

ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી, અમદાવાદ  
અને  
ધી ન્યુ ઇન્ડિયા એશ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ  
સંયુક્તપણે રજૂ કરે છે...

તંદુરસ્ત વ્યક્તિઓ માટે અનોખી સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજના

કેન્સર મેડિકલ એક્સપેન્સીઝ પોલિસી

યોજનાની લાક્ષણિકતાઓ

- ▶ ૫ થી ૭૦ વર્ષની વય સુધીની કોઈપણ તંદુરસ્ત વ્યક્તિ કેન્સર ન થયું હોય તેવી આ યોજનામાં જોડાઈ શકે છે.
- ▶ આ પોલિસી હેઠળ પતિ અને પત્ની બંનેને લાભ મળે છે જ્યાં સુધી કોઈ એકને કેન્સર ના થાય.
- ▶ પોલિસીની રકમ વધુમાં વધુ દર વર્ષે રૂ. ૫૦,૦૦૦/- બીલો રજૂ કરેથી (દર ૪ મહિને બીલો રજૂ કરી દેવા.) દા.ત. જો સારવારનો ખર્ચો રૂ. ૪૦,૦૦૦/- થયો હોય તો ૪૦,૦૦૦/- જ પરત મળે.  
જો સારવારનો ખર્ચો રૂ. ૭૫,૦૦૦/- થયો હોય તો ૫૦,૦૦૦/- જ પરત મળે.
- ▶ આજીવન લવાજમ માત્ર રૂ. ૨૮૫૬/- (રૂ. ૨૫૦૫/- + રૂ. ૪૫૧/- જી.એસ.ટી. ૧૮%) (પતિ-પત્ની માટે)
- ▶ પોલિસી લીધાના ૬ મહિના પછી પોલિસીનો લાભ મળશે.
- ▶ કેન્સર થયાની જાણ થતા જ ૩૦ દિવસની અંદર લેખિત જાણ કરવાની રહેશે.
- ▶ હોસ્પિટલમાંથી રજા મળે કે સારવાર પૂરી થયે ૩૦ દિવસની અંદર (બંનેમાંથી જે પહેલું હોય તે) ઓરીજનલ બીલો તથા લેબોરેટરીના રીપોર્ટો રજૂ કરવાના રહેશે.
- ▶ નાની મોટી સંસ્થાઓ તથા ઔદ્યોગિક ગૃહોના કર્મચારીઓ માટે ખૂબ જ લાભદાયી યોજના
- ▶ કેન્સર વીમા પોલિસી ધરાવનારને ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી પ્રથમ વખતે કેન્સરને લગતી તપાસ અમારા વાસણા સેન્ટર પર કોઈપણ ખર્ચ લીધા સિવાય કરી આપવામાં આવે છે અને ત્યારબાદ કોઈપણ વખતેની તપાસ ફક્ત ૫૦% ચાર્જ લઈને કરી આપવામાં આવશે.
- ▶ કેન્સર વીમા પોલિસી ધરાવનારને કેન્સરની સારવાર અંગેનો ખર્ચ વીમાની કુલ રકમ કરતાં જો વધી જાય તો ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી કેમોથેરાપી સારવારના ખર્ચમાં ૫૦% રાહત આપે છે.
- ▶ ચેક “ ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી ” નામે મોકલવો.

કેન્સર મેડિકલ એક્સપેન્સીઝ પોલિસી વિષે વધુ જાણકારી મેળવવા નીચે  
દર્શાવેલ સ્થળોએ સંપર્ક સાધો

કોમ્યુનિટી ઓન્કોલોજી સેન્ટર પ્રવિણનગર બસ સ્ટેન્ડ પાસે, ગુપ્તાનગર, વાસણા, અમદાવાદ - ૩૮૦૦૦૭ ટે. નં. ૨૬૬૦૮૪૪૮	ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી રૂમ નં. ૬૮, ગુજરાત કેન્સર એન્ડ રીસર્ચ ઇન્સ્ટીટ્યુટ, સીવીલ હોસ્પિટલ કમ્પાઉન્ડ, અસારવા, અમદાવાદ - ૩૮૦૦૧૬ ટે. નં. ૨૨૬૮૮૦૧૭	જીસીએસ મેડિકલ કોલેજ એન્ડ રીસર્ચ સેન્ટર ડી.આર.એમ. ઓફિસની સામે, ચામુંડા બ્રીજ પાસે, નરોડા રોડ, અમદાવાદ - ૩૮૦૦૨૫ ટે. નં. ૬૬૦૪૮૦૦૦
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



# दि न्यू इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड THE NEW INDIA ASSURANCE COMPANY LIMITED

F. No. CMS/1  
तीन प्रतियों में  
IN TRIPLICATE

प्रादेशिक कार्यालय : पांचवी मंजिल, पोप्युलर हाऊस, आश्रम रोड, अहमदाबाद-380 009.  
Regional Office : 5th Floor, Popular House, Ashram Road, Ahmedabad-380 009.

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : न्यू इन्डिया एश्योरन्स बिल्डिंग, ८७, महात्मा गांधी मार्ग, फोर्ट, मुम्बई-400 001  
Regd. & Head Office : New India Assurance Bldg. 87, Mahatma Gandhi Road, Fort, Mumbai-400 001.

केवल गुजरात कैंसर सोसायटी के संभावित सदस्यों के लिए  
For the prospective members of the GUJARAT CANCER SOCIETY ONLY

सदस्यता क्रमांक \_\_\_\_\_ (आयु सीमा 15 से 70 वर्ष)  
Membership No. \_\_\_\_\_ (Age limit 15 to 70 years)

## कैंसर मेडिकल व्यय पॉलिसी के लिए प्रस्ताव प्रपत्र PROPOSAL FORM FOR CANCER MEDICAL EXPENSES POLICY

1. (क) प्रस्तावक का नाम (a) Name of Proposer (ख) ववाहिती का पूरा नाम (b) Name of Spouse (in full)	
2. पता / Address  टेलीफोन क्रमांक Telephone Number	
3. आयु Age	(क) प्रस्तावक : (a) Proposer : (ख) विवाहिती : (b) Spouse :
4. व्यवसाय Occupation	(क) प्रस्तावक : (a) Proposer : (ख) विवाहिती : (b) Spouse :
5. प्रस्ताव हस्ताक्षर करने की तिथि पर क्या आप और आपकी विवाहिती तन्दुरुस्त थे ? Are you and your spouse in good health on the day of signing this proposal ?	
6. आपका नियमित चिकित्सक कौन है ? Who is your usual attending Physician ? उसकी अर्हताएँ ? His qualifications	
7. इस प्रस्ताव से पूर्व 6 माह की अवधि के अन्दर किसी मारी बीमारी के लिए क्या आपने या आपके विवाहिती ने आपके चिकित्सक या अन्य फिजीशियन/सर्जन से परामर्श लिया है ? यदि हाँ तो विवरण दें । Have you or your spouse consulted him or any other Physician/ Surgeon for any major ailment in the last six months prior to this proposal ? if so, give details.	
8. क्या आप या आपके विवाहिती Are you or your spouse (क) धूम्रपान करते हैं ? यदि हाँ तो प्रति दिन कितनी सिगारेट या बीडी पीते हैं ? (a) A smoker, if yes, please state No. of cigarettes or beedies per day. (ख) मधुमेह / तपेदिक से पीड़ित हैं ? (b) Suffering from diabetes/tuberculosis (T. B.) (ग) अन्य शारीरिक बीमारी से पीड़ित हैं ? (c) Any other systemic diseases कृपया विवरण दें : Please give details	

<p>9. क्या आप या आपके विवाहिती के नजदीकी रिश्तेदार कैंसर से पीड़ित हैं ? यदि हाँ तो विवरण दें । Have any of your or your spouse's -near blood relatives suffered from cancer ? If yes, Please indicate details.</p>	
<p>10. क्या निकट भूतकाल में (प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करने के 6 माह पूर्व) आप अथवा आपके विवाहिती निम्नलिखित बीमारियों से पीड़ित थे या उनमें इन बीमारियों के लक्षण थे । Have you or your spouse noticed / suffered any of the following in the recent past (within six months prior to signing this proposal) :-</p> <p>(क) अंतडिपो मूत्राशय की प्रणाली में कोई परिवर्तन (a) Any change in your usual bowel or bladder habits.</p> <p>(ख) शरीर में हुआ घाव जो 2 सप्ताह के अन्दर न मिया हो । (b) A sore anywhere on the body that does or did not heal within a fortnight.</p> <p>(ग) शरीर के किसी घाव या खुले स्थान से अत्याधिक रक्तस्राव । (c) Unusual bleeding or discharge of any kind from any body opening.</p> <p>(घ) *छत्ती या शरीर के किसी भाग में सूजन या कठोरता । (d) Thickening or lump in the breast or anywhere else in the body.</p> <p>(च) 2 सप्ताह से लगातार अजीर्ण या निगलने में कोई कठिनाई अथवा रुकावट । (e) Persistent Indigestion or difficulty or obstruction in swallowing for over a fortnight.</p> <p>(छ) किसी मस्से या तिल में प्रत्यक्ष परिवर्तन जैसे आकार, रंग, रक्तस्राव आदि । (f) Any obvious change in a wart or mole such as shape, size, colour, discharge or bleeding.</p> <p>(ज) 2 सप्ताह से खांसी या खरस । (g) Cough or hoarseness, for a fortnight.</p>	
<p>9. किसी भी कारण से क्या आपको या आपके विवाहिती को विकिरण चिकित्सा करवानी पड़ी ? यदि हाँ तो विवरण दें । Have you or your spouse undergone any radiation therapy for any reason whatsoever ? If yes, please give details.</p>	

**घोषणा DECLARATION**

मैं हम एतद्वारा घोषणा करता करते हैं कि उपर्युक्त प्रश्नों के उत्तर पूर्णतः सही है ।

i/We hereby affirm that the answers to the above questions are true and correct in all respects.

साक्षी :  
Witness :

दिनांक  
Date :

हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_  
दिनांक : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**प्रमाण पत्र CERTIFICATE**

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने प्रस्तावक और उसकी विवाहिती की जाँच कर ली है और वे स्वस्थ हैं ।  
Certified that I have examined the proposer and his spouse and they are in sound health.

पंजीकृत मेडिकल प्रेक्चिशनर  
Registered Medical Practitioner

टिप्पणी :

यह प्रमाणपत्र विधिवत अर्हता प्राप्त एलोपैथिक चिकित्सक से प्राप्त किया जाना चाहिए जिसके पास किसी भारतीय विश्वविद्यालय की मान्य प्राप्त न्यूनतम एम.बी.बी.एस. डिग्री हो ।

N.B. :-

Certificate should be obtained from a duly qualified allopathic doctor, holding minimum qualification of M.B.B.S. of a recognised Indian University.