



ધી ન્યુ ઈન્ડિયા એસ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજિસ્ટર્ડ અને મુખ્ય કાર્યાલય : ન્યુ ઈન્ડિયા એસ્યોરન્સ બિલ્ડીંગ, ૮૭, મહાત્મા ગાંધી માર્ગ, ફોર્ટ, મુંબઈ ૪૦૦ ૦૦૧

સાર્વત્રિક આરોગ્ય વીમા યોજના

અનુસૂચિ

પોલિસીનં..... એજન્સી કોડ વિકાસ અધિકારી કોડ.....

૧. વીમાદારનું નામ :

૨. સરનામું :

૩. કુલ પ્રીમિયમ રૂ :

૪. વીમો લેવાનો છે તે વ્યક્તિની વિગતો :

ક્રમનં	વીમાદારનું નામ	ઉંમર	જાતિ	કુટુંબનો ક્રમાતો વડો છે કે કેમ તે જણાવો.	વીમાદાર સાથે સંબંધ	હાલની અગાઉના રોગ / માંદગીની વિગતો	નોમિનીનું નામ (કુટુંબના વડાને જ લાગુ પડે)	ગરીબી રેખા નીચેના (બીપીએલ) જૂથના છે ?

૫. ટીપીએનું નામ-સરનામું અને ટેલિફોન નંબર :

૬. વીમાની મુદત તા.....ના ૦૦ કલાકથી તા.....ની મધરાત સુધી

પ્રસ્તાવ અને એકરારની તારીખ

તેની સાક્ષીમાં નીચે સહી કરનાર યોગ્ય રીતે અધિકૃત હોવાથી સ્થળ તા.....ના રોજ તેની સહી કરી છે.

સ્થળ :

તારીખ :

ધી ન્યુ ઈન્ડિયા એસ્યોરન્સ કં. લિ. વતી

પોલિસી ઇસ્યુ કરનાર ઓફિસ
અને તેનું સરનામું