

Application Form - 'GROUP CARE SCHEME' / अरख पत्रक - 'ग्रुप केर स्कीम'

(Group Scheme for members of Samagra Jain Shwetambar Murtipujak Tapagachh Shree Mahasangh)/

(समग्र जैन श्वेतांबर मूर्तिपूजक तपगछ श्री महासंघना सभ्यो माटेनी ग्रुप स्कीम)

Proposal No. Group Care Scheme / प्रस्ताव संख्या ग्रुप केर स्कीम.....

For Office Use Only / मात्र ओफिसना उपयोग माटे
Intermediary Details / मध्यस्थ विगतो

Booking Account Code /

बुकिंग अकाउंट कोडः

Booking Account Name /

बुकिंग अकाउंट नामः

Partner RM Code /

भागीदार आरएम कोडः

Partner Branch Code :

भागीदार शाखा कोडः

Customer ID / ग्राहक आईडी:

Proposer Details / प्रस्ताव करनारनी विगतो

Mr. / श्रीमान

Ms. / श्रीमती

Gender / जति:

M / पुरुष

F / स्त्री

Name / नाम :

(First Name) / (प्रथम नाम)

(Last Name) / (आखरी नाम)

Address / सरनामु :

Landmark/ सिमाचिह्नः

City / शहर :

State / राज्यः

Pin Code / पिनकोडः

Date of Birth / जन्म तारीखः

/

/

(DD/MM/YYYY)

Marital Status / वैवाहिक स्थिति:

:

Single / अपरिणित

Married / परिणित

Landline / वेन्डवाहनः

Mobile / मोबाइल :

E-mail / ई-मेल :

PAN / पान :

(Mandatory for premium above ₹49,999) / (₹49,999 थी वधुनां प्रिमियम माटे इरजियत)

Nationality / राष्ट्रियता:

Mother's Maiden Name /

मातानुं वरन पडेवानुं नामः

Occupation / व्यवसायः

Nominee Details / नोमिनीनी विगतो

Name / नाम :

Date of Birth / जन्मनुं स्थानः

/

/

(DD/MM/YYYY)

Relationship with Proposer / प्रस्ताव करनार साथेनो संबंधः

Appointee name / अपोर्ण्टीनुं नामः

Mr. / श्रीमान

Ms. / श्रीमती

Appointee DOB / अपोर्ण्टीनुं जन्म तारीखः

/

/

(DD/MM/YYYY)

(Only where the Nominee is of Age 18 years or less) / (नोमिनी 18 वर्ष के तेथी ओखी उमरना होथ मात्र अवा किरसामो)

In event of the death of the proposer any payment due under the policy shall become payable to the Nominee proposed in this form. The receipt of the proceeds by the Nominee would be sufficient discharge to the Company. / प्रस्ताव करनारनां मृत्युना किरसामो पाबिसी छठनी कोठे युक्वली आ पत्रकमा प्रस्ताव करवा नोमिनीने युक्ववा पात्र बनथे. नोमिनी द्वारा बाबनी प्राप्तिनी पदांय कंपनी माटे इरवा करवा पूरना छे.

Policy Details / पोलिसीनी विगतो

Sum Insured (Group Care Scheme) / वीमाकृत रकम (ग्रुप केर स्कीम) :

Tenure : 1 Year / अवधि: 1 वर्ष

Details of the Person to be Insured (Including Proposer) / वीमो भेणवनारी व्यक्तिनी विगतो (प्रस्ताव करनार व्यक्ति सहित)

Name / नाम	Group Care Scheme / ग्रुप केर स्कीम	Date of Birth / जन्म तारीख	Gender / जति	Height & Weight / उंचाई अने वजन	Relationship with Proposer / प्रस्ताव करनारी व्यक्ति साथेनो संबंध
Insured 1 / वीमाकृत 1:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/स्त्री	cms kgs	
Insured 2 / वीमाकृत 2:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/स्त्री	cms kgs	
Insured 3 / वीमाकृत 3:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/स्त्री	cms kgs	
Insured 4 / वीमाकृत 4:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/स्त्री	cms kgs	

Religare Health Insurance Company Limited

Registered Office: 5th Floor, 19 Chawla House, Nehru Place, New Delhi-110019 Corresp. Office: Vipul Tech Square, Tower C, 3rd Floor, Golf Course Rd., Sec-43, Gurugram-122009 (Haryana)

Website: www.religarehealthinsurance.com E-mail: customerfirst@religarehealthinsurance.com Call us: 1800-200-4488 | 1860-500-4488 Fax: 1800-200-6677

CIN: U66000DL2007PLC161503 UIN: IRDA/NL-HLT/RHI/P-H/V.1/254/13-14 IRDA Registration No. - 148

Premium Payment Information / प्रिमियमनी युक्वणीनी माडिती

Payment By/ Cheque/Demand Draft/Card (Strike out whichever is not applicable)/
 युक्वणी करनार: चेक/डिमान्ड ड्राफ्ट/ कार्ड (जे कोर वलु न लोय ते चेकी नांभो)

Cheque/Demand Draft No./Transaction ID /
 चेक/डिमान्ड ड्राफ्ट/ ट्रान्झेक्शन आरडी:

Date / तारीख : / / (DD/MM/YYYY)

Amount/ रकम (₹) : _____

Premium Amount/ प्रिमियमनी रकम (₹) : _____

Bank Name/ बँकनु नाम :

Sources of Funds / नाणुंनार स्रोत : Salary / पगार कारोभार

Others (if others, please specify)/ अन्य (जे अन्य लोय तो कृपा करीने स्पष्ट करे) _____

In case of payment through Cheque/Demand Draft, the instrument should be drawn in favour of "Religare Health Insurance Company Ltd." /
 चेक/डिमान्ड ड्राफ्ट मारुंते युक्वणीना डिस्सामां जे ते साधनने **रेलिवेजर हेल्थ इन्शोरन्स कंपनी लिमिटेड**ना पक्षमां जनावचानां रेखे.

Medical/Lifestyle Related Information / मेडिकल/ जवनशैलीने वगतनी माडिती

Particulars / विगतो	Insured 1/वीमाकृत 1	Insured 2/वीमाकृत 2	Insured 3/वीमाकृत 3	Insured 4/वीमाकृत 4
Does any proposed insured currently or in past Diagnosed / Suffered / Treated / Taken Medication for any of the following conditions: If yes, please provide details in the additional information section below / शुं कोर प्रस्तावित वीमाकृत व्यक्तीने अडवामां अथवा लूकाणमां नीयेनी कोर समसयानुं निदान शुं छुं / तेनाथी पिदाथा छुं / तेनी सारवार उपचार कोर छुं: जे लोड तो कृपा करीने नीये आपेवा वधारानी माडितीना विभागमां विगतो पूरी पाडो:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
1. Cancer; tumor; polyp or cyst/कॅन्सर, ट्युमर, पॉलिप अथवा सिस्ट	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
2. Any heart disease or disorder; chest pain or discomfort, irregular heartbeats, palpitations or heart murmur / कोर पणुं हृदयनो रोग अथवा विकार, छातिमां दुग्मवो अथवा अरुंरुथता, हृदयना अनियमित धडकार, रफ्टन अथवा हृदयनी अरुंरुथता	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
3. Hypertension / High Blood Pressure (BP) / High Cholesterol / ढारं परटेन्शन / ढारं बवड प्रेशर (बीपी) / जियुं कोलेस्ट्रॉल	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
4. Asthma / Tuberculosis (TB) / COPD/ Pleural effusion / Bronchitis / Emphysema or any other disease of Lungs, Pleura and airway or Respiratory disease? / अस्थमा / ट्यूबरकुलोसिस (टीबी) / सीओपीडी / प्लुरल एफ्यूजन / ब्रोन्काइटिस / एम्फिसेमा अथवा ट्यूबरकुलोसिस, प्लुरा अनर वयसनमां कोर रोग ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
5. Thyroid disease / Cushing's disease / Parathyroid Disease / Addison's disease / Pituitary tumor or disease or any other disorder of Endocrine system? / थायरॉयड रोग / क्यूशिंग्स डिजिज / पॅराथायरोयड रोग / अडिसन्स डिजिज / पिरयुटिअरी ट्युमर / रोग अथवा अन्डोक्रिनसिस्टमनो कोर विकार ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
6. Diabetes Mellitus / High Blood Sugar / Diabetes on Insulin or medication / ईन्स्युलिन अथवा उपचार पर डायबिटीस मेडिसिन / ढारं बवड शुगर / डायबिटीस	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ के बाद	Since _____ थी
7. Motor Neuron Disease / Muscular dystrophies / Myasthenia Gravis or any other disease of Neuromuscular system (muscles and/or nervous system) / मोटर न्युरोन रोग / मस्क्युलर डायस्ट्रोफीस / मायास्थिनिया ग्रेविस अथवा न्युरोमस्क्युलर सिस्टमना अन्य कोर रोग (सनाथुओ अनर अथवा मज्जातंत्र)	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
8. Stroke / Paralysis / Transient Ischemic Attack / Multiple Sclerosis / Epilepsy / Mental-Psychiatric illness / Parkinsonism / Alzheimer's / Depression / Dementia or any other disease of Brain and Nervous System? / स्ट्रोक / पैरालिसिस / ट्रांजिअन्ट ईस्केमिक अटॅक / मल्टिपल स्क्लेरोसिस / एपिलेप्सी / मेन्टल-साइकोआट्रिक बिमारी / पार्किन्सनिज्म / अल्झाइमर्स / डिप्रेशन / डिमेन्शिया अथवा मज्जा के मज्जातंत्रना अन्य कोर रोग ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
9. Cirrhosis / Hepatitis / Wilson's disease / Pancreatitis / Liver disease / Crohn's disease / Ulcerative Colitis / Piles or any other disease of Mouth, Esophagus, Liver, Gall bladder, Stomach or Intestines or any other part of Digestive System? / सिर्रोसिस / हेपेटाइटिस / विल्सन रोग / पॅन्क्रियाटिटीस / युकुन्ना रोग / कोलन्स डिजिज / अल्सरेटिव कोलिटिस / मसा अथवा मां, अन्नपी, युकुन्ना, पित्तशय्य, पेट अथवा आंतरदा अथवा पाचनतंत्रना अन्य कोर भागनो अन्य रोग ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
10. Kidney Stones/ Renal Failure/ Dialysis / Chronic Kidney Disease/ Prostate Disease or any other disease of Kidney, Urinary Tract or reproductive organs? / किडनीमा पथरी / रिनल फेइलर / डायलिसिस / किडनीनो बांभा वपनथी रोग / प्रस्टेटेनारोग अथवा किडनी, मूत्राशयनामां अथवा प्रजननतंत्रना अंगनो अन्य कोर रोग ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
11. HIV/SLE / Arthritis / Scleroderma / Psoriasis / bleeding or clotting disorders or any other diseases of Blood, Bone marrow/ Immunity or Skin. / अचार्थी/ अरुंरुथता / आर्थराइटिस / स्कलेरोडर्मा / सोरॉरिस / स्क्लेरोडर्मा अथवा रक्त गंढारं जवानो विकार अथवा रक्त, ओम मेरो / रोगप्रतिकार तंत्र अथवा त्वचाना अन्य कोर रोग.	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
12. Disease or disorder of eye, ear, nose or throat (except any sight related problems corrected by prescription lenses)? / आंभ, कान, नाक अथवा गणाना रोग अथवा विकार (सुथवेवा वेन्स ट्वारा सुधारेवी आंभनी वृष्टिने वगतनी कोर समसया सिवाय) ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
13. Smoke, consume alcohol, or chew tobacco, ghutka or paan or use any recreational drugs? If 'Yes' then please provide the frequency & amount consumed / सुपान, आडकोडोवनुंसेम, त्माडु गुग्गाके पातनासेमके कोर रिक्लेन्ड शल्लूकुरसो ज्योण? जे लोड तो कृपा करीने किटवी वपनने के वारमां सेवन कोर छो तेनी विगतो पूरी पाडो.	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
14. Any other disease / health adversity / injury/ condition / treatment not mentioned above? / उपर उल्लेख करवामां न आया लोय अथवा अन्य कोर रोग / आरोग्यनी प्रतिकृता / एज/समस्या / सारवार ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी
15. Has any of the Proposed to be Insured been hospitalized / recommended to take investigations / medication or has been under any prolonged treatment / undergone surgery for any illness / injury other than for childbirth / minor injuries? / वीमा माटे प्रस्ताव करनारी कोर व्यक्तीने शुं लोसिपटवमां दापव करवामां आवी छुं / नयास के उपचारनी लवामां करवामां आवी छुं के तेओ बांभा वपनथी सारवार वरि रडी छे के भाणकनां जन्म/नानी एजओ सिवाय अन्य कोर बिमारी के एज माटे सर्जरीमांथी पसार थरि छे ?	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी	Since _____ थी

Note: The Company shall reject Your proposal and refund the premium amount (after deducting cost of medical tests, if any) in case of incompleteness or any discrepancy highlighted or any other reason/
नोध: अयूरी विगतो अथवा अन्य कोर असंगतता के अन्य कोर कारणीना डिस्सामां कंपनी तमारी टरवारसने नामंजूर करे अने प्रिमियमनी रकम (जे कोर मेडिकल टेस्ट उखे तो तेना कपात पाट) परत करे.

Details of Previous or Existing Health Insurance/ અગાઉના અથવા પ્રવર્તમાન હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સની વિગતો

Please fill the following details with respect to health insurance proposals/policies with the Company or any other insurance companies / કૃપા કરીને કંપની અથવા અન્ય કોઈ વીમા કંપનીઓના હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સના પ્રસ્તાવ/પોલિસીઓને લગતી નીચેની વિગતો ભરો

Details / વિગતો	Insured 1 / વીમાકૃત 1	Insured 2 / વીમાકૃત 2	Insured 3/વીમાકૃત 3	Insured 4/ વીમાકૃત 4
Have any of the person(s) to be insured ever filed a claim with their current/previous insurer? If Yes, please provide details on a separate sheet / શું વીમો મેળવનારી કોઈ વ્યક્તિ(ઓ)એ તેમની પ્રવર્તમાન/અગાઉની વીમા કંપની સમક્ષ ક્યારેય દાવો ફાઈલ કર્યો છે? જો હા તો કૃપા કરીને એક અલગ શીટ પર વિગતો પૂરી પાડો	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Has any of your proposal(s) for Health insurance been declined, cancelled, charged a higher premium or issued with special condition(s)? / શું તમારા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ માટેના પ્રસ્તાવ(ઓ)નો ઇન્કાર, રદ કરવામાં, ઊંચા પ્રિમિયમની માગણી કે વિશેષ શરત(તો) સાથે જરી કરવામાં આવ્યો હતો?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Is any of the person(s) proposed for insurance covered under any other health insurance policy with the Company? / શું કોઈ વ્યક્તિ(ઓ)એ કંપનીની અન્ય કોઈ હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ પોલિસી હેઠળ આવેલા વીમા માટે પ્રસ્તાવ કર્યો છે?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Declaration / ઘોષણા

- I hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and / or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I am authorized to propose on behalf of these other persons. / હું અહીં ઘોષિત કરું છું કે મારા પક્ષે અને પ્રસ્તાવિત તમામ વીમાકૃત વ્યક્તિઓના પક્ષે ઉપર જણાવેલા નિવેદનો, ઉત્તરો અને/ અથવા મારા દ્વારા આપવામાં આવેલી વિગતો મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન પ્રમાણે તમામ પાસાઓમાં સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને હું આ તમામ લોકોના પક્ષે પ્રસ્તાવ કરવા માટે અધિકૃત છું.
- I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the insurer and that the policy will come into force only after full payment of the premium chargeable. / હું સમજું છું કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી વિગત વીમા પોલિસીનો આધાર સર્જશે, જે ઓરૂ દ્વારા મંજૂરી પામેલી વીમા કંપનીની અન્ડરરાઈટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને પોલિસી લાગુ થવા પાછ પ્રિમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી બાદ જ અમલમાં આવશે.
- I further declare that I will notify in writing any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured / proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company. / હું વધુમાં ઘોષિત કરું છું કે હું પ્રસ્તાવ સુપરત કર્યો પછી, પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિના સંવાદ પહેલા વીમા લેનાર/ પ્રસ્તાવ કરનારના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થયેલા કોઈ ફેરફાર વિશે લેખિતમાં જાણ કરીશ.
- I declare that I consent to the company seeking medical information from any doctor or hospital who / which at any time has attended on the person to be insured/ proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the person to be insured / proposer and seeking information from any Insurer to whom an application for insurance on the person to be insured / proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and / or claim settlement. / હું ઘોષિત કરું છું કે વીમો મેળવનારી વ્યક્તિ/પ્રસ્તાવ કરનાર વ્યક્તિ કોઈ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ જેમની/જેની પાસે હાજર થઈ હોય તેમની પાસેથી તે વ્યક્તિ અંગેની મેડિકલ માહિતી અથવા ભૂતકાળ અથવા પ્રવર્તમાન રોજગારીદાતા પાસેથી એવી કોઈ ઘટના કે જિનાઈતી વીમો મેળવનારી વ્યક્તિ/ પ્રસ્તાવ કરનારી વ્યક્તિના શારીરિક અથવા માનસિક આરોગ્યને અસર થઈ હોય તે અંગેની માહિતી અને કોઈ પણ વીમા કંપની જેમની સમક્ષ પ્રસ્તાવનાં અન્ડરરાઈટિંગના ઉદ્દેશ માટે અને/ અથવા દાવાની પતાવટ માટે વીમા મેળવનારી વ્યક્તિ/ પ્રસ્તાવ કરનારી વ્યક્તિ અંગેની વીમા માટે અરજી કરી હોય એ અંગેની માહિતી મેળવવાની હું કંપનીને સંમતિ આપું છું.
- I authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records of the Insured/ Proposer for the sole purpose of underwriting the proposal and / or claims settlement and with any Governmental and / or Regulatory authority. / હું કંપનીને કોઈ પણ સરકારી અને/ અથવા નિયમનકારી સત્તાધિકારી સાથે પ્રસ્તાવને અન્ડરરાઈટ કરવા અને/ અથવા દાવાની પતાવટના એક માત્ર ઉદ્દેશ માટે વીમો મેળવનારી/ પ્રસ્તાવ કરનાર વ્યક્તિના મેડિકલ રેકોર્ડ્સ સહિત મારા પ્રસ્તાવને લગતી માહિતીની આપ-લે કરવા માટેનો અધિકાર આપું છું.

Date/ તારીખ: / / (DD/MM/YYYY)

Signature of the Proposer/ પ્રસ્તાવ કરનારના હસ્તાક્ષર : _____

Place/સ્થળ:

(On behalf of all the persons to be insured under the Policy) / (પોલિસી હેઠળ વીમો મેળવનાર તમામ વ્યક્તિઓના પક્ષે)