

করোনা কবচ পলিসি, নিভা বুপা স্বাস্থ্য বীমা কোং লিমিটেড প্রস্তাব ফর্ম

ইউআরএন: 016

১. প্রস্তাবকের বিবরণ:

শীর্ষক	নাম
ডিওবি	লিঙ্গ: পুরুষ নারী অন্যান্য
বর্তমান ঠিকানা	জাতীয়তা
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 আমার মোবাইল নম্বরে হোয়াটসঅ্যাপে আমার নীতি সম্পর্কিত তথ্য এবং আপডেট পেতে চাই।

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি ও 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 ওভাররাইড করে আমার 'ডিএনডি' রেজিস্ট্রেশনের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি

আপনি অথবা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি পিইপি # আছেন?

#Politically এঞ্জেলোপাজড 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 এন্থ্রপিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রস্তাবলী পূরণ করুন)

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) (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

১. এনএসডিএল ২. সিআইআরএল ৩. কার্ভি ৪. সিএএমএস

বা আমার বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব নেই এবং আমি একটি নতুন ই-ইন্স্যুরেন্স হিসাব তৈরি করতে আগ্রহী (অনুগ্রহ করে প্রাসঙ্গিক নথি সহ ইলেকট্রনিক বীমা হিসাব খোলার ফর্ম (ইআইএ ফর্ম) জমা দিন)।

২. কভারেজ নির্বাচন:

বেস কভারেজ:	
নীতিমালার ধরণ:	স্বতন্ত্র ভিত্তি ফ্যামিলি ফ্লোটার বেসিস
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	প্রাপ্তবয়স্কদের ছেলেমেয়েদের
বেস বীমাকৃত রাশি:	
পলিসির মেয়াদ:	৩.৫ মাস ৬.৫ মাস 9.5 মাস
ঐচ্ছিক কভারেজ:	
হাসপাতালের নগদ: প্রতিদিন বীমা করা বেস রাশির 0.5%	হ্যাঁ না

৩. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী নম্বর	নাম	লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/অন্যান্য)	জন্ম তারিখ (দিন/মাস/বছর)	সম্পর্ক (স্ব / স্ত্রী / পুত্র / কন্যা / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি)	ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
n					<input type="checkbox"/>

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	নমিনির ঠিকানা, মোবাইল নম্বর ও ইমেল আইডি	নিয়োগকারীর নাম (যদি মনোনীত ব্যক্তির বয়স 18 বছরের কম হয়)

নমিনির ব্যাঙ্ক বিবরণ: উপকারভোগীর নাম: _____

ব্যাংকের নাম _____ অ্যাকাউন্টের ধরন সংরক্ষণ কুরভাড়া

অ্যাকাউন্ট নম্বর _____ আইএফএসসি কোড _____

৫. চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাব তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে নিশ্চিত করুন যে এই বিভাগের প্রশ্নগুলি সত্য 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।

প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন	আবেদনকারী নম্বর					
	1	2	3	4	5	6
১. আপনি বা অন্য কোনও সদস্য কি এই পলিসি কিনেছেন যে আপনি গত 21 দিনের মধ্যে COVID-19 পজিটিভ ব্যক্তির সাথে বসবাস করছেন বা বসবাস করেছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
২. আপনি কি গত ২১ দিনের মধ্যে কোনও জমায়েতে অংশ নিয়েছেন বা এমন কারও সাথে দেখা করেছেন, যেখানে কোনও ব্যক্তি ইভেন্টের পরে কোভিড -19 পজিটিভ ছিলেন বা পরীক্ষা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
৩. আপনার বাড়িতে কেউ কি গত 21 দিনের মধ্যে কোভিড -19 এর জন্য ইতিবাচক পরীক্ষা করেছেন (যেমন গৃহকর্মী, ডেলিভারি পার্সন, ড্রাইভার, রাঁধুনি, মালি, ক্লিনিং পার্সন ইত্যাদি) কি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

৬. 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?

৭. 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 কাছে 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	<input type="text"/>	সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর:	<input type="text"/>	সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:	<input type="text"/>
সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তি:	<input type="text"/>	সাক্ষীর স্বাক্ষর:	<input type="text"/>	সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:	<input type="text"/>
সাক্ষীর নাম	<input type="text"/>	প্রস্তাবকের স্বাক্ষর	<input type="text"/>		

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	<input type="checkbox"/> চেক <input type="checkbox"/> ডিমান্ড ড্রাফট	প্রিমিয়ামের পরিমাণ	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ক্রেডিট কার্ড <input type="checkbox"/> নগদ টাকা <input type="checkbox"/> অন্যদের _____		তারিখ	<input type="text"/>
অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:	<input type="text"/>	নিভা বুপা শাখার অবস্থান	<input type="text"/>
ব্যাংকের নাম/শাখা	<input type="text"/>	নাম	<input type="text"/>
কোড নং	<input type="text"/>	গ্রাহক ID:	<input type="text"/>
ব্যবসার উৎস: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল			
কোড নং	<input type="text"/>		
প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:	<input type="text"/>		
প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		

এই জায়গাটি ইচ্ছাকৃতভাবে ফাঁকা রাখা হয়েছে।

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

শাখা কোড এসপি কোড RM/LG কোড
উপস্থাপনার অ্যাকাউন্ট সংখ্যা

12. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

আমি, কর্পোরেট এজেন্ট/ব্রোকার/রিলেশনশিপ অফিসারের অনুমোদিত কর্মচারীর একজন বীমা উপদেষ্টা/নির্দিষ্ট ব্যক্তি হিসাবে আমার ক্ষমতায়, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রস্তাব ফর্মের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি, যার মধ্যে এই প্রস্তাব ফর্মটিতে থাকা প্রশ্নগুলির প্রকৃতি সহ প্রস্তাবক ফর্মটিতে তার জমা দেওয়া বিবৃতি (গুলি), তথ্য এবং প্রতিক্রিয়া (গুলি) সহ এখানে থাকা প্রশ্নগুলি বা এখানে চাওয়া কোনও বিবরণ ভিত্তি তৈরি করবে কোম্পানি এবং প্রস্তাবকের মধ্যে বীমা চুক্তির, যদি এই প্রস্তাবটি পলিসি ইস্যু করার জন্য কোম্পানি কর্তৃক গৃহীত হয়। আমি আরও ব্যাখ্যা করেছি যে যদি

কোনও অসত্য বিবৃতি (গুলি) / তথ্য / প্রতিক্রিয়া (গুলি) এই প্রস্তাব ফর্মে / সংযোজন (গুলি), হলফনামা, বিবৃতি, জমা দেওয়া, সর্জিত / সরবরাহ করা হবে এবং আরও যদি কোনও বস্তুগত তথ্য প্রকাশ না করা হয়, তবে এই প্রস্তাব অনুসারে তার পক্ষে জারি করা নীতিটি কোম্পানি বাতিল এবং অকার্যকর হিসাবে গণ্য করতে পারে এবং পলিসির অধীনে প্রদত্ত সমস্ত প্রিমিয়াম সংস্থাকে বাজেয়াপ্ত করা যেতে পারে।

তারিখ বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর

নোট
ধারা 10, 11 এবং 12 এর অধীনে প্রদত্ত বিবরণ কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য এবং প্রস্তাবক দ্বারা পূরণ করা উচিত নয়। অতএব, এই বিভাগগুলি নির্দেশক কারণ প্রস্তাবক দ্বারা পূরণ করা বিবরণের সাথে তাদের কোনও সম্পর্ক নেই। এই নোটিটি গ্রাহকদের কাছে প্রেরিত প্রস্তাব ফর্মটিতে উপস্থিত হবে না ও এটি কেবল ফাইল ও ব্যবহারের অনুমোদনের একটি অংশ

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	এবিএইচএর মাধ্যমে বীমাকারী/টিপিএর সাথে মেডিকেল রেকর্ড ভাগ করে নিতে	
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না

15. ফেরত ও দাবি পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম
ব্যাংকের নাম
অ্যাকাউন্ট নম্বর আইএফএস কোড
অ্যাকাউন্টের ধরন:

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

অঙ্গীকৃতি: বীমা একটি অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাক্স বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 145)। 'বুপা' এবং 'হার্টবিট' 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 ব্রোশিওরটি সাবধানে

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

কী ফিচার ডকুমেন্ট (কেএফডি) - করোনা কবচ পলিসি, নিভা বুপা স্বাস্থ্য বীমা কোং

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।

'করোনা কবচ পলিসি, নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোং লিমিটেড' আপনাকে কোভিড-১৯ সম্পর্কিত নির্দিষ্ট সুবিধা প্রদান করে। এছাড়াও, আপনি যদি আপনার কভারটি উন্নত করতে চান তবে আপনার জন্য একটি ঐচ্ছিক সুবিধা রয়েছে।

পলিসিচুক্তিতে উল্লিখিত কিছু সীমা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে নিম্নলিখিত বেস বেনিফিটস সরবরাহ করা হয়:

- COVID-19 এর জন্য হাসপাতালে ভর্তির ব্যয় বীমাকৃত অর্থের সমান আচ্ছাদিত হবে। কোভিড-১৯-এর চিকিৎসার পাশাপাশি যে কোনও কোমর্বিডিটির চিকিৎসার খরচও বীমাকৃত রাশির আওতায় আনা হবে।
- হাসপাতালে ভর্তির আগে ও পরে খরচ যথাক্রমে 15 এবং 30 দিন।
- আয়ুর্বেদ, যোগ ও ন্যাচারোপ্যাথি, ইউনানি, সিদ্ধা এবং হোমিওপ্যাথি চিকিৎসা পদ্ধতির আওতায় কোভিড-১৯-এর রোগীদের চিকিৎসার জন্য ব্যয় করা হবে।
- রোড অ্যাম্বুলেন্স কোভিড-১৯ হাসপাতালে ভর্তির জন্য ২,০০০ টাকা পর্যন্ত কভার করেছে।
- কোভিড-১৯ পজিটিভ ডায়াগনোসিসের পর বাড়িতে বসে চিকিৎসা নেয়ার জন্য হোম কেয়ার ট্রিটমেন্ট খরচ। প্রতি ঘটনায় সর্বোচ্চ 14 দিন পর্যন্ত।

পলিসি চুক্তিতে উল্লিখিত কিছু সীমা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে নিম্নলিখিত ঐচ্ছিক সুবিধা প্রদান করা হয়:

প্রত্যেক বীমাকৃত সদস্যের জন্য পলিসি পিরিয়ডে সর্বোচ্চ 15 দিনের সাপেক্ষে প্রতিদিন বীমাকৃত অর্থরাশির 0.5% হাসপাতালের দৈনিক নগদ।

আপনার নীতির অন্যান্য মূল বৈশিষ্ট্যগুলি নিম্নরূপ:

- নীতিটি ব্যক্তিগত এবং পারিবারিক ফ্লোটার ভিত্তিতে উপলব্ধ।
- ফ্যামিলি ফ্লোটার কভার সর্বাধিক 2 জন প্রাপ্তবয়স্ক এবং 4 শিশুদের জন্য উপলব্ধ। পারিবারিক ফ্লোটার নীতিতে প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য অনুমোদিত সম্পর্ক হ'ল / স্ব, পত্নী, পিতা, স্বশুর, মা বা শাশুড়ি।
- 3 পলিসির মেয়াদ উপলব্ধ: 3.5 মাস, 6.5 মাস ও 9.5 মাস।
- এই নীতি পুনর্নবীকরণ, পোর্ট বা মাইগ্রেন্ট করা যাবে না।

নোট:

- ঐচ্ছিক সুবিধার জন্য অতিরিক্ত প্রিমিয়াম নেওয়া হয়।
- নোট করুন যে পলিসির জন্য 15 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল প্রযোজ্য।
- নোট করুন যে নীতি চুক্তিতে নির্ধারিত হিসাবে স্ট্যান্ডার্ড ব্যতিক্রমগুলি প্রযোজ্য।
- প্রিমিয়াম: অনুগ্রহ করে নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের নামে একটি সুরক্ষিত পদ্ধতির মাধ্যমে প্রিমিয়ামের পরিমাণ জমা দিন।
- কোনও প্রশ্ন বা দাবির ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে আমাদের গ্রাহক হেল্পলাইন নম্বর: 1860-500-888 এর সাথে যোগাযোগ করুন