



ધી ન્યુ ઇન્ડિયા એસ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

(ભારત સરકારનું ઉપક્રમ)

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

મેડિકલેમ પોલિસી (૨૦૦૭) માટે પ્રસ્તાવ ફોર્મ

આ ફોર્મ ભરતાં અગાઉ માહિતીપત્રક વાંચી જવા વિનંતી.

- (ક) કંપનીએ પ્રસ્તાવ સ્વીકાર્યો હોય અને પ્રીમિયમ પૂરેપૂરું ભર્યું પ્રસ્તાવકર્તાને સ્વીકાર્યા અંગે લેખિત જાણ કરી હોય ત્યાં સુધી કંપનીનું કોઈ જોખમ રહેશે નહિ.
- (ખ) ૪૫ વર્ષથી ઉપરની વ્યક્તિઓ અથવા પ્રસ્તાવ ફોર્મમાં પ્રતિકૂળ તબીબી વૃત્તાંત જાહેર કર્યો તેવા ૪૫ વર્ષથી ઓછી ઉંમરની વ્યક્તિઓએ મુકરર કરેલ હોસ્પિટલ / નર્સિંગ હોમમાં પૂર્વ-સ્વીકૃતિ આરોગ્ય તપાસ કરાવવાની રહેશે. વિભાગીય / શાખા કાર્યાલય પૂર્વ-સ્વીકૃતિ આરોગ્ય તપાસ હાથ ધરવા માટે હોસ્પિટલ / નર્સિંગ હોમના નામે સંદર્ભ (રેફરલ) સ્લિપ આપશે. કરવાની તપાસની વિગતો વિભાગીય કાર્યાલય / શાખા કાર્યાલય પાસે છે.
- (ગ) પ્રસ્તાવકર્તા સાથે રહેતા કુટુંબના બીજા સભ્યો, એટલે કે પતિ / પત્ની, આશ્રિત બાળકો, આશ્રિત માતા-પિતા, આશ્રિત સાસુ-સસરાને વીમાથી આવરી લેવાના હોય, તો દરેક વ્યક્તિની સંપૂર્ણ વિગતો રજૂ કરવી. દરેક વ્યક્તિના સ્ટેમ્પ કદના બે ફોટા રજૂ કરવા, તેમાંનો એક ફોટો પ્રસ્તાવ પર ચોંટાડવાનો રહેશે.
- (ઘ) ઉપરની બાબત (ખ) માં જણાવ્યા મુજબ વીમાના કવચમાં તૂટ હોય અથવા વીમાની રકમ વધારવાની વિનંતી હોય ત્યારે ગમે તે ઉંમર હોવા છતાં પૂર્વ-સ્વીકૃતિ દાકતરી તપાસ સાથે નવા પ્રસ્તાવ ફોર્મની જરૂર રહે.
- (ચ) જોખમની આકારણી માટે મહત્વની હકીકતો ન જણાવવી, ગેરમાર્ગે દોરતી માહિતી આપવી, વીમાદારનું કપટ અથવા અસહકાર પોલિસી હેઠળના વીમા-કવચને રદબાતલ કરશે.

૧.	પ્રસ્તાવકર્તાનું નામ : શ્રી / શ્રીમતી
૨.	રહેઠાણનું સરનામું :
	ટેલિફોન નંબર
	ફેક્સ નંબર
	ઈ-મેલ :
૩.	વ્યવસાય
૪.	સરેરાશ માસિક આવક રૂ.
	આવકવેરા પાન નંબર
૫.	કુટુંબના ડોક્ટરનું નામ-સરનામું :
	લાયકાત :
	ટેલિ.નં.
	નોંધણીનંબર
૬.	તમે માન્ય આરોગ્ય ક્લબ / જિમ્નેશિયમના સભ્ય છો ? જો હા, તો તમારા સભ્યપદની સાબિતી રજૂ કરો.
૭.	તમે હાલ અથવા ભૂતકાળમાં બીજા કોઈ સમયે બીજા કોઈ વીમા (વ્યક્તિગત અકસ્માત, કેન્સર વીમો, હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનો વીમો કે બીજા કોઈ તબીબી વીમા) હેઠળ આવરી લેવાયા છો / હતા ? હોય, તો નીચેની વિગત આપો.
	૧. વીમા ઉતારનારનું નામ :
	૨. પોલિસી નંબર
	૩. વીમા-કવચની મુદત
	૪. મળેલી / મળવાપાત્ર દાવાની રકમ

૮. આ વીમા અથવા બીજા કોઈ આવા વીમા માટેનો પ્રસ્તાવ નકારવામાં કે રદ કરવામાં આવ્યો હતો અથવા વધારે પ્રીમિયમ ચાર્જ કરાયું હતું ? તેમ હોય, તો વિગત આપો.

૯. વીમો ઉતરાવવાની વ્યક્તિઓની વિગતો

ક્રમ નં.	બધી વ્યક્તિઓનાં નામ	જન્મ તારીખ	ઉંમર	જાતિ પુ./સ્ત્રી	પ્રસ્તાવકર્તા સાથે સંબંધ	નક્કી કરેલી વીમાની રકમ	સહી
૧							
૨							
૩							
૪							
૫							
૬							

૧૦. તબીબી વૃત્તાંત : નીચેના પ્રશ્નોના “હા” અથવા “ના”માં જવાબ આપો (ફક્ત ડેશ (—) કરવી પૂરતું નથી. વીમો ઉતરાવનારી બધી વ્યક્તિઓ અંગે પૂરેપૂરી વિગત આપો.)

	૧	૨	૩	૪	૫	૬
૧. તમારું આરોગ્ય સારું છે ? તમે શારીરિક અને માનસિક રોગ અથવા અશક્તતાથી મુક્ત છો ?						
૨. આ પ્રસ્તાવ મૂક્યાની તારીખ સુધીમાં તમે કોઈ માંદગી કે રોગથી પીડાયા છો ?						
૩. તમારામાં કોઈ શારીરિક ખામી કે વિકૃતિ છે ?						
૪. તમને સારવાર અથવા શારીરિક તપાસ માટે કોઈ હોસ્પિટલ / નર્સિંગ હોમ / ક્લિનિકમાં કદી દાખલ કર્યા છે ?						
૫. વીમા માટે પ્રસ્તાવિત કોઈ પણ વ્યક્તિ ભૂત-કાળમાં કોઈ માંદગી / રોગથી પીડાઈ હતી અથવા તેને અકસ્માત થયો હતો ? હા હોય, તો નીચે મુજબ વિગત આપો.						

વ્યક્તિનું નામ	માંદગી/રોગ/ઈજાનો પ્રકાર અને મળેલી સારવાર	પ્રથમ સારવાર કઈ તારીખે લીધી ?	પ્રથમ સારવાર પૂરી થઈ છે / ચાલુ છે.	જેમણે સારવાર આપી હોય તે ડોક્ટર / સર્જનનું નામ-સરનામું અને ટેલિફોન નં.

નોંધ. વીમા માટે પ્રસ્તાવિત કોઈ પણ વ્યક્તિ માટે આ માહિતી આપવી. તે કોઈ માંદગી / રોગ / ઈજાથી પીડાઈ હોય, તો તેની વિગતો અલગ આપવા વિનંતી.

૬. સૂચિત વીમાને અસર કરતી અને વીમો ઉતારનારને જણાવવા જેવી કોઈ વધારાની વિગત છે ? હોય, તો નીચે વિગત આપો.

૭. તબીબી ધ્યાન માગી લેતી કોઈ માંદગી, રોગ અથવા ઈજાની કોઈ જાણકારી અથવા કોઈ વિધેયાત્મક અસ્તિત્વ અથવા હાજરી હોય, તો તેની વિગત આપો.					
૮. તમે આમાંના કોઈ રોગથી પીડાઓ છો ?		<input type="checkbox"/> હાઈપર ટેન્શન	<input type="checkbox"/> ડાયાબિટીઝ		
૯. તમે સારવાર ક્યાં લેવા માગો છો ?		<input type="checkbox"/> ઝોન ૧ (મુંબઈ)	<input type="checkbox"/> ઝોન ૨ (દિલ્હી / બેંગલોર)	<input type="checkbox"/> ઝોન ૩ (ભારતનો બાકીનો ભાગ)	
૧૦. એસાઈનીનું નામ :			સંબંધ		
૧૧. વીમાની મુદત : તા. _____ થી તા. _____ સુધી					
૧૨. એકરાર : હું આથી એકરાર કરું છું કે વીમા માટે પ્રસ્તાવિત વ્યક્તિઓ મારા કુટુંબના સભ્યો છે - તે વધારે જોખમવાળા વ્યવસાયમાં રોકાયેલા નથી. હું એવો પણ એકરાર કરું છું કે તેમાંની કોઈ વ્યક્તિ પૂર્વ-રોગની સ્થિતિથી પીડાતી નથી. માહિતી માગવામાં આવી છે તે થયેલી આવી માંદગી / રોગ / ઈજાની સુસ્પષ્ટ માહિતી મેં ઉપરનાં ખાનામાં આપી છે. હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે મારા પોતાના અને મારા કુટુંબના સભ્યો અંગેનાં મારાં નિવેદન સાચાં અને સંપૂર્ણ છે. જેમણે મારી અથવા મારા કુટુંબના સભ્યોની કોઈ પણ સમયે સારવાર કરી હોય અથવા જે મારા અથવા મારા કુટુંબના સભ્યોના શારીરિક કે માનસિક આરોગ્યને અસર કરતા કોઈ રોગ અથવા માંદગી સંબંધમાં સારવાર કરવી પડે તેવી કોઈ હોસ્પિટલ / ડોક્ટર પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા વીમો ઉતારનારને હું સંમતિ અને અધિકૃતિ આપું છું. હું કબૂલ થાઉં છું કે આ પ્રસ્તાવ કરારના આધારરૂપ છે અને તે વીમાને અસર કરશે. વીમો ઉતારાવ્યા પછી પ્રસ્તાવ ફોર્મમાં કરેલાં નિવેદન, આપેલા જવાબ કે વિગતો અને તેની પ્રશ્નાવલી કોઈ પણ રીતે ખોટી અને અસત્ય જણાય, તો વીમા કંપનીની આ વીમા હેઠળ કોઈ જવાબદારી રહેશે નહિ.					
_____			તારીખ _____ / _____ / _____		
પ્રસ્તાવકર્તાની સહી			દિવસ મહિનો વર્ષ		
સ્થળ :					
વીમાદાર વ્યક્તિના ફોટા					
પ્રસ્તાવકર્તા	૧	૨	૩	૪	૫
પ્રસ્તાવકર્તા	૧	૨	૩	૪	૫

વીમા અધિનિયમ ૧૯૩૮ની કલમ ૪૧ વળતર નિષેધ

- (૧) ભારતમાં જીવન અથવા મિલકતને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ સંબંધમાં વીમો લેવા અથવા તેને રિન્યુ કરાવવા અથવા તેને ચાલુ રાખવા કોઈ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે લાલચ તરીકે ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણતઃ કે અંશતઃ કોઈ રિબેટ કોઈ વ્યક્તિ આપશે નહિ કે આપવાનો પ્રસ્તાવ મૂકશે નહિ અથવા પોલિસી પર દર્શાવેલ પ્રીમિયમનું કોઈ પણ રિબેટ, વીમો ઉતારનારના માહિતીપત્ર અથવા કોષ્ટકો અનુસાર છૂટ અપાઈ હોય તેવા રિબેટ સિવાયનું કોઈ રિબેટ પોલિસી લેવા અથવા તે રિન્યુ કરાવવા અને તે ચાલુ રાખવા આપશે નહિ કે આપવાનો પ્રસ્તાવ મૂકશે નહિ.
- (૨) આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ વ્યક્તિ કસૂર કરે, તો તેને દંડ સાથેની શિક્ષા થઈ શકશે. આ દંડ વધુમાં વધુ રૂપિયા પાંચસો રહેશે.

ફક્ત કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે

ક્રમ નં.	વીમાદાર વ્યક્તિનું નામ	જન્મ તારીખ/ ઉંમર	જાતિ પુ./સ્ત્રી	સંબંધ	વ્યવસાય	વીમાની રકમ રૂ.	સી.બી. ટકા	પ્રીમિયમ	લોડિંગ કપાત
૧									
૨									
૩									
૪									
૫									
૬									
વીમાકર્તા(અન્ડરરાઇટર)નાં ટીકા-ટિપ્પણ					કુલ				
					નિષ્ઠાની કપાત (લોયલ્ટી ડિસ્કાઉન્ટ)				
					કુટુંબ કપાત (ડિસ્કાઉન્ટ) ૧૦ ટકા				
					સેવાવેરો				
					એકંદર કુલ				