



दि न्यू इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड
The New India Assurance Company Limited
(भारत सरकारचा उपक्रम / A Government of India Undertaking)

मेडी.02

नोंदणीकृत व मुख्य कार्यालय : न्यू इन्डिया अॅश्युरन्स बिल्डिंग, 87, महात्मा गांधी मार्ग, फोर्ट, मुंबई- 400 001
Regd. & Head Office : New India Assurance Bldg., 87 M.G.Road, Fort, Mumbai - 400 001.

कुटुंब फ्लोटर मेडीक्लेम पॉलिसी (2007) साठी प्रस्ताव पत्र

हे प्रस्ताव पत्र भरण्यापूर्वी संबंधित विवरण पत्र वाचावे.

- ए) विमेदाराकडून पूर्ण प्रीमियम प्राप्त करून हे प्रस्ताव पत्र मान्य केल्याची लेखी कबुली देईपर्यंत कंपनीवर ह्या पॉलिसीच्या संदर्भातील कोणत्याही जोखमीच्या दायित्वाची जबाबदारी असणार नाही.
- बी) प्रस्ताव पत्रात नमूद केल्याप्रमाणे स्वास्थ्य विषयक पार्श्वभूमी प्रतिकूल असलेल्या 45 वर्षाहून अधिक किंवा कमी वयाच्या व्यक्तींना निर्दिष्ट हॉस्पिटल/नर्सिंग होममधून स्वीकृती पूर्व स्वास्थ्य तपासणी करून घेणे आवश्यक आहे. ही तपासणी करण्यासाठी संबंधित मंडल/शाखा कार्यालय हॉस्पिटल/नर्सिंग होमच्या नांवे शिफारस पत्र देईल. करून घ्यावयाच्या तपासणीचा तपशील मंडल/ शाखा कार्यालयात उपलब्ध आहे.
- सी) प्रस्तावकाच्या कुटुंबात रहात असलेल्या विवाहिती, पात्र आश्रित अपत्ये, आश्रित आई-वडील व सासू-सासरे यांनाही हे विमा संरक्षण हवे असेल तर यातील प्रत्येक व्यक्तीचा तपशील द्यावा. या प्रत्येकाचे स्टॅम्प तिकीट आकाराचे दोन फोटो सादर करून त्यापैकी एक फोटो प्रस्ताव पत्रावर चिकटवावा.
- डी) या पॉलिसी आवरणात खंड पडलेला असेल वा विमा रक्कम (सम इन्श्युअर्ड) वाढवायची विनंती केली गेली तर वर बी मधील उल्लेख केलेली पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य तपासणी करून घेणे व नव्याने प्रस्ताव पत्र देणे आवश्यक आहे.
- ई) या विम्याच्या जोखीम निर्धारण संबंधित बाकी विमेदाराने उघड न केल्यास, खोटी माहिती दिल्यास आणि बनवाबनवी केल्यास किंवा जोखीम आकलन प्रक्रियेत सहकार्य न केल्यास सदरहू पॉलिसीचे संरक्षण रद्द होईल.

1. प्रस्तावकाचे नांव: श्री/श्रीमती _____
2. घरचा पत्ता _____
टेलीफोन नं. _____ फॅक्स नं. _____ ई मेल _____
3. व्यवसाय _____
4. सरासरी मासिक उत्पन्न रु. _____ आयकर पॅन नं. _____
5. फॅमिली फिजिशियनचे नांव, पत्ता, टेलीफोन नं. _____

6. शैक्षणिक योग्यता _____ नोंदणी क्रमांक _____
आपण मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य क्लब/ जिमनेशियमचे सभासद आहात का?
असल्यास त्याचा पुरावा द्यावा _____
7. सध्या किंवा या आधी कधी आपण अन्य कोणत्याही (व्यक्तिगत दुर्घटना, कॅन्सर विमा हॉस्पिटलायझेशन किंवा तत्सम अन्य) विम्याचे संरक्षण घेतले आहे का ? असल्यास खालील माहिती द्यावी .

1. विमा कंपनीचे नांव
2. पॉलिसी नं.
3. विमा संरक्षणाचा कालावधी
4. प्राप्त / प्राप्य दावा रक्कम

8. या अथवा तत्सम अन्य विम्यासाठीचा कसलाही प्रस्ताव अस्वीकृत अथवा रद्द केला गेला किंवा त्यावर अतिरिक्त प्रीमियम आकारण्यात आला असल्यास त्याविषयीचा तपशील द्या.

9. विमा करावयाच्या व्यक्तींचा तपशील

क्र.	व्यक्तीचे नांव	जन्म तारीख	वय	लिंग पुरुष/स्त्री	प्रस्तावकाशी असलेले नाते	निवडलेली विमा रक्कम	स्वाक्षरी
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

10. वैद्यकीय चिकित्सा (मेडीकल) पार्श्वभूमी :- खालील प्रश्नांची उत्तरे होय किंवा नाही ह्या शब्दात द्या - निव्वळ डॅश (-) पुरेसा नाही. (विमा करावयाच्या सर्व व्यक्तींचा पूर्ण तपशील द्या.)

1 2 3 4 5 6

- 1) आपले स्वास्थ्य चांगले आहे का ?
आपण शारीरिक आणि मानसिक आजार किंवा कमकुवतपणापासून मुक्त आहात काय ?
- 2) हा प्रस्ताव करेपर्यंत आधी कधी एखादा आजार वा व्याधी जडली होती का ?
- 3) आपल्याला कोणताही शारीरिक विकार (डिफेक्ट) किंवा विकृति (डीफॉर्मिटी) आहे का?
- 4) उपचार किंवा निगराणीसाठी (ऑब्जर्वेशन) आपण कधी हॉस्पिटल /नर्सिंग होम मध्ये दाखल झाला होता का?
- 5) या विम्यासाठी प्रस्तावित व्यक्तीपैकी कोणालाही या आधी कोणताही आजार / व्याधी किंवा अपघात झाला होता का ?
असल्यास खालील तक्त्यामध्ये तपशील द्यावा

व्यक्तीचे नांव	आजार/व्याधी/ जखमेचे आणि त्यावर केलेल्या उपचाराचे स्वरूप	पहिल्यांदा घेतलेल्या उपचाराची तारीख	पहिला उपचार पूर्ण झाला / चालू आहे ?	उपचार करणा-या विशारद /शल्य विशारदाचे नांव, पत्ता आणि फोन नं.

टीप : प्रस्तावित व्यक्तीपैकी कोणीही एखाद्या व्याधी/ आजार किंवा जखमेमुळे पीडित होती किंवा असेल तर त्याविषयीची वरील माहिती वेगळी द्यावी .

- 6) या विमा प्रस्तावावर प्रतिकूल परिणाम पाडणा-या व विमा कंपनीस उघडपणे नमूद कराव्यात अशा इतर काही बाबी आहेत का ? असल्यास खालील माहिती द्या.
- 7) वैद्यकीय उपचाराची गरज पडेल अशा ज्ञात अथवा अस्तित्वात किंवा सांप्रत असलेल्या कोणत्याही व्याधी, आजार किंवा दुखापतीचा तपशील
- 8) आपणांस खालील पैकी एखादा त्रास आहे काय ?
उच्च रक्तदाब
मधुमेह
- 9) आपल्या पसंतीचे उपचार क्षेत्र कोणते ? : क्षेत्र 1 (मुंबई)
क्षेत्र 2 (दिल्ली/ बंगलुरु)
क्षेत्र 3 (उर्वरित भारत)
- 10) नामितिचे (assignee) नांव _____ नाते _____
- 11) विमा कालावधी _____ पासून _____ पर्यंत .
- 12) **घोषणा** - मी घोषित करतो की विम्यासाठी प्रस्तावित सदरहू व्यक्ती माझे कुटुंबीय असून त्यातील कोणीही मोठ्या जोखमीच्या व्यवसायांत नाहीत. मी असेही घोषित करतो की माझ्या या कुटुंबियांपैकी कोणीही पूर्व-विद्यमान स्थिती (pre-existing condition) ने ग्रस्त नाही आणि वरील प्रत्येक रकान्यात आजार/ व्याधी/दुखापती बाबत विचारलेली माहिती मी पुरेशी दिलेली आहे. मी आणखी घोषित करतो की माझ्या कुटुंबियांच्या व माझ्या बाबतीत येथे केलेले प्रत्येक कथन खरे व पूर्ण आहे. सदरहू विमा कंपनीस माझ्यावर किंवा माझ्या कुटुंबियांवर कोणत्याही वेळी इलाज केलेल्या/ करणा-या हॉस्पिटल / वैद्यकीय व्यावसायिकांकडून माझ्या किंवा माझ्या कुटुंबियांच्या मानसिक किंवा शारीरिक स्वास्थ्यावर परिणाम करणा-या आजार किंवा रुग्णतेवर उपचार करणा-या हॉस्पिटल कडून किंवा वैद्यकीय व्यावसायिकांकडून तद्विषयक माहिती घेण्याचा अधिकार व संमती मी सदरहू विमा कंपनीस देत आहे. मला हे ही मान्य आहे की हा विमा अस्तित्वास आल्यास सदरहू प्रस्ताव या विमा कराराचा आधार असेल. हा विमा लागू झाल्यानंतर असे आढळले की या प्रस्ताव पत्रातील प्रश्नाच्या उत्तरादाखल केलेले कथन, उत्तर किंवा माहिती कोणत्याही प्रकारे चुकीची अथवा खोटी आहे तर या पॉलिसी अंतर्गत या कंपनीचे कोणतेही उत्तरदायित्व उरणार नाही.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी _____ तारीख _____ / _____ / _____
महीना वर्ष

स्थान: _____

विमेदारांचे फोटो:

फोटो (प्रस्तावकाचा)	1	2	3	4	5
फोटो (प्रस्तावकाचा)	1	2	3	4	5

विमा अधिनियम 1938 चे कलम 41

सवलतीवरील प्रतिबंध

- 1) भारतातील जीवन किंवा संपत्तीचा विमा घेणे, नूतनीकरण करणे किंवा चालू ठेवणे यासाठी कोणत्याही व्यक्तीने देय कमिशन मध्ये पूर्ण किंवा अंशतः आर्थिक सूट अथवा पॉलिसीत नमूद केलेल्या प्रीमियममध्ये सवलत देऊ नये किंवा दुस-यामार्फत देऊ देणार नाही. तसेच कोणीही व्यक्ती अशी पॉलिसी घेण्यासाठी, नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्यासाठी विमा कंपनीने प्रकाशित केलेल्या किंवा विवरण पत्रात मान्य केलेल्या सवलती शिवाय अन्य कोणतीही सूट स्वीकारणार नाही.
- 2) या कलमाच्या उपकलमांचे उल्लंघन केलेली व्यक्ती पाचशे रुपयेपर्यंतच्या दंडास पात्र ठरेल.

केवळ कार्यालयीन उपयोगासाठीच :

अनु क्र.	विमाकृत व्यक्तीचे नांव	जन्म तारीख / वय	लिंग पुरुष / स्त्री	नाते	व्यवसाय	विमा रक्कम रु.	संचयी बोनस %	प्रीमियम	लॉडिंग / सूट
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
विमेदाराचे टिपण :					एकूण				
					लॉयल्टी सूट				
					कौटुंबिक सूट 10%				
					सेवा कर				
					संपूर्ण एकूण				