

# এবং LXR প্রস্তাব ফর্ম

ইউআরএন: 026

বীমা চুক্তিও একটি আইনি চুক্তি এবং এটি ট্রাস্টের উপর ভিত্তি করে এবং আমরা আপনাকে বিশ্বাস করি। আমরা বুঝতে পারি যে আপনি জানেন না যে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য কতটা প্রাসঙ্গিক এবং এটি আপনার নীতিতে প্রভাবিত। সুতরাং এটি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ যে আপনি সমস্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করুন এবং এটি কতটা প্রাসঙ্গিক তা আমরা সিদ্ধান্ত নেব (আমরা এটিকে 'উপাদান সত্য' বলি)। আমরা আপনার নীতি বাতিল করব, কোনও দাবি পরিশোধ করব না, প্রদত্ত কোনও প্রিমিয়াম ফেরত দেব না এবং বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত সমস্ত সদস্যদের সম্পর্কে সঠিক ও সম্পূর্ণ তথ্য সরবরাহ না করা হলে আগে প্রদত্ত সুবিধাগুলি পুনরুদ্ধার সহ আপনার বিরুদ্ধে সমস্ত সম্ভাব্য আইনি ব্যবস্থা নেওয়ার অধিকার রয়েছে। প্রতিধানগুলি আদেশ দেয় যে আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম পাওয়ার পরে এবং ঝুঁকিটি স্পষ্টভাবে গ্রহণ করার পরেই কভারেজটি শুরু হতে পারে।

## ১. প্রস্তাবকের বিবরণ:

শীর্ষক	নাম					
ডিওবি	D D M M	লিঙ্গ:	পুরুষ	নারী	অন্যান্য	জাতীয়তা
বর্তমান ঠিকানা						
ল্যান্ডমার্ক						শহর
জেলা						অবস্থা
ল্যান্ডলাইন নম্বর						মোবাইল নম্বর
ই-মেইল আইডি						বিকল্প সংখ্যা
প্যাননম্বর	(নগদ 50,000 টাকার বেশি প্রিমিয়ামের জন্য বাধ্যতামূলক এবং অন্যান্য উপায়ে 1 লক্ষ টাকা)					
বার্ষিক আয় (রুপি)						CKYC নম্বর
পেশা	বেতনভোগী	স্ব-কর্মসংস্থান	ছাত্র	গৃহিণী	অন্যান্য, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন	
দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম						প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক

আমি পরিবেশ রক্ষা করতে চাই এবং আবেদন ফর্মটিতে এখানে উল্লিখিত ইমেল আইডিতে আপনার সমস্ত নীতি ও পরিষেবা সম্পর্কিত যোগাযোগ প্রেরণের জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিয়ে কাগজ বাঁচাতে সহায়তা করতে চাই?

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এর দ্বারা নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/সহযোগীদের আমার নিবন্ধিত ফোন নম্বরে এস.এম.এস / ইমেল / ফোন / হোয়াটসঅ্যাপ / ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি আমার 'ডিএনডি' রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইজ করে ওয়েলকাম কল / এস.এম.এস, সার্ভিস কল / এস.এম.এস বা অন্য কোনও বাণিজ্যিক যোগাযোগ।

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

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

ব্যাংক বিবরণ:

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর  আই.এফ.এস.সি কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন  সংরক্ষণ  বর্তমান  শাখা  শহর

ইলেক্ট্রনিক ইন্স্যুরেন্স একাউন্ট (ইআইএ) এর বিস্তারিত

আপনি কি এই নীতিটি কোনও ইআইএ-তে জমা দিতে চান? (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

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

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

মেসার্স এন.এস.ডি.এল ডাটাবেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড  মেসার্স সেন্ট্রাল ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড

মেসার্স কার্ড ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড  মেসার্স সি.এম.এস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

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

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

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্রিয়ারিং হাউস (এসি.এইচ) / 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।

আমি এসি.এইচ / এসআই পুনর্নবীকরণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই।

তারিখ  স্থান  প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

২. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী ১ জন	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর					জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন		
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
আবেদনকারী ২	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর					জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন		
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
আবেদনকারী ৩	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর					জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন		
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
আবেদনকারী ৪	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর					জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন		
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
আবেদনকারী ৫	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর					জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন		
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
আবেদনকারী ৬	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর					জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন		
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											

\* প্রিমিয়ামের উপর 5% ছাড়ের সুবিধা নিন। মেডিকেল প্র্যাকটিশনার অর্থ এমন একজন ব্যক্তি যিনি ভারত সরকার বা রাজ্য সরকার কর্তৃক প্রতিষ্ঠিত কোনও রাজ্য বা মেডিকেল কাউন্সিল অফ ইন্ডিয়া বা কাউন্সিল ফর ইন্ডিয়ান মেডিসিন বা হোমিওপ্যাথির জন্য মেডিকেল কাউন্সিল থেকে বৈধ নিবন্ধীকরণ রাখেন এবং এর ফলে তার প্রথিতয়ারের মধ্যে গুণধ অনুশীলন করার অধিকারী; এবং তার লাইসেন্সের সুযোগ এবং প্রথিতয়ারের মধ্যে কাজ করছে।

### ৩. কভারেজ নির্বাচন:

বেস কভারেজ:	
পলিসির ধরন #:	<input type="checkbox"/> স্বতন্ত্র <input type="checkbox"/> মাল্টি-মেম্বার ইন্ডিভিজুয়াল
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	_____ প্রাপ্তবয়স্কদের _____ ছেলেমেয়েদের
বেস বীমাকৃত রাশি:	_____
পলিসির মেয়াদ:	<input type="checkbox"/> ১ বছর
ঐচ্ছিক কভারেজ:	
1. রক্ষাকবচ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
2. রক্ষাকবচ+	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
3. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার বেছে নেওয়ার ক্ষেত্রে দয়া করে টিক চিহ্ন দিন (এই বিকল্পটি কেবল 18 বছর বা তার বেশি বয়সের আবেদনকারীদের জন্য উপলব্ধ)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

### 4. বহনযোগ্যতা

নীতিমালা নং	বীমা সংস্থার শুরুর তারিখ	ঝুঁকি সমাপ্তির তারিখ	Reasons for Porting

প্রস্তাবিত বীমাকারীর নাম যার জন্য বহনযোগ্যতার জন্য অনুরোধ করা	প্রথম নীতি শুরুর তারিখ	বছরের অবিচ্ছিন্ন কভারেজের সংখ্যা যার জন্য বহনযোগ্যতার জন্য অনুরোধ করা হয়	অতীত নীতিমালায় দাবি	বর্তমান নো ক্লেইম বোনাস	বীমাকৃত রাশি – বছর 1 (সবচেয়ে পুরাতন)	বীমাকৃত অর্থরাশি- বছর 2	বীমাকৃত রাশি – বছর 3	বীমাকৃত রাশি – বছর 4 (মেয়াদ শেষ হওয়া নীতি)

### ৫. 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।

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

6. চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাব তথ্য

ধারা ক: বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত যে কোন ব্যক্তির ক্ষেত্রে:											
জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা জটিল অসুস্থতা বীমার জন্য কোনও আবেদন প্রক্রিয়াধীন রয়েছে বা কোনও বীমা সংস্থা কর্তৃক কোনও বিশেষ শর্ত সাপেক্ষে কখনও প্রত্যাহ্যান, স্থগিত, লোড করা হয়েছে বা করা হয়েছে?											
বিভাগ বি: বীমা করার প্রস্তাবিত ব্যক্তির মধ্যে কেউ কি কখনও নির্ণয় করা হয়েছে:											
i. হৃদরোগ যেমন হার্ট অ্যাটাক, হার্ট ফেইলিওর, ইসকেমিক হার্ট ডিজিজ বা করোনারি হার্ট ডিজিজ, এনজাইনা, হার্টের ভালভের রোগ, অ্যারিথমিয়াস, কার্ডিওমায়োপ্যাথি ইত্যাদি।											
ii. টিউমার বা কোন অঙ্গের ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, সারকোমা											
iii. প্রধান অঙ্গ ব্যর্থতা বা প্রতিস্থাপন (কিডনি, লিভার, হার্ট, ফুসফুস ইত্যাদি)											
iv. স্ট্রোক, এনসেফালোপ্যাথি, মস্তিষ্কে ফোড়া, পারকিনসন ডিজিজ, মাল্টিপল স্কেলেরোসিস, মোটর নিউরন ডিজিজ, মাসকুলার ডিসট্রফি, আলঝেইমার্স ডিজিজ বা যেকোনো স্নায়বিক রোগ											
v. দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের রোগ, পালমোনারি ফাইব্রোসিস, ফুসফুসের পতন বা আন্তঃস্থায়ী ফুসফুসের রোগ (আইএলডি)											
vi. হেপাটাইটিস বি বা সি, দীর্ঘস্থায়ী লিভার রোগ, প্যানক্রিটাইটিস এবং অগ্ন্যাশয়ের অন্যান্য রোগ, ক্রোহনের রোগ, আলসারেটিভ কোলাইটিস											
vii. কখনও 10 দিনেরও বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন											
viii. কখনও একটানা 10 দিনের বেশি কোনও ওষুধ / চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন? ঔষধ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ঔষধ এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যাপ্লিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয় নিয়ন্ত্রিত ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, উচ্চ কোলেস্ট্রোল, হাইপোথাইরয়েডিজম, সাধারণ সর্দি, ফ্লু, ডায়রিয়া এবং ডাইসেন্ট্রি / তীব্র গ্যাস্ট্রোএন্টেরাইটিস, অ্যাসিডিটি											
ix. যে কোনও চিকিৎসা, অস্ত্রোপচার অথবা চিকিৎসার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে তার জন্য অপেক্ষা করা হচ্ছে											
x. অতীতে আক্রান্ত কোনও রোগের জন্য কোনও পর্যায়ক্রমিক/নিয়মিত ফলোআপের অধীনে, নিরাময় হয়েছে কিনা? ফলোআপ মানে পর্যায়ক্রমিক পরামর্শ, তদন্ত ইত্যাদি											
xi. ডাক্তার(দের) সাথে কোনও পরামর্শ করেছেন অথবা বর্তমানে গত 30 দিনের মধ্যে যে সমস্যাগুলি হয়েছে বা হয়েছে তার জন্য কোনও পরীক্ষার পরামর্শ দিয়েছেন?											
xii. ইনসুলিনে ডায়াবেটিস, অনিয়ন্ত্রিত উচ্চ রক্তচাপ											
xiii. যে কোনও দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগ											
xiv. প্রধান অঙ্গগুলির অস্বাভাবিকতার সাথে যুক্ত কোনও জিনগত ব্যাধি											
xv. এইচআইভি/এইডস, থ্যালাসেমিয়া, সিকেল সেল ডিজিজ, হিমোফিলিয়া বা আয়রনের অভাবজনিত রক্তশূন্যতা ছাড়া রক্ত সংক্রান্ত অন্য কোনো সমস্যা।											
xvi. মানসিক রোগ বা স্লিপ ডিসঅর্ডার?											

বিভাগ সি: বিভাগে হ্যাঁ (ওয়াই) চিহ্নিত প্রশ্নগুলির জন্য B, দয়া করে নিম্নলিখিত তথ্য নির্দিষ্ট করুন:											
আবেদনকারী নম্বর	লক্ষণ (গুলি) অথবা তদন্ত (গুলি) বা রোগ নির্ণয় বা পদ্ধতি / অস্ত্রোপচারের বিশদ বিবরণ				শর্তের সময় কাল	ঔষধ (সমূহ)	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান চিকিৎসা)	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের বিশদ	সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)	
	মদি ডায়াবেটিস HbA1c লেভেল হয়	উচ্চ রক্তচাপ বিপি লেভেল হলে		অন্য কোন বিবরণ							শুরুর তারিখ (ডিডি / এমএম/

#### 7. ঘোষণা দেয়া 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 নীতির ভিত্তি গঠন করবে, বীমাকারীর বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতি সাপেক্ষে এবং 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 চাইছেন যার কাছ থেকে বীমা / প্রস্তাবক 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।

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:

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির নাম:  সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর:  সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:

সাক্ষীর নাম  এর স্বাক্ষর সাক্ষী  সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

এর স্বাক্ষর প্রস্তাবক

#### 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 নিদেশের অধীনে \_\_\_\_\_ দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক এবং সম্পূর্ণ বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

#### 10. প্রিমিয়ামের বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প  চেক  ডিমাল্ড ড্রাফট  ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড  নেট ব্যাংকিং  ক্যাশ আদার

প্রিমিয়ামের পরিমাণ  অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:  তারিখ

ব্যাংকের নাম/শাখা  নিভা বুপা শাখার অবস্থান

কোড নং  ব্যবসা সূত্র: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল

কোড নং

নাম

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:  গ্রাহক ID:

প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?  হ্যাঁ  না

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

ব্রাঞ্চ কোড এসপি কোড  RM/LG কোড

সেভেন্সিয়ার অ্যাকাউন্ট নম্বর

## 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, সজ্জিত / 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

## 13. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

রেয়াত নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938 এর ধারা 41

এর অধীনে) 1. কোন ব্যক্তি ভারতে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত যে কোন প্রকার ঝুঁকি, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় বা পলিসিতে প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন ছাড় বা কোন প্রকার ছাড়ের ক্ষেত্রে 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।

১৪। গ্রামীণ ও সামাজিক খাতের বিভাগ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):

আশা কর্মী মো.

MGNREGA কর্মী

## 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. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার অপশনঃ  ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর

অ্যাকাউন্টের ধরন

আইএফএসসি কোড

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 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](http://www.nivabupa.com)। সিআইএন: U66000DL2008PLC182918। শর্তাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় রোশিগুরটি সাবধানে পড়ুন।

*This Space Has Been Left Blank Intentionally.*

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

অস্বীকৃতি: বীমা একটি অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাক্স 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 রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

পণ্যের নাম: এলিঞ্জির | পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP23156V012223

#### কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকারোক্তি

আবেদন নং

তারিখ

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফট / অন্যান্য \_\_\_\_\_ টাকার পরিমাণ প্রাপ্তি স্বীকার করি  
তারিখে \_\_\_\_\_ তারিখে। বীমার জন্য একটি সম্পূর্ণ প্রস্তাব আমাদের কাছে জমা দেওয়া বা কোনও  
পলিসি ইস্যু করার জন্য কোনও অর্থ প্রদান আমাদের একটি নীতি জারি করতে সম্মত হতে বাধ্য করে না, যা সিদ্ধান্ত সর্বদা আমাদের নিজস্ব এবং  
পরম বিবেচনার ভিত্তিতে থাকবে। 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