



## धी न्यु इंडिया એસ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

(ભારત સરકારનું ઉપક્રમ)

રજિસ્ટર્ડ અને મુખ્ય કાર્યાલય : ન્યુ ઈંડિયા એસ્યુરન્સ બિલ્ડિંગ, ૮૭, મહાત્મા ગાંધી માર્ગ,  
ફોર્ટ, મુંબઈ ૪૦૦ ૦૦૧

મેડિકલેમ પોલિસી (૨૦૦૭)

પોલિસી નં.

૧. અગાઉની પોલિસી વર્ષ/નં. વિકાસ અધિકારી / એજન્ટ : \_\_\_\_\_

૨. વીમાદારનું નામ : \_\_\_\_\_ વીમા કાર્યાલય / એકમ

સરનામું : \_\_\_\_\_ સરનામું : \_\_\_\_\_

ટેલિફોન : \_\_\_\_\_ ફેક્સ \_\_\_\_\_ ટેલિફોન : \_\_\_\_\_ ફેક્સ \_\_\_\_\_

ઈ-મેલ : \_\_\_\_\_ ઈ-મેલ : \_\_\_\_\_

પોલીસીની મુદત \_\_\_\_\_ થી \_\_\_\_\_ પહોંચની તારીખ તથા નંબર :

ચોખ્ખું પ્રીમિયમ રૂ. \_\_\_\_\_ ઝોનની પસંદગી :

દાવા માટે ટી.પી.એ.ને સમયસર જાણ કરવી

ટીપીએનું નામ :

સરનામું :

ફોન નં. :

ટોલ ફ્રી નં. :

### વીમાદાર અને કુટુંબના વીમા-કવચ સહિતની વિગતો

ક્રમ નંબર	વ્યક્તિઓનાં નામ	ઉંમર	જાતિ પુ/સ્ત્રી	વ્યવસાય	સંબંધ	*વીમાની રકમ	બોનસની ગણતરી	
							%	રકમ
૧								
૨								
૩								
૪								
૫								
૬								

## વીમાદાર અને કુટુંબના વીમા-કવચ સહિતની વિગતો

ક્રમ નંબર	વીમાદાર વ્યક્તિઓનું નામ	પ્રથમ પોલિસીની તારીખ	અગાઉના ચાલુ રહેલા રોગ	પ્રીમિયમ	અગાઉની સ્થિતિએ ભારણ	
					હાર્ષપર ટેન્શન	ડાયાબીટીઝ
૧						
૨						
૩						
૪						
૫						
૬						

મૂળ પ્રીમિયમનો સરવાળો	રૂ.
કૌટુંબિક વળતર	રૂ.
સારા સ્વાસ્થ્ય અંગે વળતર	રૂ.
મોભા પ્રમાણે વળતર	રૂ.
સેવા વેરો	રૂ. _____
કુલ	રૂ. _____

નિમાયેલ વ્યક્તિનું નામ :

પ્રસ્તાવ અને એકરારની તારીખ :

તેની સાખ રૂપે મેં નીચે સહી કરનારે આજે અધિકૃત તરીકે સહી કરી છે.

સ્થળ :

તારીખ

ધી ન્યુ ઈન્ડિયા એસ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ વતી

અધિકૃત સહી કરનાર

★ આ વીમો મેડિકલેમ પોલિસી(૨૦૦૭)ના નિયમોને અધીન છે.