

ইউআরএন: 013

১. প্রস্তাবকের বিবরণ:

শীর্ষক নাম

ডিওবি লিঙ্গ: পুরুষ নারী অন্যান্য জাতীয়তা

বর্তমান ঠিকানা

ল্যান্ডমার্ক শহর

জেলা অবস্থা

ল্যান্ডলাইন নম্বর মোবাইল নম্বর

ই-মেইল আইডি বিকল্প সংখ্যা

সিকেওয়াইসি নম্বর (ঐচ্ছিক): প্যান নম্বর

বার্ষিক আয় (টাকা)

এমপ্লয়মেন্ট বেতনভোগী স্ব-কর্মসংস্থান ছাত্র গৃহিণী অন্যান্য, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন

দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এর দ্বারা নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার 'ডিএনডি' রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইজ করে আমার 'ডিএনডি' রেজিস্ট্রেশনের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি

আপনি অথবা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি পিইপি # আছেন? হ্যাঁ না

#Politically, এন্ডপোজড পার্সনস (পিইপি) হলেন এমন ব্যক্তি যারা বিশিষ্ট পাবলিক ফাংশন যেমন কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, প্রবীণ রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারী সংস্থার সিনিয়র এন্ডেক্সিকিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রস্তাবলী পূরণ করুন)

তুমি কি পলিসি কিটের শারীরিক অনুলিপি চাও: হ্যাঁ না

ব্যাংক বিবরণ:

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর আইএফএসসি কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন সংরক্ষণ বর্তমান শাখা শহর

ইলেক্ট্রনিক ইন্স্যুরেন্স একাউন্ট (ইআইএ) এর বিস্তারিত

আপনি কি এই পলিসিটি একটি ই-বীমা অ্যাকাউন্টে জমা করতে চান? (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

না, আমার কোনও ই-বীমা অ্যাকাউন্ট নেই এবং একটি খুলতে চাই না হ্যাঁ, এই নীতিটি আমার ই-বীমা অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট করুন

যদি হ্যাঁ, দয়া করে বিদ্যমান ই-বীমা অ্যাকাউন্ট নং ভাগ করুন

অনুগ্রহ করে বীমা সংগ্রহস্থলের নাম নির্বাচন করুন (আপনি আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

১. এনএসডিএল ২. সিআইআরএল ৩. কার্ভি ৪. সিএএমএস (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

বা

আমার বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব নেই এবং আমি একটি নতুন ই-বীমা হিসাব তৈরি করতে আগ্রহী

(দয়া করে প্রাসঙ্গিক নথি সহ বৈদ্যুতিন বীমা অ্যাকাউন্ট খোলার ফর্ম (ইআইএ ফর্ম) জমা দিন)।

২. কভারেজ নির্বাচন:

আপনি কি বহনযোগ্যতার জন্য আবেদন করছেন: হ্যাঁ না (যদি "হ্যাঁ" হয়, দয়া করে পৃথক বহনযোগ্যতা ফর্মটিও পূরণ করুন)।

দয়া করে প্রাসঙ্গিক বাক্সগুলিতে টিক দিন:

বেস কভারেজ:

বীমাকৃত অর্থরাশি: (রুপি) 50,000 ১ হ্রদ ১.৫ হ্রদ ২ হ্রদ ২.৫ হ্রদ ৩ হ্রদ ৩.৫ হ্রদ ৪ হ্রদ ৪.৫ হ্রদ ৫ হ্রদ
 ৫.৫ হ্রদ ৬ হ্রদ ৬.৫ হ্রদ ৭ হ্রদ ৭.৫ হ্রদ ৮ হ্রদ ৮.৫ হ্রদ ৯ হ্রদ ৯.৫ হ্রদ ১০ হ্রদ

কভারেজের ধরণ: স্বতন্ত্র ভিত্তি ফ্যামিলি ফ্লোটার বেসিস

না। আচ্ছাদিত জীবন: প্রাপ্তবয়স্কদের ছেলেমেয়েদের

প্রিমিয়াম প্রদানের মোড: বার্ষিক অর্ধ-বার্ষিক ত্রৈমাসিক মাসিক

৩. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী ১ জন

নাম

লিঙ্গ পুরুষ নারী অন্যান্য উচ্চতা (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধু/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতনি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

আবেদনকারী ২

নাম

লিঙ্গ পুরুষ নারী অন্যান্য উচ্চতা (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: পত্নী ধ্বনি মেয়ে বাবা মা শ্বশুর শাশুড়ি

আবেদনকারী ৩

নাম

লিঙ্গ পুরুষ নারী অন্যান্য উচ্চতা (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: পত্নী ধ্বনি মেয়ে বাবা মা শ্বশুর শাশুড়ি

আবেদনকারী ৪

নাম

লিঙ্গ পুরুষ নারী অন্যান্য উচ্চতা (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: পত্নী ধ্বনি মেয়ে বাবা মা শ্বশুর শাশুড়ি

আবেদনকারী ৫

নাম

লিঙ্গ পুরুষ নারী অন্যান্য উচ্চতা (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: পত্নী ধ্বনি মেয়ে বাবা মা শ্বশুর শাশুড়ি

আবেদনকারী ৬

নাম

লিঙ্গ পুরুষ নারী অন্যান্য উচ্চতা (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: পত্নী ধ্বনি মেয়ে বাবা মা শ্বশুর শাশুড়ি

৪. মনোনয়ন

প্রস্তাবকের মৃত্যুর ক্ষেত্রে, পলিসির অধীনে প্রাপ্য যে কোনও অর্থ নীচে নামযুক্ত মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদানযোগ্য হবে। নমিনির দ্বারা এই জাতীয় অর্থ প্রদানের প্রাপ্তি পলিসির অধীনে কোম্পানির দায়বদ্ধতার স্রাব গঠন করবে। অন্য সকল আবেদনকারী(দের) জন্য মনোনীত ব্যক্তি নিজে প্রস্তাবক

মনোনীত ব্যক্তির নাম	জন্মতারিখ	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	ঠিকানা, নমিনির মোবাইল নম্বর ইমেল আইডি	নিয়োগকারীর নাম (যদি মনোনীত ব্যক্তির বয়স 18 বছরের কম হয়)

নমিনির ব্যাঙ্ক বিবরণ: উপকারভোগীর নাম: _____

ব্যাংকের নাম _____ অ্যাকাউন্টের ধরন _____ সংরক্ষণ _____ বর্তমান _____

অ্যাকাউন্ট নম্বর _____ আই.এফ.এস.সি কোড _____

৫. চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাব তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে নিশ্চিত করুন যে এই বিভাগের সমস্ত প্রশ্নের সত্যতা এবং সম্পূর্ণরূপে উত্তর দেওয়া হয়েছে কারণ আপনি এখানে যে তথ্য সরবরাহ করেছেন তা নিভা বুপা দ্বারা আন্ডাররাইটিংয়ের ভিত্তি তৈরি করবে। দয়া করে নোট করুন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভুল, আংশিক সঠিক তথ্য আপনার চিকিৎসা দাবি ও/অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে।

বিভাগ এ: দয়া করে চিকিৎসা শর্ত সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করুন										
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন	আবেদনকারী নম্বর									
	1	2	3	4	5	6				
i. আপনি কি কখনও 5 দিনের বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন, কোনও অস্ত্রোপচার প্রক্রিয়া সহ্য করান/পরামর্শ দিয়েছেন, অথবা কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন/ 14 দিনের বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? গুঁষধ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ওষুধ এবং সাময়িক অ্যাপ্লিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N
ii. থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল টেস্ট, অ্যাক্সিওগ্রাফি, ইকোকার্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এফএনএসির মতো কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে আপনার কি কখনও বিরূপ ফলাফল হয়েছে?	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N
৩. আপনার কি ডায়াবেটিস বা প্রি-ডায়াবেটিস আছে বা আপনার কি কখনও উচ্চ রক্তে শর্করার ঘটনা ঘটেছে?	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N
আপনার কি হাইপারটেনশন বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N
v. আপনার কি আগে থেকে বিদ্যমান কোন রোগ/অবস্থা আছে?	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N
vi. আপনি কি কখনও কোনও জিনগত / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিত্সা করেছেন?	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N
vii. আপনি কি কখনও কোনও মানসিক / মানসিক রোগের জন্য নির্ণয় বা চিকিত্সা করেছেন?	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N
৮. আবেদনকারীর জীবনের জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা জটিল অসুস্থতা বীমার কোনও প্রস্তাব কি কখনও প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন কোনও বীমা সংস্থা দ্বারা বর্জন করা হয়েছে?	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N	হ্যাঁ	N

বিভাগ B: (আবেদনকারী যদি ধূমপান করেন বা তামাক/গুঁটখা/পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করেন তবেই এই বিভাগটি পূরণ করুন)	i. চিবানো যায় তামাক / গুঁটখা / পান মশলা - যদি হ্যাঁ হয় তবে দয়া করে প্রতিদিন পাউচের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতি সপ্তাহে মিলি নির্দিষ্ট করুন		iii. সিগারেট / বিড়ি / সিগার। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতিদিন খরচ নির্দিষ্ট করুন	
	1-10	>10	<= 450	>450	1-10	>10
আবেদনকারী ১ জন						
আবেদনকারী ২						
আবেদনকারী ৩						
আবেদনকারী ৪						
আবেদনকারী ৫						
আবেদনকারী ৬						

বিভাগ সি: বিভাগ এ হ্যাঁ (ওয়াই) চিহ্নিত প্রশ্নগুলির জন্য, দয়া করে নিম্নলিখিত তথ্য নির্দিষ্ট করুন:

আবেদনকারী নম্বর	লক্ষণ (গুলি) অথবা তদন্ত (গুলি) বা রোগ নির্ণয় বা পদ্ধতি / অস্ত্রোপচারের বিশদ বিবরণ				ঔষধ (সমূহ)	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান)	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের	ডায়াবেটিস হলে সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)
	ডায়াবেটিস HbA1c লেভেল হলে	উচ্চ রক্তচাপ বিপি লেভেল হলে		অন্য কোন বিবরণ					
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক						

6. বৈদ্যুতিন নীতি পরিপূর্ণতা এবং পরিষেবা যোগাযোগের জন্য অনুমোদন

আপনি কি পরিবেশ রক্ষা করতে চান এবং আবেদন ফর্মটিতে এখানে উল্লিখিত ইমেল আইডিতে আপনার সমস্ত নীতি এবং পরিষেবা সম্পর্কিত যোগাযোগ প্রেরণের জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিয়ে কাগজ বাঁচাতে সহায়তা করতে চান? হ্যাঁ না

7. ঘোষণা (দয়া করে সাবধানে পড়ুন এবং প্রস্তাব ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার আগে প্রত্যেকের বিরুদ্ধে একটি চেক চিহ্ন রাখুন)

- আমি এতদ্বারা আমার পক্ষ থেকে এবং বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত সমস্ত ব্যক্তির পক্ষ থেকে ঘোষণা করছি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত উপরোক্ত বিবৃতি, উত্তর এবং / অথবা বিবরণগুলি আমার জ্ঞানের সর্বোত্তম ক্ষেত্রে সত্য এবং সম্পূর্ণ এবং আমি এই অন্যান্য ব্যক্তিদের পক্ষ থেকে প্রস্তাব করার জন্য অনুমোদিত।
- আমি বুঝতে পারি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত তথ্য বীমা পলিসির ভিত্তি গঠন করবে, বীমাকারীর বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতি সাপেক্ষে ও চার্জযোগ্য প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থ প্রদানের পরেই নীতিটি কার্যকর হবে।
- আমি আরও ঘোষণা করছি যে প্রস্তাব জমা দেওয়ার পরে কিন্তু কোম্পানির ঝুঁকি গ্রহণের বিষয়ে যোগাযোগের আগে বীমাকারী/প্রস্তাবক হওয়ার জন্য জীবনের পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্যের যে কোনও পরিবর্তন ঘটলে আমি লিখিতভাবে অবহিত করব।
- আমি ঘোষণা করছি যে আমি যে কোনও ডাক্তার বা হাসপাতালের কাছ থেকে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য চাইতে সম্মত হই যিনি / যিনি যে কোনও সময়ে বীমাকারী/প্রস্তাবক বা কোনও অতীত বা বর্তমান নিয়োগকর্তার কাছ থেকে এমন কোনও বিষয়ে উপস্থিত ছিলেন যা ব্যক্তির শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের উপর প্রভাব ফেলে এমন কোনও বিষয়ে বীমাকারী/প্রস্তাবক এবং যে কোনও বীমাকারীর কাছ থেকে তথ্য চাওয়া হয় যার কাছ বীমা করা / প্রস্তাবকারী ব্যক্তির উপর বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্ডাররাইটিং উদ্দেশ্যে।
- আমি সংস্কারকে প্রস্তাব এবং / অথবা দাবি নিষ্পত্তির একমাত্র উদ্দেশ্যে এবং কোনও সরকারী এবং / অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের সাথে বীমাকারী/প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার অনুমোদন দিই।
- আমি/আমরা কোম্পানিকে আমাদের তালিকাভুক্ত প্রদানকারীর সাথে পরিষেবা সরবরাহের একমাত্র উদ্দেশ্যে বীমাকৃত / প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার/আমাদের প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার অনুমোদন দিই।

তারিখ স্থান প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

৮. স্থানীয় ঘোষণা

(প্রস্তাবক স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করলে প্রত্যয়ন (কোম্পানির এজেন্ট / কর্মচারী ব্যতীত অন্য কারও দ্বারা প্রত্যক্ষ করা)।

এই ফর্মের বিষয়বস্তু এবং এর বিবরণগুলি আমি প্রস্তাবককে স্থানীয় ভাষায় ব্যাখ্যা করেছি যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন:

এর নাম সার্টিফিকেট প্রদানকারী সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তি: ব্যক্তির স্বাক্ষর:

সাক্ষীর নাম সাক্ষীর স্বাক্ষর সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

৯. প্রস্তাবক ঘোষণা

(প্রত্যয়ন যেখানে কোন কারণে, প্রস্তাব এবং অন্যান্য সংযুক্ত কাগজপত্র প্রস্তাবক দ্বারা পূরণ করা হয় না)।

প্রস্তাব ফর্ম এবং সংযুক্ত নথিগুলির বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত চুক্তির তাত্পর্য সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব ফর্মটি আমার নির্দেশে দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

10. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক ডিমান্ড ড্রাফট
 ক্রেডিট কার্ড ডেবিট কার্ড নেট ব্যাংকিং
 নগদ টাকা অন্যদের

প্রিমিয়ামের পরিমাণ

অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:

তারিখ

ব্যাংকের নাম/শাখা

নিভা বুপা শাখার অবস্থান

কোড নং

ব্যবসার উৎস:
 উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল

কোড নং

নাম

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:

গ্রাহক ID:

11. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কাস্যুরেন্স চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা কোড এসপি কোড

RM/LG কোড

স্ট্রাকচার অ্যাকাউন্ট সংখ্যা

12. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

1. আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্কিত? হ্যাঁ/না; যদি হ্যাঁ, সম্পর্কের প্রকৃতি?

2. প্রস্তাবককে আপনি কতদিন ধরে চেনেন? মাস

3. প্রস্তাবকের পরিচয় নিয়ে আপনি কি সন্তুষ্ট? হ্যাঁ না

4. প্রস্তাবক বা আবেদনকারীর কি কোন শারীরিক বিকৃতি/ক্রটি বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কিনা? হ্যাঁ না

5. আপনি কি প্রস্তাবিত নীতির শর্তাবলী, নবায়নযোগ্যতার শর্তাবলী, ব্যতিক্রম, পলিসির অপেক্ষার সময়কাল ব্যাখ্যা করেছেন এবং প্রস্তাবক ব্যক্তিগতভাবে স্বাস্থ্য ঘোষণাটি সম্পন্ন করেছেন? হ্যাঁ না

6. নৈতিক বিপত্তিসহ সব বিষয় বিবেচনায় নিয়ে এই প্রস্তাব ফরম গ্রহণের সুপারিশ করেন কি? হ্যাঁ না

7. আপনি কি নিরপেক্ষভাবে প্রস্তাবককে পরামর্শ দিয়েছেন এবং প্রস্তাবককে তার স্বার্থে সর্বোত্তম প্রচ্ছদে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম করার জন্য সমস্ত তথ্য সরবরাহ করেছেন? হ্যাঁ না

তারিখ বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর

13. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

ছাড় নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938 এর ধারা 41 এর অধীনে)

১। কোন ব্যক্তি ভারতে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত কোন প্রকার ঝুঁকি, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় বা পলিসিতে প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন রেয়াতের বিষয়ে কোন ব্যক্তিকে প্ররোচিত করিবার বা করিবার প্ররোচনা স্বরূপ কোন ব্যক্তিকে প্ররোচিত করিবার অনুমতি বা প্রস্তাব করিতে পারিবেন না, অথবা বীমাকারীর প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা টেবিল অনুসারে অনুমোদিত রেয়াত ব্যতীত পলিসি গ্রহণকারী বা নবায়ন বা অব্যাহত রাখা কোনও ব্যক্তি কোনও ছাড় গ্রহণ করবেন না।

(২) কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব্যর্থ হইলে তিনি দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত অর্থদণ্ডে দণ্ডনীয় হইবেন।

14. আবহা আইডি

সদস্যের নাম	আপনার কি আবহা আইডি আছে?		আবহা আইডি	শেয়ার করতে সম্মতি	
	হ্যাঁ	না		সঙ্গে মেডিকেল রেকর্ড	আবহা মাধ্যমে বীমাকারী/টিপিএ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার অপশন: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম: _____

ব্যাংকের নাম: _____ আইএফএসসি: _____

অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____

অ্যাকাউন্টের ধরন: _____

নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড
 নিবন্ধিত অফিস: সি-98, প্রথম তল, লাজপত নগর, অংশ 1, নয়াদিল্লি -110024

অস্বীকৃতি: বীমা একটি অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাঙ্গ বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 145)। 'বুপা' এবং 'স্টার্টেজ' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহার করছে। গ্রাহক হেল্পলাইন: 1860-500-8888। ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com। সিআইএন: U66000DL2008PLC182918। শর্তাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় রোশিওরটি সাবধানে

পণ্যের নাম: আরোগ্য সঞ্জীবনী, নিভা বুপা স্বাস্থ্য বীমা কোং লিমিটেড | পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP22151V012122

এই জায়গাটি ইচ্ছাকৃতভাবে ফাঁকা রাখা হয়েছে

নিভা বুপা তার গ্রাহকদের সাথে ন্যায্য এবং স্বচ্ছ হওয়ার জন্য নিবেদিত। এই দস্তাবেজটি আপনার নীতির মূল বৈশিষ্ট্যগুলির সংক্ষিপ্তসার জানায়, তবে এটি আপনার নীতি চুক্তিকে প্রতিস্থাপন করে না এবং আমরা আপনাকে এই পণ্যটি ক্রয় শেষ করার আগে আপনার নীতির সমস্ত বিবরণ পড়তে উত্সাহিত করি।

নিভা বুপা আপনার জন্য আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি নিয়ে এসেছে - আপনার জন্য তৈরি সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ সুবিধা সহ একটি স্বাস্থ্য বীমা পরিকল্পনা। নীতিটি আপনাকে যে কোনও ধরণের হাসপাতালে ভর্তি, ডে কেয়ার চিকিত্সা এবং বিকল্প চিকিত্সার জন্য কভার করে।

আপনার নীতিতে নিম্নলিখিত অন্তর্নির্মিত সুবিধা রয়েছে, নীতি চুক্তিতে উল্লিখিত কিছু সীমাবদ্ধতা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে:

- রুম ভাড়া এবং আইসিইউ চার্জ সহ একটি হাসপাতালে রোগীদের যত্ন।
- রুম ভাড়া
সীমা: রুম ভাড়া: প্রতিদিন সর্বোচ্চ ৫,০০০ টাকা সাপেক্ষে বীমাকৃত অর্থরাশির ২% পর্যন্ত। -
আইসিইউ / আইসিইউ: প্রতিদিন সর্বোচ্চ 10,000 টাকা সাপেক্ষে বীমাকৃত অর্থরাশির 5% পর্যন্ত।
- সমস্ত ডে কেয়ার চিকিত্সা আচ্ছাদিত।
- রোড অ্যাম্বুলেন্স হাসপাতালে ভর্তির জন্য ২,০০০ টাকা পর্যন্ত চার্জ নেয়।
- আয়ুষ্ চিকিত্সা (শুধুমাত্র রোগীদের যত্ন)।
- হাসপাতালে ভর্তির 30 দিন আগে পর্যন্ত প্রাক হাসপাতালে ভর্তি।
- হাসপাতাল থেকে স্রাবের পরে 60 দিন পর্যন্ত হাসপাতালে ভর্তির পরে।
- ওরাল কেমোথেরাপি, রোবোটিক সার্জারি ইত্যাদি সহ আধুনিক চিকিত্সা বীমাকৃত অর্থের 50% পর্যন্ত কভার করে।
- ছানি অস্ত্রোপচারের জন্য বীমাকৃত অর্থরাশির ২৫% পর্যন্ত চক্ষু প্রতি সর্বোচ্চ ৪০,০০০ টাকা পর্যন্ত আচ্ছাদিত। ২৪ মাসের নির্দিষ্ট অপেক্ষার পর এই সুবিধা পাওয়া যায়।
- প্রতিটি দাবি মুক্ত পলিসি বছরের ক্ষেত্রে 5% এর ক্রমপুঞ্জিত বোনাস, বীমাকৃত রাশির সর্বাধিক 50% পর্যন্ত। দাবির ক্ষেত্রে, অর্জিত ক্রমপুঞ্জিত বোনাস একই হারে হ্রাস করা হবে

নোট করুন যে নিম্নলিখিত অপেক্ষার সময়কাল নীতি অনুসারে প্রযোজ্য:

- পলিসি শুরু হওয়ার পর থেকে 36 মাসের প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল এবং ক্রমাগত পুনর্নবীকরণ সাপেক্ষে।
প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল 30 দিনের যদি না চিকিত্সার প্রয়োজন হয় তবে দুর্ঘটনার কারণে যা প্রথম দিন থেকে আচ্ছাদিত।
- আমাদের সাথে প্রথম নীতি শুরু হওয়ার পর থেকে 24 এবং 48 মাসের নির্দিষ্ট অপেক্ষার সময়কাল, নীতি চুক্তিতে উল্লিখিত কিছু শর্তের জন্য, যদি না শর্তটি সরাসরি দুর্ঘটনার কারণে ঘটে থাকে (দিন 1 থেকে আচ্ছাদিত)।

নোট করুন যে নীতি চুক্তিতে নির্ধারিত হিসাবে স্ট্যান্ডার্ড ব্যতিক্রমগুলি প্রযোজ্য। উপরন্তু, চিকিৎসা মূল্যায়নের উপর ভিত্তি করে, কিছু নির্দিষ্ট ব্যতিক্রম আপনার নীতিতেও প্রযোজ্য হতে পারে।

আপনার পলিসির অন্যান্য মূল বৈশিষ্ট্যগুলি নিম্নরূপ:

- আপনি কোনও ব্যক্তি বা পরিবারের জন্য পলিসি নিতে পারেন। এই পলিসির অধীনে অনুমোদিত পরিবারের সদস্যরা হলেন নিজে, স্ত্রী, সন্তান, বাবা-মা এবং স্বশুর-শাশুড়ি। শুধুমাত্র নবায়নের সময় সদস্যদের কোনও সংযোজন বা অপসারণ করা হবে।
- নির্বাচিত বীমাকৃত অর্থরাশি পৃথক ভিত্তিতে (অর্থাৎ সমস্ত সদস্যের জন্য পৃথক সমান বীমাকৃত রাশি) বা ফ্লোটার ভিত্তিতে (অর্থাৎ সমস্ত সদস্যের মধ্যে ভাগ করা একই বীমাকৃত রাশি) হতে পারে।
- সমস্ত দাবি 5% এর সহ-অর্থ প্রদানের সাপেক্ষে হবে।
- পলিসির আওতায় বার্ষিক, অর্ধ-বার্ষিক, ত্রৈমাসিক এবং মাসিকের প্রিমিয়াম প্রদানের পদ্ধতিগুলি উপলব্ধ। মাসিক মোডের জন্য, দ্বিতীয় পলিসি মাসের প্রিমিয়ামটি প্রথম মাসের প্রিমিয়াম কিস্তির সাথে প্রদান করতে হবে। তারপরে, তৃতীয় পলিসি মাস থেকে নিয়মিত মাসিক প্রিমিয়াম প্রদান করা প্রয়োজন। বার্ষিক মোড ব্যতীত অন্য সমস্ত প্রিমিয়াম প্রদানের মোডের জন্য এসিএইচ / এসআই বাধ্যতামূলক। একবার বেছে নেওয়া প্রিমিয়াম প্রদানের মোডটি কেবল এক বছরের পলিসির মেয়াদ শেষে পরিবর্তন করা যেতে পারে।
- দাবির ক্ষেত্রে, যদি মাসিক বা ত্রৈমাসিক অথবা অর্ধবার্ষিক প্রিমিয়াম প্রদানের মোডটি বেছে নেওয়া হয়, তবে পলিসি বছরের জন্য প্রদেয় অবশিষ্ট প্রিমিয়ামটি গ্রহণযোগ্য দাবির পরিমাণ থেকে কেটে নেওয়া হবে।
- আপনার নিশ্চিতকরণ এবং সময়মত প্রিমিয়াম প্রদানের সাপেক্ষে আপনার পলিসির আজীবন পুনর্নবীকরণযোগ্যতা।

এই জায়গাটি ইচ্ছাকৃতভাবে ফাঁকা রাখা হয়েছে

- আপনার বয়স ব্যান্ডের উপর ভিত্তি করে আপনার পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম বৃদ্ধি পাবে তবে আপনার দাবির অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে পরিবর্তন হবে না।
ভবিষ্যতে আইআরডিএআই-এর অনুমোদন সাপেক্ষে এবং সময়ে সময়ে প্রযোজ্য আইআরডিএআই-এর নিয়মকানুন অনুসারে পণ্যের পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়ামের হারগুলি সংশোধন করা যেতে পারে।
- যদি আপনার প্রস্তাবটি ইস্যু করার জন্য প্রত্যাখ্যাত হয়, তাহলে আপনি প্রি পলিসি মেডিকেল চেক-আপ (পিপিএমসি) খরচের 100% বহন করবেন।
- ফ্রি লুক প্রতিশ্রুতি: আপনি যদি পলিসির শর্তাবলীর সাথে একমত না হন তবে আপনি পলিসি ডকুমেন্ট প্রাপ্তির 15 দিনের (যদি পলিসিটি দূরবর্তী বিপণনের মাধ্যমে বিক্রি করা হয়ে থাকে তবে 30 দিন) মধ্যে আপনার কারণগুলি উল্লেখ করে পলিসি বাতিল করতে পারেন, তবে শর্ত থাকে যে কোনও সুবিধার অধীনে কোনও দাবি করা হয়নি। কভার পিরিয়ডের জন্য মেডিকেল চেক-আপ, স্ট্যাম্প ডিউটি এবং আনুপাতিক ঝুঁকি প্রিমিয়ামের জন্য চার্জ কেটে নেওয়ার পরে প্রিমিয়ামটি ফেরত দেওয়া হবে। পলিসি নবায়নের সময় ফ্রি লুক বিধান প্রযোজ্য নয়।

দ্রষ্টব্য:

প্রিমিয়াম: অনুগ্রহ করে নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের নামে সুরক্ষিত অর্থপ্রদানের মোডের মাধ্যমে প্রিমিয়ামের পরিমাণ জমা দিন। কোনও প্রশ্ন বা দাবির ক্ষেত্রে, দয়া করে আমাদের গ্রাহক হেল্পলাইন নম্বর: 1860-500-8888 এর সাথে যোগাযোগ করুন।
আমি এতদ্বারা কোম্পানিকে সময়ে সময়ে স্বাগত কল, পরিষেবা কল বা অন্য কোনও যোগাযোগ (ইলেকট্রনিক বা অন্যথায়) করার জন্য সম্মত এবং অনুমোদন দিচ্ছি।

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্লিয়ারিং হাউস (এসিএইচ) / স্থায়ী নির্দেশাবলী (এসআই) চালিয়ে যাওয়ার মাধ্যমে প্রতি বছর করা যেতে পারে। এই বিকল্পের অধীনে, আপনার নীতি অবিলম্বে পুনর্নবীকরণ করা যেতে পারে, তবে আপনি কোম্পানির প্রয়োজন অনুসারে তথ্য এবং ডকুমেন্টেশনের সমস্ত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করার সাপেক্ষে। এটি আপনার পলিসি সুবিধার ধারাবাহিকতা নিশ্চিত করবে।

আমি এসিএইচ / এসআই পুনর্নবীকরণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই।

তারিখ: _____

স্বাক্ষর প্রস্তাবক: _____

স্থান: _____

Pr এর নাম অপোজার: _____

নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস:- সি-৯৮, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পাট ১, নয়াদিল্লি-১১০০২৮

অস্বীকৃতি: বীমা একটি অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাগ্না বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 145)। 'বুপা' এবং 'হার্টবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহার করছে। গ্রাহক হেল্পলাইন: 1860-500-8888।

ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com | সিআইএন: U66000DL2008PLC182918 | শর্তাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় ব্রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকৃতি

আবেদন নং

তারিখ

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফট দ্বারা পরিমাণ প্রাপ্তি স্বীকার করি _____ drawn on _____

তারিখের _____ টাকার _____ বীমার জন্য একটি সম্পূর্ণ প্রস্তাব জমা দেওয়া বা কোনও নীতি জারি করার জন্য কোনও অর্থ প্রদান আমাদের একটি নীতি জারি করতে সম্মত হতে বাধ্য করে না, যা সিদ্ধান্ত সর্বদা আমাদের নিজস্ব এবং পরম বিবেচনার ভিত্তিতে

হবে। যদি আমরা বীমার জন্য একটি প্রস্তাব গ্রহণ করি, তাহলে এটি পলিসির শর্তাবলী সাপেক্ষে হবে এবং যদি প্রিমিয়াম আমাদের দ্বারা সম্পূর্ণ এবং সময়মতো

না পাওয়া হয় বা আদায় না করা হয় তবে আমাদের কোনও দায়বদ্ধতা থাকবে না। যদি আমরা প্রস্তাবটি গ্রহণ না করি তবে আমরা আপনাকে অবহিত করব এবং সুদ ছাড়াই আপনার কাছ থেকে প্রাপ্ত মেডিকেল টেস্টগুলির খরচ কেটে নেওয়ার পরে অর্থ ফেরত দেব।

প্রাপকের নাম ও স্বাক্ষর এবং অফিস সীল