ 50,000	₹ 1,00,000		
	₹ 2,00,000	₹ 3,00,000	₹ 4,00,000	₹ 5,00,000	नाही		
33. रुग्णालयातून डिस्चार्ज मिळाल्यानंतरची सुधारणा	30 दिवस	60 दिवस	90 दिवस	270 दिवस	365 दिवस		
34. रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वीची सुधारणा	30 दिवस	90 दिवस	180 दिवस	नाही			
35. प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी सुधारणा	7 दिवस	10 दिवस	15 दिवस	नाही			
36. महिलांसाठी निरोगीपणा	प्लॅन 1	प्लॅन 2	प्लॅन 3	प्लॅन 4	प्लॅन 5	प्लॅन 6	नाही

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

37. आयगार्ड	प्लॅन 1 प्लॅन 2 प्लॅन 3 प्लॅन 4 प्लॅन 5 प्लॅन 6 प्लॅन 7 नाही
38. लाईव्ह-फिट	प्लॅन 1 प्लॅन 2 प्लॅन 3 प्लॅन 4 प्लॅन 5 प्लॅन 6 प्लॅन 7 प्लॅन 8 प्लॅन 9 प्लॅन 10 प्लॅन 11 प्लॅन 12 नाही
39. पर्सनल ऑक्सिडेंट ⁽⁵⁾ अनलिमिटेड बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायासाठी: सम इन्शुअर्ड पर्याय: ₹1 कोटीपर्यंत, ₹5 लाखांच्या पटीत PA कोणासाठी निवडले	होय; ₹ नाही बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायांसाठी 5 लाख आणि 10 लाख (खालील पर्यायांमधून निवडा) 1X 2X 3X 4X 5X अर्जदार 1 अर्जदार 2 अर्जदार 3 अर्जदार 4 अर्जदार 5 अर्जदार 6
41. पर्सनल ऑक्सिडेंट लाईट ⁽⁵⁾ अनलिमिटेड बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायासाठी: सम इन्शुअर्ड पर्याय: ₹1 कोटीपर्यंत, ₹5 लाखांच्या पटीत PA कोणासाठी निवडले	होय; ₹ नाही बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायांसाठी 5 लाख आणि 10 लाख (खालील पर्यायांमधून निवडा) 1X 2X 3X 4X 5X अर्जदार 1 अर्जदार 2 अर्जदार 3 अर्जदार 4 अर्जदार 5 अर्जदार 6
41. पर्सनल ऑक्सिडेंट प्रो ⁽⁵⁾ अनलिमिटेड बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायासाठी: सम इन्शुअर्ड पर्याय: ₹1 कोटीपर्यंत, ₹5 लाखांच्या पटीत PA कोणासाठी निवडले	होय; ₹ नाही बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायांसाठी 5 लाख आणि 10 लाख (खालील पर्यायांमधून निवडा) 1X 2X 3X 4X 5X अर्जदार 1 अर्जदार 2 अर्जदार 3 अर्जदार 4 अर्जदार 5 अर्जदार 6
42. बॉर्डरलेस ⁽⁴⁾ सम इन्शुअर्ड पर्याय: क्लासिक: NA; सिलेक्ट: ₹10 लाखांपर्यंत; एलिट: ₹50 लाखांपर्यंत; ब्लॅक: ₹5 कोटीपर्यंत बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायांसाठी - ₹5 लाख: फक्त `5 लाख- ₹10 लाख: ₹5 लाख किंवा ₹10 लाख को-पेमेंट	होय; ₹ नाही 0% 20% 30% 40% 50%
43. बॉर्डरलेस फॉर स्पेसिफिक इलनेस (4) सम इन्शुअर्ड पर्याय: क्लासिक: NA; सिलेक्ट: `10 लाखांपर्यंत; एलिट: `50 लाखांपर्यंत; ब्लॅक: `5 कोटीपर्यंत बेस सम इन्शुअर्ड पर्यायांसाठी -`5 लाख: फक्त `5 लाख- `10 लाख: `5 लाख किंवा `10 लाख को-पेमेंट	होय; ₹ नाही 0% 20% 30% 40% 50%

#फॅमिली फ्लोटर विमा रक्कम सर्व विमा उतरवलेल्या सदस्यांसाठी समान असते. फ्लोटर म्हणजे वैयक्तिकरित्या किंवा एकत्रितपणे, सर्व विमा उतरवलेले सदस्य या मर्यादेपर्यंत दावा करू शकतात. (1) पॉलिसीमध्ये टियर्ड नेटवर्क किंवा हेड्सअप यापैकी कोणतेही एक बेनिफिट निवडले जाऊ शकतो. (2) पॉलिसीमध्ये निवाबुपावन किंवा वार्षिक आरोग्य तपासणी यापैकी कोणतेही एक बेनिफिट निवडले जाऊ शकते. (3) पॉलिसीमध्ये को-पेमेंट किंवा ॲन्युअल अॅग्रिगेट डिडक्टिबल यापैकी कोणतेही एक निवडले जाऊ शकते. (4) पॉलिसीमध्ये बॉर्डरलेस किंवा बॉर्डरलेस फॉर स्पेसिफिक इलनेस यापैकी कोणतेही एक निवडले जाऊ शकते. (5) पर्सनल ऑक्सिडेंट किंवा पर्सनल ऑक्सिडेंट लाईट किंवा पर्सनल ऑक्सिडेंट प्रो यापैकी केवळ एक बेनिफिट निवडले जाऊ शकते.

4. पोर्टेबिलिटी				
पॉलिसी क्रमांक	विमा कंपनी	जोखीम सुरू होण्याची तारीख	जोखीम समाप्त होण्याची तारीख	पोर्टिंगचे कारण

ज्या प्रस्तावित विमाधारकासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली आहे त्याचे नाव	पहिला पॉलिसी सुरू होण्याची तारीख	पोर्टेबिलिटीसाठी विनंती केलेल्या सततच्या कव्हरेजच्या वर्षाची संख्या	मागील पॉलिसीमधील दावे	सध्याचा नो क्लेम बोनस	विमा रक्कम - वर्ष 1 (सर्वात जुनी)	विमा रक्कम- वर्ष 2	विमा रक्कम - वर्ष 3	विमा रक्कम - वर्ष 4 (कालबाह्य होणारी पॉलिसी)

5. नामांकन

प्रस्तावकाच्या मृत्यूनंतर, पॉलिसी अंतर्गत देय असलेली कोणतीही रक्कम खाली नमूद केलेल्या नॉमिनीला देय होईल. नॉमिनीद्वारे अशा रकमेची पावती कंपनीची पॉलिसी अंतर्गत असलेली जबाबदारी पूर्ण झाल्याचे दर्शवेल.

नॉमिनीचे नाव	जन्मतारीख	प्रस्तावकसोबतचे नाते	नॉमिनीचा पत्ता, मोबाईल क्रमांक आणि ईमेल ID	नियुक्ती केलेल्या व्यक्तीचे नाव (जर नॉमिनी 18 वर्षांपेक्षा कमी वयाचा असेल तर)

नॉमिनीचे बँक तपशील:
लाभार्थीचे नाव:

बँकेचे नाव

खात्याचा प्रकार

बचत

चालू

खाते क्रमांक

आयएफएससी कोड

6. वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्तावाची माहिती

महत्वाचे: कृपया खात्री करा की या विभागातील सर्व प्रश्नांची उत्तरे सत्य आणि पूर्णपणे दिली आहेत, कारण तुम्ही येथे दिलेली माहिती निवा बुपाद्वारे अंडररायटिंगचा आधार बनेल. कृपया लक्षात घ्या की कोणतीही अपूर्ण, चुकीची, अंशतः योग्य माहिती तुमच्या वैद्यकीय दाव्यावर आणि/किंवा कव्हरेजवर परिणाम करू शकते.

कलम ए: कृपया वैद्यकीय स्थितीबद्दल माहिती सांगा													
कृपया अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया होय (Y) किंवा नाही (N) ला वर्तुळ करा.	अर्जदाराचा क्रमांक												
	1		2		3		4		5		6		
सामान्य सर्दी, पलू, संक्रमण, किरकोळ दुखापत किंवा इतर किरकोळ आजार वगळता; अर्जदाराला कधीही कोणत्याही आजाराचे निदान झाले आहे का आणि/किंवा 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल केले गेले आहे का आणि/किंवा कोणतीही शस्त्रक्रिया केली आहे/करण्याचा सल्ला दिला आहे का आणि/किंवा कोणतीही औषधे घेतली आहेत/14 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही लक्षणे होती का? औषधांमध्ये इनहेलर, इंजेक्शन, तोंडावाटे घेण्याची औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवर बाह्य वैद्यकीय उपचारांचा समावेश आहे, परंतु ते तेवढ्यापुरते मर्यादित नाही.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	
ii. अर्जदाराला थायरॉईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल चाचणी, ॲन्जिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, CT स्कॅन, MRI, बायोप्सी आणि FNACशी संबंधित कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासणीमध्ये कधीही प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	
iii. अर्जदाराला मधुमेह किंवा पूर्व-मधुमेह आहे का किंवा त्याला/तिला कधीही उच्च रक्तशर्करा होती का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	
iv. अर्जदाराला हायपरटेंशन किंवा उच्च रक्तदाब आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	
v. अर्जदाराला कधीही कोणताही आनुवंशिक/वारसा हक्काचा विकार किंवा HIV/AIDS असल्याचे निदान झाले आहे किंवा त्यावर उपचार झाले आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	
vi. अर्जदाराला कधीही कोणताही मानसिक/मानसशास्त्रीय विकार असल्याचे निदान झाले आहे किंवा त्यावर उपचार झाले आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	
vii. अर्जदाराच्या जीवनासाठी जीवन, आरोग्य, हॉस्पिटल डेली कॅश किंवा गंभीर आजार विम्यासाठीचा कोणताही प्रस्ताव कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला आहे, पुढे ढकलला आहे, प्रीमियम वाढवला आहे किंवा बहिष्करण यांसारख्या कोणत्याही विशेष अटीच्या अधीन केला आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	

कलम बी: (अर्जदार धूम्रपान करत असल्यास किंवा तंबाखू / गुटखा / पान मसाला किंवा मद्य सेवन करत असल्यास कृपया हा विभाग भरा)	i. खाण्याचे तंबाखू / गुटखा / पान मसाला. जर होय, तर कृपया दररोज किती पुड्यांचे सेवन करता ते नमूद करा.		ii. दारू, होय असल्यास कृपया दर आठवड्याला किती मिली ते सांगा			iii. सिगारेट / बिडी / सिगार. जर होय, कृपया दररोज किती ते सांगा	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	दररोज मद्यपान करणारे	1-10	> 10
अर्जदार 1							
अर्जदार 2							
अर्जदार 3							
अर्जदार 4							
अर्जदार 5							
अर्जदार 6							

कलम सी: वरील विभागात होय (वाय) असे चिन्हांकित केलेल्या प्रश्नांसाठी, कृपया खालील माहिती निर्दिष्ट करा:												
अर्जदार क्रमांक	लक्षण(णे) किंवा तपासणी(ण्या) किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शस्त्रक्रिया यांचा तपशील					स्थितीचा कालावधी	औषध(धे)		डोस	सद्यस्थिती (उदा.पूर्ण/अंशतः सुधारणा किंवा चालू उपचार)	उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांचे नाव आणि संपर्क तपशील	कागद पत्रे जोडली आहेत (होय/नाही)
	डायबेटीस असल्यास HbA1c लेव्हल	हाय ब्लड प्रेशर असल्यास बीपी लेव्हल		इतर कोणताही तपशील	सुरु होण्याची तारीख (DD/MM /YYYY)							
		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक									

7. घोषणा (कृपया काळजीपूर्वक वाचा आणि प्रस्ताव फॉर्मवर स्वाक्षरी करण्यापूर्वी प्रत्येक पर्यायासमोर टिकमार्क करा)

- ☐ मी याद्वारे, माझ्या वतीने आणि विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव असलेल्या सर्व व्यक्तींच्या वतीने घोषित करतो की, माझ्याद्वारे दिलेली वरील विधाने, उत्तरे आणि/किंवा तपशील माझ्या माहितीनुसार सर्व बाबतीत सत्य आणि पूर्ण आहेत आणि मी या इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्ताव ठेवण्यास अधिकृत आहे.
- ☐ मला समजले आहे की, माझ्याद्वारे प्रदान केलेली माहिती विमा पॉलिसीचा आधार बनेल, जी विमाकर्त्याच्या बोर्ड अप्रूव्हड अंडररायटिंग पॉलिसीच्या अधीन असेल आणि पॉलिसी केवळ देय प्रीमियमच्या पूर्ण पेमेंटनंतरच अंमलात येईल.
- ☐ मी पुढे घोषित करतो की, प्रस्ताव सादर केल्यानंतर परंतु कंपनीद्वारे जोखीम स्वीकृतीची सूचना देण्यापूर्वी, विमाधारक/प्रस्तावकाच्या व्यवसायात किंवा सामान्य आरोग्यात कोणताही बदल झाल्यास मी लेखी कळवेन.
- ☐ मी घोषित करतो की, मी कंपनीला कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून, ज्यांनी कोणत्याही वेळी विमाधारक/प्रस्तावकाची तपासणी केली आहे, किंवा कोणत्याही भूतपूर्व किंवा वर्तमान नियोक्ताकडून, विमाधारक/प्रस्तावकाच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणाऱ्या कोणत्याही गोष्टीबद्दल वैद्यकीय माहिती मागण्याची संमती देतो आणि कोणत्याही विमा कंपनीकडून, ज्यांना विमाधारक/प्रस्तावकाच्या विम्यासाठी अर्ज केला आहे, त्या कंपनीकडून प्रस्तावाचे अंडररायटिंग आणि/किंवा दावे निकाली काढण्याच्या उद्देशाने माहिती मागण्याची संमती देतो.
- ☐ मी कंपनीला माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती, ज्यात विमाधारक/प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय नोंदींचा समावेश आहे, केवळ प्रस्तावाचे अंडररायटिंग आणि/किंवा दावे निकाली काढण्यासाठी आणि कोणत्याही सरकारी आणि/किंवा नियामक प्राधिकरणासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.
- ☐ मी/आम्ही कंपनीला माझ्या/आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती, ज्यात विमाधारक/प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय नोंदींचा समावेश आहे, आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासोबत सेवा वितरणाच्या एकमेव उद्देशाने सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.

दिनांक

ठिकाण

प्रस्तावकाची सही

8. स्थानिक भाषेतील घोषणा

(प्रस्तावकाने प्रादेशिक भाषेत सही केल्यास प्रमाणपत्र (कंपनीच्या एजंट/ कर्मचाऱ्यांव्यतिरिक्त इतर कोणाकडून तरी साक्ष घ्यावी). या फॉर्ममधील आशय आणि तपशील प्रस्तावकाला प्रादेशिक भाषेत समजावून सांगितले आहेत, जे त्यांनी समजून घेतले आहेत आणि याची पुष्टी केली आहे:

प्रमाणित करणाऱ्या व्यक्तीचे नाव:

प्रमाणित करणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी:

प्रमाणित करणाऱ्या व्यक्तीचा क्रमांक - नंबर :

साक्ष देणाऱ्या व्यक्तीचे नाव

साक्ष देणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी

साक्ष देणाऱ्या व्यक्तीचा क्रमांक - नंबर:

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

9. प्रस्तावकाची घोषणा

(प्रमाणपत्र जेथे कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर संबंधित कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरलेली नाहीत).

प्रस्ताव फॉर्म आणि संबंधित कागदपत्रांमधील कंटेन्ट मला पूर्णपणे समजावून सांगितले गेले आहे आणि मला प्रस्तावित कराराचे महत्त्व पूर्णपणे समजले आहे. प्रस्ताव फॉर्म _____ यांनी माझ्या सूचनेनुसार भरला आहे आणि तो योग्य आणि पूर्ण असल्याचे मला आढळले आहे.

प्रस्तावकाची सही

10. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरासाठी)

प्रीमियम भरणा पर्याय	☐ चेक	☐ डिमांड ड्राफ्ट	☐ क्रेडिट कार्ड / डेबिट कार्ड	☐ नेट बँकिंग	☐ कॅश	☐ इतर
प्रीमियमची रक्कम			ऑनलाइन पेमेंट व्यवहार आयडी:		दिनांक	
बँकेचे नाव/ शाखा			निवा बूपा शाखा लोकेशन			
कोड क्र.			व्यवसाय याद्वारे प्राप्त: सल्लागार/ डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी/ इतर चॅनेल			
कोड क्रमांक						
नाव						
प्रस्ताव प्राप्त झाल्याची तारीख:			ग्राहक आयडी:			
प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहे का?	☐ होय	☐ नाही				

11. केवळ बँकअॅश्रुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरासाठी)

शाखा कोड		एसपी कोड		आरएम/एलजी कोड	
सीग्राहक खाते क्रमांक					

12. विमा सल्लागाराचा अहवाल (केवळ कार्यालयीन वापरासाठी)

मी, विमा सल्लागार / कॉर्पोरेट एजंटचा निर्दिष्ट व्यक्ती / ब्रोकरचा अधिकृत कर्मचारी / रिलेशनशिप ऑफिसर या नात्याने, याद्वारे घोषित करतो की मी या प्रस्ताव पत्रातील सर्व सामग्री, ज्यामध्ये प्रस्ताव पत्रातील प्रश्नांचे स्वरूप समाविष्ट आहे, प्रस्तावकाला समजावले आहे, आणि यामध्ये त्याने/तिने या प्रस्ताव पत्रात समाविष्ट असलेल्या प्रश्नांना किंवा यात मागितलेल्या कोणत्याही तपशिलांना सादर केलेली विधाने, माहिती आणि प्रतिसाद यांचा समावेश आहे.

हे जर हा प्रस्ताव कंपनीने पॉलिसी जारी करण्यासाठी स्वीकारला तर कंपनी आणि प्रस्तावकादरम्यानच्या विमा कराराचा आधार बनवेल. मी पुढे असेही स्पष्ट केले आहे की, जर या प्रस्ताव पत्रात / पूरकपत्रे, प्रतिज्ञापत्रे, विधाने, सादर केलेली / सादर करावयाची माहिती आणि प्रतिसाद यात कोणतीही असत्य विधाने / माहिती / प्रतिसाद असतील आणि जर कोणतीही महत्त्वाची वस्तुस्थिती उघड केली गेली नसेल, तर या प्रस्तावानुसार त्याच्या/तिच्या नावे जारी केलेली पॉलिसी कंपनीद्वारे रद्द आणि अवैध मानली जाऊ शकते आणि पॉलिसी अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीकडे जप्त केले जाऊ शकतात.

दिनांक

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

13. वैधानिक इशारा

सवलत प्रतिबंध (विमा कायदा 1938 च्या कलम 41 अंतर्गत)

- कोणत्याही व्यक्तीला, प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे, भारतातील जीवन किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या धोक्यासाठी विमा काढण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा सुरू ठेवण्यासाठी इन्शुररच्या प्रकाशित माहितीपत्रकानुसार किंवा तक्त्यानुसार जी सवलत दिली जाऊ शकते, त्याशिवाय प्रलोभन म्हणून, देय असलेल्या कमिशनचा संपूर्ण किंवा काही भाग किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियमची कोणतीही सवलत देऊ नये, तसेच पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा सुरू ठेवणारी कोणतीही व्यक्ती अशी कोणतीही सवलत स्वीकारणार नाही.
- या कलमातील तरतुदींचे पालन करण्यात कसूर करणारी कोणतीही व्यक्ती दंड भरण्यास उत्तरदायी असेल, जो दहा लाख रुपयांपर्यंत वाढू शकतो.

14. ग्रामीण आणि सामाजिक क्षेत्रातील श्रेणी (लागू असल्यास):

आशा वर्कर एमजीनरेगा कामगार

15. एबीएचए आयडी

सदस्याचे नाव	तुमच्याकडे IFSC ABHA आहे का?	IFSC ABHA	एबीएचए च्या माध्यमातून विमा कंपनी/ टीपीए सोबत वैद्यकीय नोंदी शेअर करण्याची संमती
	☐ होय ☐ नाही		☐ होय ☐ नाही
	☐ होय ☐ नाही		☐ होय ☐ नाही
	☐ होय ☐ नाही		☐ होय ☐ नाही
	☐ होय ☐ नाही		☐ होय ☐ नाही
	☐ होय ☐ नाही		☐ होय ☐ नाही
	☐ होय ☐ नाही		☐ होय ☐ नाही

16. रिफंड आणि दाव्यांच्या पेमेंटसाठी तपशील

पैसे प्राप्त करण्याचा पर्याय: बँक ट्रान्सफर

लाभार्थ्याचे नाव

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक

खात्याचा प्रकार

आयएफएससी कोड

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड; नोंदणीकृत कार्यालय:- C-98, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग 1, नवी दिल्ली-110024
अस्वीकरण: विमा ही आग्रहाची विषयवस्तू आहे. निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (IRDAI नोंदणी क्रमांक 145) 'बुपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो त्यांच्या संबंधित मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क आहेत आणि ते निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडद्वारे परवान्याअंतर्गत वापरले जात आहेत. ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888. वेबसाइट: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918.
अटी व शर्ती, अपवाद, जोखमीचे घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि लाभांबद्दल अधिक तपशिलांसाठी, कृपया विक्री निष्कर्षित करण्यापूर्वी विक्री माहितीपत्रक काळजीपूर्वक वाचा.

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड; नोंदणीकृत कार्यालय:- C-98, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग 1, नवी दिल्ली-110024

अस्वीकरण: विमा ही आग्रहाची विषयवस्तू आहे. निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (IRDAI नोंदणी क्रमांक 145) 'बुपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो त्यांच्या संबंधित मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क आहेत आणि ते निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडद्वारे परवान्याअंतर्गत वापरले जात आहेत. ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888. वेबसाइट: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918. अटी व शर्ती, अपवाद, जोखमीचे घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि लाभांबद्दल अधिक तपशिलांसाठी, कृपया विक्री निष्कर्षित करण्यापूर्वी विक्री माहितीपत्रक काळजीपूर्वक वाचा.

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

कंपनीद्वारे पोचपावती

अर्ज क्र.

दिनांक

तुमचा प्रस्ताव आणि चेक/डिमांड ड्राफ्ट/इतर _____ द्वारे मिळालेल्या रक्कम रु. _____ दिनांक _____ नावे काढलेला, मिळाल्याबद्दल आम्ही तुमचे आभार मानतो. विम्यासाठी पूर्ण केलेला प्रस्ताव सादर करणे किंवा पॉलिसी जारी करण्यासाठी कोणतेही शुल्क भरणे हे आम्हाला पॉलिसी जारी करण्यास बांधील करत नाही. हा निर्णय पूर्णपणे आमच्या विवेकबुद्धीवर अवलंबून असेल. जर आम्ही विम्याचा प्रस्ताव स्वीकारला, तर तो पॉलिसीच्या अटी आणि शर्तीच्या अधीन असेल आणि जर आम्हाला प्रीमियम पूर्ण आणि वेळेत मिळाला नाही किंवा तो वसूल झाला नाही, तर आमची कोणतीही जबाबदारी राहणार नाही. जर आम्ही प्रस्ताव स्वीकारला नाही, तर आम्ही तुम्हाला कळवू आणि तुमच्याकडून मिळालेल्या वैद्यकीय चाचण्यांचा खर्च वजा करून, जर काही असल्यास, ते शुल्क व्याज न लावता परत करू.

प्राप्त करणाऱ्याची स्वाक्षरी आणि कार्यालयाचा शिक्का

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526