

विम्यासाठी अर्ज :

TravelAssure

विमा करार देखील एक कायदेशीर करार आहे आणि तो ट्रस्ट आणि आम्ही आपल्यावर आधारित आहे.

आम्ही समजतो की आपल्या आरोग्यावरील माहिती किती समर्पक आहे आणि त्याचा आपल्या धोरणावर होणारा परिणाम आपल्याला माहित नसेल. म्हणूनच आपण आरोग्याची सर्व माहिती उघड करणे खूप महत्वाचे आहे आणि आम्ही ठरवू की ते किती समर्पक आहे (आम्ही त्याला 'भौतिक तथ्य' म्हणतो). आम्ही तुमची पॉलिसी रद्द करू, कोणताही दावा भरणार नाही, भरलेला कोणताही प्रीमियम परत करणार नाही आणि विमा प्रस्तावित सर्व सदस्यांबद्दल योग्य आणि संपूर्ण माहिती न दिल्यास आधी भरलेल्या लाभांच्या वसुलीसह आपल्याविरुद्ध सर्व संभाव्य कायदेशीर कारवाई करण्याचा अधिकार आहे.

नियमानुसार आम्हाला पूर्ण प्रीमियम मिळाल्यानंतरच आणि जोखीम स्पष्टपणे स्वीकारल्यानंतरच कवरेज सुरू होऊ शकते.

1- प्रस्तावक तपशील:

प्रस्तावक (श्री/सौ./सु.) F R S T M D D L L A S T

लिंग पुरुष मादी इतर जन्म तारीख D D M M

पता

लॅंड मार्क शहर

जिल्हा राज्य

पिन-कोड ईमेल आयडी

चला

पॅन नं. राष्ट्रीयत्व

व्यवसाय: पगारदार स्वयंरोजगार विद्यार्थी गृहिणी इतर, कृपया निर्दिष्ट करा _____

वार्षिक उत्पन्न (रु.) _____ ग्रामीण व सामाजिक क्षेत्र प्रवर्ग (लागू असल्यास): आशा वर्कर मनरेगा कामगार

सीकेवायसी नंबर (ऐच्छिक): _____

तुम्हाला पॉलिसी किटची फिजिकल कॉपी हवी आहे का हो नाही

मुलांसाठी हा ग्रह जपण्यासाठी मी सर्वतोपरी प्रयत्न करेन. मी हिरवा गार होईन. मला सॉफ्ट कॉपीच पाठवा. काटेकोरपणे कागद नाही प्लीज

ही पॉलिसी ईआयएला क्रेडिट करण्याची माझी इच्छा आहे. विद्यमान ई-विमा खाते क्र. _____ विमा भांडाराचे नाव (आपण आपले खाते उघडले आहे)

मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड 2. मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटर लिमिटेड

3. मेसर्स कार्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटर लिमिटेड 4. मेसर्स सीएएमएस रिपॉझिटर सॉल्यूशंस लिमिटेड (कृपया कोणतेही एक निवडा) किंवा

आपण आपल्यासाठी ईआयए खाते उघडण्यास मदत करू इच्छित असल्यास, कृपया कलम 9, एनईएफटी आणि बँक तपशील ामध्ये तपशील भरा किंवा

माझ्याकडे ईआयए नाही आणि ते उघडण्याची माझी इच्छा नाही

मी निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स किंवा त्याच्या कोणत्याही एजंट आणि / किंवा तृतीय पक्ष / संलग्न ांना माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर एसएमएस / ईमेल / फोन / व्हॉट्सअॅप / फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे माझ्याशी संपर्क साधण्यास अधिकृत करतो आणि स्वागत कॉल / एसएमएस, सेवा कॉल / एसएमएस, पॉलिसीशी संबंधित माहिती किंवा इतर कोणत्याही व्यावसायिक संप्रेषणासाठी माझ्या 'डीएनडी' नोंदणीवर स्वार

आपण किंवा प्रस्तावित अर्जदारांपैकी कोणी राजकीयदृष्ट्या प्रकट व्यक्ती (पीईपी) आहात का? हो ना

केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायालयीन किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्वाचे अधिकारी अशी प्रमुख सार्वजनिक कामे #PEP आहेत किंवा सोपविण्यात आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरुद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

2- अर्जदारांचा तपशील आणि योजना निवड:

योजना : इंटरनॅशनल सिंगल ट्रिप इंटरनॅशनल मल्टी ट्रिप इंटरनॅशनल स्टुडंट

जास्तीत जास्त ट्रिप कालावधी (मल्टी ट्रिप प्लॅनसाठी): 30 दिवस ४५ दिवस ६० दिवस ९० दिवस

आंतरराष्ट्रीय भौगोलिक कवरेज: एशिया अमेरिका/कॅनडा वगळता जगभरात जगभरात

अर्जदार क्र.	नाम	लिंग (पुरुष / स्त्री / इतर)	उंची (फूट आणि इंच)	वजन (किलो)	जन्मतारीख (डीडी/मिमी/वयवाच)	मोबाइल क्र.	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	विम्याची रक्कम व्यक्ती
1.								
2.								

3.								
4.								
5.								
6.								

पूर्णवेळ महाविद्यालयीन किंवा शालेय शिक्षणासाठी स्टुडंट व्हिसावर परदेशात जाणाऱ्या विद्यार्थ्यांला पूर्ण करावयाची अतिरिक्त माहिती

विद्यार्थ्यांचे नाव: _____

जन्म तारीख: _____

शाळेचे/ विद्यापीठाचे नाव व पत्ता : _____

निवडलेला कोर्स: _____

अभ्यासक्रमाचा कालावधी : _____

प्रायोजकाचे नाव: _____

विद्यार्थ्यांशी प्रायोजक संबंध: _____

प्रायोजकाचा पत्ता : _____

इतर तपशील

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्सच्या विद्यमान पॉलिसीचा तपशील- _____

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्सच्या मागील ट्रॅव्हल इन्शुरन्स पॉलिसीचा तपशील- _____

3- कव्हरेज सिलेक्शन:

बेस कव्हरेज:	
पॉलिसी प्रकार:	व्यक्तिगत
कव्हर करावयाच्या जीवांची संख्या:	Adults _____ मुले _____
पॉलिसी टर्म:	_____ Days/ वर्षे (जे लागू असेल) सहल सुरू होण्याची तारीख: _____ ट्रिप समाप्ती तारीख: _____
इनपेशंट मेडिकल ट्रीटमेंट (बेस इन्शुरन्स सम)	
मातृत्व	
नवजात बाळाचे आवरण	
वैकल्पिक कव्हरेज:	
बाह्यरुग्ण उपचार	
आपत्कालीन रुग्णवाहिका	
रुग्णालयात दररोज रोख रक्कम	
दंत उपचार[संपादन]।	
वैद्यकीय स्थलांतर	
रुग्णसेवेला मुदतवाढ	
वैयक्तिक अपघात	
अपघाती मृत्यू आणि अपंगत्व (सामान्य वाहक)	
पार्थिव मायदेशी आणणे	
चेक-इन बॅगिजचे एकूण नुकसान	
चेक-इन बॅगिजला उशीर	
प्रवासाला उशीर	
ट्रिप रद्द	
प्रवासात व्यत्यय	
पासपोर्ट हरवला	
आंतरराष्ट्रीय ड्रायव्हिंग लायसन्स गमावणे	
कनेक्शन चुकले	
आर्थिक आणीबाणी रोख	
वैयक्तिक दायित्व	
दैनंदिन भता हायजॅक करा	

लॅपटॉप, टॅबलेट, मोबाइल फोन, कॅमेरा गमावणे	
बाऊन्स बुकिंग- हॉटेल/ कॉमन कॅरियर	
दयाळू भेट	
अल्पवयीन मुलाचा बंदोबस्त	
साहसी खेळ	
क्रीडा साहित्य भाड्याने	
भाड्याच्या क्रीडा उपकरणांचे नुकसान किंवा नुकसान	
क्रीडा क्रियाकलाप कव्हेरेज	
लोन प्रोटेक्टर	
आपत्कालीन प्रवासाला मुदतवाढ	
व्यावसायिक वर्गात अपग्रेड ेशन	
अभ्यासात व्यत्यय	
प्रायोजक संरक्षण	
कर्करोग तपासणी आणि मॅमोग्राफी तपासणी	
जामीन रोखे	
वजावट माफ करणे	
वैकल्पिक सह-देयक	
व्हिसाचा परतावा	
होम टू होम कव्हर	
सहकारी बदलणे	
आधीपासून अस्तित्वात असलेल्या रोगाचे संपूर्ण कव्हर	

4- नामांकन:

प्रस्तावकाचा मूल्य 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	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, सवयी आणि मागील प्रस्तावांची माहिती:

S.No.	विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीच्या संदर्भात:	सदस्य १	सदस्य २	सदस्य ३	सदस्य ४	सदस्य 5	सदस्य ६
1	खालीलपैकी कोणत्याही आजाराने ग्रस्त असलेल्या कोणत्याही सदस्याचा विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव आहे का?						
१ अ	हृदयविकाराचा झटका, हार्ट फेल्युअर, इस्केमिक हृदयरोग किंवा कोरोनरी हृदयरोग, एनजाइना इत्यादी हृदयरोग.	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
१ ब	ट्यूमर, कोणत्याही अवयवाचा कर्करोग, ल्युकेमिया, लिम्फोमा, सारकोमा	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
1 c	प्रमुख अवयव निकामी होणे (मूत्रपिंड, यकृत, हृदय, फुफ्फुस इ.)	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
1d	स्ट्रोक, एन्सेफॅलोपॅथी, मेंदूचा फोडा किंवा कोणताही न्यूरोलॉजिकल रोग	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
1e	- फुफ्फुसीय फायब्रोसिस, फुफ्फुसांचे पतन किंवा इंटरस्टिटल फुफ्फुसांचा रोग (आयएलडी)	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
1f	हिपॅटायटीस बी किंवा सी, तीव्र यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
1 g	लोहाच्या कमतरतेमुळे होणारा अॅनिमिया वगळता इतर कोणताही अॅनिमिया	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

इतर तपशील/ घोषणा: _____

6. 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 जोखिम 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
- 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 वितरणच्या एकमेव हेतूसाठी विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय रेकॉर्ड्ससह माझ्या / आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.
- जर प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली असेल तर: या फॉर्मचा मजकूर मी _____ (भाषेत) _____ (साक्षीदाराचे नाव) _____ प्रस्तावकाच्या उपस्थितीत समजावून सांगितला आहे ज्याने ते समजून घेतले आहे आणि पुष्टी केली आहे. साक्षीदार कंपनीचा एजंट/ कर्मचारी वगळता अन्य कोणीतरी असावा.

तारीख जागा _____ प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

प्रमाणित व्यक्तीची स्वाक्षरी: साक्षीदाराची स्वाक्षरी

प्रमाणित व्यक्तीचा मोबाईल क्रमांक साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक:

7- प्रस्तावक आणि सल्लागार घोषणापत्राद्वारे फॉर्म न भरल्यास जाहीरनामा:

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 सूचनेनुसार 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 _____ मध्यस्थाची स्वाक्षरी code _____

8- प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी):

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

प्रीमियम ची रक्कम याद्वारे भरलेला प्रीमियम

प्रस्तावकाशी असलेले संबंध ऑनलाईन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी:

बँकेचे नाव/शाखा तारीख

निवा बुपा शाखेचे ठिकाण कोड क्र.

व्यवसाय स्रोत: सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल कोड क्र.

नाम

प्राप्त प्रस्ताव: कस्टमर आयडी:

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? हो नाही

9- परताव्याचा तपशील आणि दाव्यांची परतफेड

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय: बँक ट्रान्सफर

लाभार्थीचे नाव

बँकेचे नाव

आयएफएससी कोड खाते क्रमांक

खाते प्रकार

10- नूतनीकरण*:

नूतनीकरण पेमेंट 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 पॉलिसी चे नूतनीकरण होईपर्यंत प्रीमियमवर 2.5% सूट मिळेल.

Dated _____ Place _____ Proposer _____ स्वाक्षरी

*सिंगल ट्रिप पॉलिसीसाठी नूतनीकरण लागू नाही.

11- केवळ बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी):

शाखा कोड _____ एसपी कोड _____ आरएम / एलजी कोड _____

ग्राहक खाते क्रमांक _____

12- वैधानिक चेतावणी:

सवलती प्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

१. 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.

२. या कलमातील तरतुदीचे पालन करण्यात चूक करणार या व्यक्तीस दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

13- कंपनीकडून पावती:

अर्ज क्र. _____

तारीख ___/___/___

चेक/डिमांड ड्राफ्ट/Others _____ of रु. _____ रक्कम दिनांक _____ द्वारे प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने आपला प्रस्ताव व रक्कम 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.

रिसेव्हर आणि ऑफिसचे नाव व स्वाक्षरी seal _____

14- 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="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	_____ - _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	_____ - _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	_____ - _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	_____ - _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	_____ - _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४ डिस्कलेमर: 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.