

								वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक, परिषदेचे नाव आणि कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता प्रदान
1		(म / फ / इतर)	(डीडी/मिमी/वाईवाय वाई					

बेस कव्हेरज:	
धोरणाचा प्रकार#:	व्यक्तिगत
कव्हेर करावयाच्या जीवांची संख्या:	1
आधार विमा रक्कम :	
पॉलिसी टर्म:	3 साल

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 पॉलिसी सुरू होण्याची तारीख	पोर्टेबिलिटीची विनंती केलेल्या सलग कव्हेरजची संख्या	पूर्वीच्या धोरणांमधील दावे	सध्याचा नो क्लेम बोनस	विम्याची रक्कम - वर्ष १ (सर्वात)	विम्याची रक्कम - वर्ष २	विम्याची रक्कम - वर्ष ३	विम्याची रक्कम - वर्ष ४ (एक्सपायरी पॉलिसी)

4. नामांकन

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

नॉमिनीचे नाव	जन्म तारीख	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	पत्ता, मोबाइल क्र. आणि नॉमिनीचा ईमेल आयडी	नियुक्तीचे नाव (जर नॉमिनीचे वय १८ वर्षांपेक्षा कमी असेल तर)

नॉमिनीचा बँक तपशील:

लाभार्थीचे नाव : _____
 बँकेचे नाव: _____ आयएफएससी कोड: _____
 खाते क्रमांक: _____
 खात्याचा प्रकार: _____

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 कव्हरजवर परिणाम करू शकते.

विभाग अ	1	
कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सर्कल करा		
१. 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, टोंडी औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवरील बाह्य वैद्यकीय अनुप्रयोगांपुरते मर्यादित नाही.	...	N
ii. अर्जदाराला थायरॉईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल चाचणी, अँजिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसीशी संबंधित कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासणीवर प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?	...	N
अर्जदाराला मधुमेह किंवा पूर्व-मधुमेह आहे का किंवा त्याला उच्च रक्तातील साखर आहे का?	...	N
अर्जदाराला उच्च रक्तदाब किंवा उच्च रक्तदाब आहे का?	...	N
5. अर्जदाराला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / अनुवांशिक विकार किंवा एचआयव्ही / एड्सचे निदान किंवा उपचार केले गेले आहेत का?	...	N
6. अर्जदाराला कधी कोणत्याही मानसिक / मानसिक विकारांचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?	...	N
7. अर्जदाराला कधी कोणत्याही स्त्रीरोगविषयक आजाराचे निदान झाले आहे ज्यासाठी कोणताही हस्तक्षेप, हार्मोनल रिप्लेसमेंट थेरपी किंवा 5 दिवसांपेक्षा जास्त औषधे लिहून दिली गेली आहेत?	...	N
8. जर अर्जदार कधी गरोदर असेल तर गरोदरपणात काही गुंतागुंत झाली आहे का?	...	N
9. अर्जदाराला कधी योनितून असामान्य रक्तस्त्राव किंवा मासिक पाळीमध्ये अनियमितता झाली आहे का?	...	N

विभाग ब: वरील विभागात होय (य) चिन्हांकित प्रश्नांसाठी, कृपया खालील माहिती निर्दिष्ट करा:									
अर्जदार क्रमांक	लक्षणे किंवा तपासण्या किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शस्त्रक्रिया यांचा तपशील			दुराती ऑन ऑफ मसाला	मेडिका(एस)	वय	सद्यस्थिती (उदा. पूर्ण / आंशिक पुनर्प्राप्ती किंवा चालू उपचार)	डॉक्टरांचे नाव आणि संपर्क तपशील	डॉक्युम एनटीएस संलग्न (होय / नाही)
	मधुमेह एचबीए 1 सी पातळी	उच्च रक्तदाब बीपी पातळी सिस्टोलिक / डायस्टोलिक असल्यास	इतर कोणतीही माहिती	प्रथम दिवस (होय) / (नाही)					

6. घोषणा (कृपया काळजीपूर्वक वाचा आणि प्रस्ताव फॉर्मवर स्वाक्षरी करण्यापूर्वी प्रत्येकावर चेक मार्क लावा)

उत्पादनाचे नाव: सरोगार्ड | उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP24081V012324

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.

समजतो 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 करणार् 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.

7. स्थानिक घोषणापत्र

प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी if केली आहे: या फॉर्मचा मजकूर मी, Language मध्ये प्रमाणित करणार् या व्यक्तीच्या Name, मध्ये प्रमाणित करणार् या व्यक्तीने, Name witness समजून घेतलेल्या आणि पुष्टी केलेल्या प्रस्तावकाच्या उपस्थितीत समजावून सांगितला आहे. साक्षीदार कंपनीचा एजंट/ कर्मचारी वगळता अन्य कोणीतरी असावा.

दिनांक / / Place Proposer स्वाक्षरी

प्रमाणित व्यक्तीच्या प्रमाणित Person मोबाइल क्रमांकाची स्वाक्षरी

साक्षीदाराच्या Witness मोबाईल नंबरवर स्वाक्षरी

8. घोषणा फॉर्म न भरल्यास प्रस्तावकाने केले & सल्लागार 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 Name, Mobile no माझ्या निर्देशानुसार भरला जातो आणि मला सर्व माहिती योग्य आणि परिपूर्ण वाटली.

प्रस्तावकाची 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

विमा Advisor मध्यस्थ कोडची स्वाक्षरी:

9. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

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

प्रीमियम amount

प्रीमियम भरलेला by proposer संबंध

ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी: तारीख: / / बँकेचे नाव / शाखा

निवा बुपा शाखेचे ठिकाण Code No व्यवसाय : सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल

कोड No Name प्रस्ताव प्राप्त झाला: ग्राहक ओळखपत्र:

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? हो नाही

10. प्रस्तावकाच्या दाव्यांचा परतावा आणि देयकाचा तपशील

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

बँकेचे नाव शाखा City

खाते क्रमांक आयएफएससी कोड खात्याचा प्रकार: बचत s चालू आहे

11. नूतनीकरण

उत्पादनाचे नाव: सरोगार्ड | उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP24081V012324

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.

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

दिनांक __/__/____ Place _____ Proposer _____ स्वाक्षरी

12. केवळ बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड _____ एसपी कोड _____ आरएम / एलजी कोड _____
ग्राहक खाते क्रमांक _____

13. वैधानिक चेतावणी

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

1. 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 प्रीमियममध्ये कोणतीही सूट 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

2. या कलमातील तरतुदींचे पालन करण्यात चूक करणार या व्यक्तीस दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

14. कंपनीकडून पावती

अर्ज क्र.

तारीख __/__/____

चेक/डिमांड ड्राफ्ट/इतरांद्वारे तुमचा प्रस्ताव व रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने _____
रु. _____ drawn on _____ विम्याचा पूर्ण प्रस्ताव 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 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

15. आभा आयडी

सदस्याचे नाव	तुमच्याकडे एबीएचए आयडी आहे का?	आभा आयडी	एबीएचएद्वारे विमा कंपनी / टीपीएसह वैद्यकीय नोंदी सामायिक करण्यास संमती
	हो/नाही	XX-XXXX-XXXX-XXXX	हो/नाही