

ইউআরএন: 011

## 1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক	নাম	
ডিওবি	ডি ডিএম এমএমআই ওআই ওআই ওআই ওআই	বিশ্ব: <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> নারী <input type="checkbox"/> অন্যান্য
বর্তমান ঠিকানা		
ন্যাতমার্ত	শহর	
জেলা	অবস্থা	পার্সোনাল আইডেন্টিফিকেশন নম্বর
ন্যাতলাইন নম্বর	মোবাইল নম্বর	
ই-মেইল আইডি	বিকল্প সংখ্যা	
সিকিওয়াইশি নম্বর (প্রিফিক):	প্যান নম্বর	
বার্ষিক আয় (টাকা)		
এমপ্লয়মেন্ট	<input type="checkbox"/> বেসামরিক <input type="checkbox"/> স্ব-কর্মসংস্থান <input type="checkbox"/> ছাত্র <input type="checkbox"/> গৃহিণী <input type="checkbox"/> অন্যান্য, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন	
স্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এর দ্বারা নিভা বুশা 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 # আছে?

হ্যাঁ  না

*#Politically এক্সপোজড 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 এক্সিকিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রস্তাবনা পূরণ করুন)*

তুমি কি পলিসি বিটের শারীরিক অনুসিপি চাও:

হ্যাঁ  না

ব্যাংক বিবরণ:

ব্যাংকের নাম		
আ্যাকাউন্ট নম্বর	আইএফএসসি কোড	
আ্যাকাউন্টের ধরন	<input type="checkbox"/> সংরক্ষণ <input type="checkbox"/> বর্তমান	শাখা <input type="checkbox"/> শহর <input type="checkbox"/>

বৈদ্যুতিন বীমা আ্যাকাউন্টের (ইআইএ) বিবরণ আপনি

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

না, আমার কোনও ই-বীমা আ্যাকাউন্ট নেই এবং একটি মূলতে চাই না

হ্যাঁ, এই নীতিটি আমার ই-বীমা আ্যাকাউন্টে যোগিত করুন

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

অনুগ্রহ করে বীমা সংগ্রহস্থলের নাম নির্বাচন করুন (আপনি আপনার আ্যাকাউন্ট যুক্ত করুন)

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

বা

আমার বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব নেই এবং আমি একটি নতুন ই-ইস্যুরেন্স হিসাব তৈরি করতে আগ্রহী (অনুগ্রহ করে

প্রাসঙ্গিক নথি সহ ইলেকট্রনিক বীমা হিসাব 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 বাজগুলিতে টিক দিন:

আচ্ছাদিত জীবন:  1.এ  1A+1C  1A+2C  1A+3C  1A+4C  2.এ  2A+1C  2A+2C  2A+3C  2A+4C

পরিকল্পনা বাছাই:  ক্লাসিক পরিকল্পনা  উন্নত পরিকল্পনা

বীমাকৃত রাশি: (টাকা)  ৩ হ্রদ  ৪ হ্রদ  ৫ হ্রদ  ৭.৫ হ্রদ  10 হ্রদ  15 হ্রদ  20 হ্রদ  ২৫ হ্রদ

পলিসির মেয়াদ:  ১ বছর  2 বছর  3 বছর

পেশার অধীনে ঐচ্ছিক কভারেজ:

- a.** ব্যক্তিগত সুরক্ষা কভার:  হ্যাঁ  না
- যদি হ্যাঁ, তবে দয়া করে আচ্ছাদিত জীবনগুলি চয়ন করুন:  প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি  স্ত্রীর সাথে প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি
- এই ঐচ্ছিক সুবিধার আওতায় জীবন কি কোনও বিমান বা সমুদ্রগামী জাহাজে কর্মী হিসাবে কাজ করা, ভূগর্ভস্থ খনন বা টানেলিং, সশস্ত্র বাহিনী বা সুরক্ষা বাহিনী, কোনও অ্যাডভেঞ্চার স্পোর্টসে অংশ নেওয়া (মোটর স্পিড প্রতিযোগিতা সহ) সম্পর্কিত কোনও চাকরি বা পেশার সাথে জড়িত?  হ্যাঁ  না
- b.** ক্লিনিকাল ইন্সেন্স কভার:  হ্যাঁ  না
- যদি হ্যাঁ, তবে দয়া করে আচ্ছাদিত জীবনগুলি চয়ন করুন:  প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি  স্ত্রীর সাথে প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি
- c.** ই-কনসালটেশন:  হ্যাঁ  না
- d.** রক্ষণবচ (থারোথি):  হ্যাঁ  না
- e.** হাসপাতালের নগদ টাকা:  হ্যাঁ  না (5 লক্ষ টাকা বা তার কম বীমাকৃত রাশির জন্য, দৈনিক নগদ সুবিধা প্রতিদিন 1,000 টাকা এবং 5 লক্ষ টাকার বেশি বীমাকৃত রাশির জন্য, প্রতিদিন 2,000 টাকা)
- f.** বার্ষিক নো ড্রেম বোনাস:  হ্যাঁ  না
- g.** বার্ষিক রি-ফিল বেনিফিট:  হ্যাঁ  না

## 3. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

নাম:

লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী  অন্যান্য উচ্চতা:  (এইচ ইউ এফ)  (ইঞ্চি) ওজন:  (কেজি)

কোমরনং:  (ইঞ্চি) জন্মতারিখ:  D I D M Y এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/মা/শ্বশুর/শশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিক/শ্যালিক/ভায়ে/ভায়ে/নিয়োগকর্তা/কর্মচারী

নাম:

লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী  অন্যান্য উচ্চতা:  (এইচ ইউ এফ)  (ইঞ্চি) ওজন:  (কেজি)

কোমরনং:  (ইঞ্চি) জন্মতারিখ:  D I D M Y এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক পত্নী 1  ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

নাম:

লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী  অন্যান্য উচ্চতা:  (এইচ ইউ এফ)  (ইঞ্চি) ওজন:  (কেজি)

কোমরনং:  (ইঞ্চি) জন্মতারিখ:  D I D M Y এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে  প্রাপ্তবয়স্ক ১ এর কন্যা  ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

নাম:

লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী  অন্যান্য উচ্চতা:  (এইচ ইউ এফ)  (ইঞ্চি) ওজন:  (কেজি)

কোমরনং:  (ইঞ্চি) জন্মতারিখ:  D I D M Y এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে  প্রাপ্তবয়স্ক ১ এর কন্যা  ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

**শিট ৩**

নাম: \_\_\_\_\_

লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী  অন্যান্য উচ্চতা: \_\_\_\_\_ (এইচআইএফ) \_\_\_\_\_ (ফিট) ওজন: \_\_\_\_\_ (কেজি)

কোমরদেখা: \_\_\_\_\_ (ফিট) জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে \_\_\_\_\_ প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর কন্যা \_\_\_\_\_ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন \_\_\_\_\_

**শিট ৪**

নাম: \_\_\_\_\_

লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী  অন্যান্য উচ্চতা: \_\_\_\_\_ (এইচআইএফ) \_\_\_\_\_ (ফিট) ওজন: \_\_\_\_\_ (কেজি)

কোমরদেখা: \_\_\_\_\_ (ফিট) জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে \_\_\_\_\_ প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর কন্যা \_\_\_\_\_ ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন \_\_\_\_\_

**৪** মানদণ্ড

প্রত্যেকের 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: \_\_\_\_\_

ব্যাঙ্কের নাম: \_\_\_\_\_ অ্যাকাউন্টের ধরন: \_\_\_\_\_ সংরক্ষণ: \_\_\_\_\_ বর্তমান: \_\_\_\_\_

অ্যাকাউন্ট নম্বর: \_\_\_\_\_ আই.এফ.এস.সি কোড: \_\_\_\_\_

**৫** চিকিৎসা এবং অত্যাগ সম্পর্কিত তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে নিশ্চিত করুন যে এই বিভাগের সমস্ত প্রশ্নের সত্যতা এবং সম্পূর্ণ উত্তর দেওয়া হয়েছে কারণ আপনি এখানে যে তথ্য সরবরাহ করেছেন তা নিজা বুঝে দ্বারা আন্তরিকতার সাথে তৈরি করা হবে। দয়া করে নোট করুন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভুল, আংশিক সঠিক তথ্য আপনার দাবি এবং / অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে।

বিভাগ এ: দয়া করে চিকিৎসা শর্ত সম্পর্কিত তথ্য ভাষা করুন	আবেদনকারী নম্বর							
	এ 1	এ 2	C1	C2	C3	C4		
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্ম নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন								
i. আপনি কি কখনও 5 দিনেরও বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন, কোনও অস্ত্রোপচার পদ্ধতি সহ্য করার পরামর্শ দিয়েছেন বা কোনও গুরুত্বপূর্ণ গুরুত্বপূর্ণ / 14 দিনেরও বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? গুরুত্বপূর্ণ ইনফেকশন, ইনজেকশন, মৌখিক ওষুধ এবং সাময়িক অ্যান্টিবায়োটিক কৌশল সীমাবদ্ধ নয়।	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
ii. আপনি কি কখনও ধূমপান, সিগারেট, ট্রেডমিল পরীক্ষা, অ্যালিওগ্রাফি, ইকোকার্ডিওগ্রাফি, এক্স-রে, আল্ট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এফএনএসআই মতো কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
iii. আপনার কি ডায়াবেটিস বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
iv. আপনার কি কোনও প্রাক-বিদ্যমান রোগ / শর্ত রয়েছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
v. আপনি কি কখনও কোনও জিনগত / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করেছেন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
vi. আপনি কি কখনও কোনও মানসিক / মানসিক রোগের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করেছেন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N

বিভাগ বি: আবেদনকারী ধূমপান / গুটখা / পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করলে অবৈধ এই বিভাগটি পূরণ করুন	আবেদনকারী নম্বর							
	এ 1	এ 2	C1	C2	C3	C4		
i. চিবানো যায় এমন অমাক / গুটখা / পান মশলা - দয়া করে প্রতিদিন পাউচের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন								
ii. অ্যালকোহল - দয়া করে প্রতি সপ্তাহে মিলি এবং / অথবা দৈনিক পানীয় নির্দিষ্ট করুন								
সিগারেট / সিগারেট / সিগার - দয়া করে প্রতিদিন খরচ নির্দিষ্ট করুন								

বিভাগ সি. বিভাগ এ যাঁ (ওয়াই) চিকিৎসা প্রদানের 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 (উমা: সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান)	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের	ডায়াবেটিস হলে সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)	
	ডায়াবেটিস HbA1c নেভেল হলে	উচ্চ রক্তচাপ রিপি লেভেল হলে		অন্য কোন বিবরণ						শুষ্ক জারিখ (ডিউ / এম এম/ওয়াইওয়াইওয়াই)
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক							

## 6. প্রস্তাব

আবেদনকারীর জীবনের জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা গুরুতর অসুস্থতা বিমার কোনও প্রস্তাব কি কখনও প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোভ বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন কোনও বীমা সংস্থা দ্বারা বর্জন করা	আবেদনকারী নম্বর									
	1	2	3	4	5	6				
	এক	N	এক	N	এক	N	এক	N	এক	N

## 7. তিন মাসের পরীক্ষা এবং পরিষেবা যোগাযোগের জন্য অনুমোদন

আপনি কি পরিশেষে রক্ষা করতে চান এবং আবেদন ফর্মটিতে এখানে উল্লিখিত ইমেল আইডিতে আপনার সমস্ত নীতি এবং পরিষেবা সম্পর্কিত যোগাযোগ

প্রেমের জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিয়ে কাগজ বাটোতে সহায়তা করতে চান?

হ্যাঁ  না

## 8. যোগাযোগ (অনুগ্রহ করে মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং প্রস্তাব ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার আগে প্রত্যেকের বিপরীতে একটি চেক চিহ্ন রাখুন)

আমি এতদ্বারা আমার পক্ষ থেকে এবং বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত সমস্ত ব্যক্তির পক্ষ থেকে যোগাযোগ 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 পরিশোধের ক্ষেত্রে গঠন করবে, বীমাকারীর বোর্ড অনুমোদিত  
আবর্তনযোগ্য নীতি সাপেক্ষে ও চার্টারযোগ্য প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থ প্রদানের পরেই নীতিটি কার্যকর হবে।

আমি আরও যোগাযোগ 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 যোগাযোগ করছি যে আমি যে কোনও ডাক্তার বা হাসপাতালের ক্লাইম থেকে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য চাইতে সম্মত হই যিনি / যিনি যে কোনও  
সময় বীমাকারী/প্রস্তাবক বা কোনও অজ্ঞাত বা বর্তমান নিয়োগকর্তার কাছ থেকে কোনও বিষয়ে উপস্থিত ছিলেন যা ব্যক্তির শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের  
উপর প্রস্তাবের কোনও বিশেষ বীমাকারী/প্রস্তাবক এবং যে কোনও বীমাকারীর কাছ থেকে তথ্য চাইছেন যার কাছে বীমা / প্রস্তাবক ব্যক্তির  
উপর বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আভ্যন্তরীণ উদ্দেশ্যে।

আমি সংস্থাকে প্রস্তাব এবং / অথবা দাবি নিষ্পত্তির একমাত্র উদ্দেশ্যে এবং কোনও সরকারী এবং / অথবা নিষ্পত্তি কর্তৃপক্ষের  
সাথে বীমাকারী/প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার অনুমোদন দিচ্ছি।

আমি/আমরা কোম্পানিকে আমাদের তালিকাভুক্ত প্রদানকারীর সাথে পরিষেবা সরবরাহের একমাত্র উদ্দেশ্যে বীমাকর্ত / প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার/আমাদের  
প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার অনুমোদন দিচ্ছি।

তারিখ

স্থান

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

## 9. স্থানীয় যোগাযোগ

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

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

সাক্ষীর নাম

সাক্ষীর

স্বাক্ষর

প্রস্তাবকের

স্বাক্ষর

## 10. প্রস্তাবক যোগাযোগ

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

প্রস্তাব ফর্ম এবং সংযুক্ত নথিগুলির বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত চুক্তির তাৎপর্য সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব

ফর্মটি আমার নির্দেশে \_\_\_\_\_ দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

### 11. প্রিমিয়ামের বিপদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প  চেক  ডিমাত ড্রাফট

কেডিটি কার্ড  ডেবিট কার্ড

নগদ টাকা  অন্যদের

প্রিমিয়ামের পরিমাণ

অনলাইন পেমেণ্ট লেনদেন আইডি:

তারিখ

ব্যাংকের নাম/শাখা

নিজ বৃদ্ধ শাখার অবস্থান

কোড নং

বাকস সুর, উপদেষ্টা / ডিএসটি /  
কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল

কোড নং

নাম

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:

গ্রাহক ID:

### 12. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কসুরেপ চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা কোড  এসপি কোড

RM/LG কোড

গ্রাহক অ্যাকাউন্ট নম্বর

### 13. বিমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্কিত? হ্যাঁ/না, যদি হ্যাঁ, সম্পর্কের প্রকৃতি:

2. প্রস্তাবকের সাথে আপনি কতদিন ধরে চেনেন?  মাস

3. প্রস্তাবকের পরিচয় নিয়ে আপনি কি সন্তুষ্ট?  হ্যাঁ  না

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

5. আপনি কি প্রস্তাবিত নীতির শর্তাবলী, নবায়নযোগ্যতার শর্তাবলী, ব্যতিক্রম, পুলিশের অপেক্ষার সময়কাল বাখ্যা করেছেন এবং প্রস্তাবক ব্যক্তিগতভাবে বাহ্যিক যোগাযোগ সম্পন্ন?  হ্যাঁ  না

6. আপনি কি মৌখিক বিপদ সহ সমস্ত কারণ বিবেচনা করে এই প্রস্তাব ফর্মটি গ্রহণের পরামর্শ দেন?  হ্যাঁ  না

7. আপনি কি নিরপেক্ষভাবে প্রস্তাবকের পরামর্শ দিয়েছেন এবং প্রস্তাবকের তার স্বার্থে সর্বোত্তম প্রচেষ্টা প্রদান করে নিতেন?  হ্যাঁ  না

তারিখ

বিমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর

### 14. বিবৃতি সত্যকর্তব্য

- ছড় নিষিদ্ধকরণ (বিমা আইন 1938 এর ধারা 41 এর অধীনে)
- 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 প্রয়োচনা স্বরূপ কোন ব্যক্তিকে প্ররোচিত করিবার অনুমতি বা প্রস্তাব করিতে পারিবেন না, অথবা বিমাকারীর প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা টের্মস অনুসারে অনুমোদিত রোগ্যত ব্যক্তি পলিসি গ্রহণকারী বা নবায়ন বা অব্যাহত রাখা কোনও ছাড় কোনও ছাড় গ্রহণ করবেন না।
  - কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব্যর্থ হলে তিনি দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানার জন্য দায়ী থাকবেন।

### 15. আবহা আইডি

সমস্যার নাম	আবহা আইডি	এবিএসএর মাধ্যমে বিমাকারী/টিপিএর সাথে মেডিকেল রেকর্ড ভাগ করে নিতে
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<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="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<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="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<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

### 16. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিপদ

পেমেণ্ট পাওয়ার অপশন:  ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর  আইএফএসসি কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন

নিজ বৃদ্ধ হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, রেজিস্টার্ড অফিস: C-98, First Floor, LaJungta nagar, Part 1, New Delhi-110024 Disclaimer: বিমা হল অনুরোধের বিষয়। নিজ বৃদ্ধ হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাক্স বৃদ্ধ হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 1451)। বৃদ্ধ এবং হার্টবিট লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিজ বৃদ্ধ 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, বিকল্প শেখার কারণে আগে দয়া করে বিকল্প রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

শ্রীমান শ্রীমান শ্রীমান শ্রীমান শ্রীমান

## মাছা বিচার্জ

### কী বৈশিষ্ট্য নবি কে.এফ.ডি

নিভা বুপা তার গ্রাহকদের সাথে মাছা 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 হেথথ বিচার্জ আপনাকে প্রত্যাশিতমূল্যে বিক্রি সুবিধা প্রদান করে, যার মধ্যে রয়েছে হাসপাতালে ভর্তি হওয়া থেকে শুরু করে বাস্তবিক মূল্যে কভার এবং গুরুতর অসুস্থতার কভারের মতো ঐচ্ছিক সুবিধা, আপনার প্রয়োজনগুলি

আরও ভালভাবে পূরণ করতে। আপনাকে এই পলিসিতে বাধ্যতামূলকভাবে একটি বার্ষিক সামগ্রিক দাবি ছাড়যোগ্য পরিমাণ চয়ন করতে হবে। সেই পলিসি বছরে করা যে কোনও দাবির ক্ষেত্রে পলিসির অধীনে অর্থ প্রদানের আমাদের দায়বদ্ধতা কেন্দ্র ছাড়যোগ্য শেষ হয়ে যাওয়ার পরেই

শুরু হবে। পলিসি চুক্তিতে উল্লিখিত কিছু সীমা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে নিম্নলিখিত বেস বেনিফিট প্রদান করা হয়:

- রুম ভাড়া এবং আইসিইউ চার্জ সহ একটি হাসপাতালে রোগীদের যত্ন
- হাসপাতালে ভর্তির আগে ও পরে যথাক্রমে 60 ও 90 দিনের খরচ
- বিকল্প চিকিৎসা
- ডে কেয়ার স্ট্রিটমেন্ট
- জীবন্ত অঙ্গ প্রতিস্থাপন
- আবাসিক হাসপাতালে ভর্তি
- জরুরি গ্রাউন্ড অ্যাম্বুলেন্স
- সীমাহীন টেলি / অনলাইন পরামর্শ
- ফার্মাসি এবং ডায়াগনস্টিক বুকিং পরিষেবা
- আনুগত্য সংযোজন (কেবলমাত্র বেস বীমাকৃত রাশির জন্য প্রযোজ্য <= Rs.25 Lacs): For each Policy Year, We offer an additional 5% of expiring Base sum insured up to at any time a maximum of 50% of base Sum Insured of that Policy Year. There will be no increase in sub-limits (if applicable) for any of the benefits.
- মানসিক অসুস্থতার জন্য রোগীদের চিকিৎসার জন্য বায় করা বায়গুলি পলিসি ডকুমেন্টে উল্লিখিত নির্দিষ্ট শর্তগুলির জন্য উপ-সীমা সাপেক্ষে বীমাকৃত রাশি পর্যন্ত পলিসির আওতায় আচ্ছাদিত।
- এইচআইভি / এইডস দ্বারা সৃষ্ট বা সম্পর্কিত অবস্থার কারণে হাসপাতালে ভর্তির জন্য বায় (ডে কেয়ার চিকিৎসা সহ) পলিসির আওতায় আনা হয়।
- কৃত্রিম জীবন রক্ষণাবেক্ষণ।
- মৌখিক কেমোথেরাপি, রোবোটিক সার্জারি ইত্যাদি সহ আধুনিক চিকিৎসাগুলি কয়েকটি চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য উপ-সীমা সাপেক্ষে বীমাকৃত রাশি পর্যন্ত আচ্ছাদিত।

নিম্নলিখিত ঐচ্ছিক সুবিধাগুলি আপনার নীতিতে উল্লিখিত কিছু সীমা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে সরবরাহ করা হয়:

- দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু, স্থায়ী মোট ও আংশিক অক্ষমতার বিরুদ্ধে বাস্তবিক মূল্যে কভারের
- 20 টি বড় অসুস্থতার জন্য গুরুতর অসুস্থতার কভারেজ \*।
- রুম ভাড়া একক বাস্তবিক মূল্যে পরিবর্তন করা যেতে পারে, বীমাকৃত রাশি পর্যন্ত আচ্ছাদিত (শুধুমাত্র 50,000 টাকার বেশি ছাড়যোগ্য এবং 4 লক্ষ টাকা পর্যন্ত বীমাকৃত রাশির জন্য উপলব্ধ)

দয়া করে নোট করুন যে ঐচ্ছিক সুবিধার জন্য একটি অতিরিক্ত বার্ষিক প্রিমিয়াম নেওয়া হয়

নোট করুন যে অপেক্ষার সময়কাল নীতি অনুযায়ী প্রযোজ্য

- পলিসি শুরু হওয়ার পর থেকে প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল 36 মাস এবং ক্রমাগত পুনর্নবীকরণ। ক্রিটিক্যাল ইলেনেস কভারের জন্যও প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল 36 মাস হবে।
- দুর্ঘটনার কারণে প্রয়োজনীয় চিকিৎসার প্রয়োজন না হলে 30 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল। ক্রিটিক্যাল ইলেনেস কভারের জন্য, প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল 90 দিন হবে।
- আমাদের সাথে প্রথম পলিসি শুরু হওয়ার পর থেকে 24 মাসের নির্দিষ্ট অপেক্ষার সময়কাল, কিছু তালিকাভুক্ত অসুস্থতার জন্য, যদি না শর্তটি সরাসরি দুর্ঘটনার কারণে ঘটে থাকে (দিন 1 থেকে আচ্ছাদিত)।
- দয়া করে মনে রাখবেন যে অপেক্ষার সময়কাল ফার্মাসি এবং ডায়াগনস্টিক পরিষেবাদি এবং ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার এবং ই-পরামর্শের মতো ঐচ্ছিক সুবিধাগুলিতে (যদি বেছে নেওয়া হয়) প্রযোজ্য হবে না।

নোট করুন যে নীতি চুক্তিতে নির্ধারিত মান ব্যতিক্রমগুলি প্রযোজ্য। উপরন্তু, আন্ডাররাইটিং ফলাফলের উপর ভিত্তি করে, কিছু নির্দিষ্ট ব্যতিক্রম বা ব্যক্তিগত অপেক্ষার সময়কাল আপনার নীতিতে প্রযোজ্য হতে পারে।

আপনার পলিসির অন্যান্য মূল বৈশিষ্ট্যগুলি নিম্নরূপ:

- রক্তস্রাব বা পারিবারিক ট্রোটোর কভার (2 জন প্রাপ্তবয়স্ক এবং 4 জন শিশু পর্যন্ত), পলিসিতে কোনও সদস্য (গুলি) সংযোজন বা মুছে ফেলা কেবল পুনর্নবীকরণের সময়ই করা হচ্ছে।
- আপনার নিশ্চিতকরণ এবং সময়মত প্রিমিয়াম প্রদানের সাপেক্ষে আপনার পলিসির আজীবন পুনর্নবীকরণযোগ্যতা।
- আপনার বয়স ব্যত্যয়ের উপর ভিত্তি করে আপনার পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম বৃদ্ধি পাবে তবে আপনার দাবির অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে পরিবর্তন হবে না। ভবিষ্যতে আইআরডিএআই-এর অগ্রিম মূল্য সাপেক্ষে এবং সময়ে সময়ে প্রযোজ্য আইআরডিএআই-এর নিয়মকানুন অনুসারে পণ্যের পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়ামের হার গুলি সংশোধন করা যেতে পারে।
- যদি আপনার প্রস্তাবটি ইস্যু করার জন্য প্রত্যাখ্যাত হয়, তাহলে আপনি প্রি পলিসি মেডিকেল চেক-আপ (পিপিএমসি) খরচের 100% বহন করবেন।

মুঠটাক: ছি লুক বিধান: আপনি যদি পলিসির শর্তাবলীর সাথে একমত না হন তবে আপনি পলিসি ডকুমেন্ট প্রাপ্তির 15 দিনের (দূর্বলী বিপন্ননের মাধ্যমে পলিসি বিতরণ করা হয়ে থাকলে 30 দিন) মধ্যে আপনার কাগজগুলি উল্লেখ করে পলিসি বাতিল করতে পারবেন তবে শর্ত থাকে যে কোনও সুবিধার অধীনে কোনও দাবি করা হয়নি। কভার পরিষেবের জন্য মেডিকেল চেক-আপ, স্ট্যাম্প ডিউটি এবং আনুপাতিক বুকিং প্রিমিয়ামের জন্য চার্জ কেটে নেওয়ার পর প্রিমিয়ামটি ফেরত দেওয়া হবে। পলিসি নবায়নের সময় ছি লুক বিধান প্রযোজ্য নয়।

প্রিমিয়াম: অনুগ্রহ করে নিচা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের নামে সুরক্ষিত অর্ধপ্রদানের মোড়ের মাধ্যমে প্রিমিয়ামের পরিমাণ জমা দিন।

কোনও প্রশ্ন অথবা দাবির ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে আমাদের গ্রাহক হেল্পলাইন নম্বরে 1860-500-8888 এর সাথে যোগাযোগ করুন। এতদ্বারা সময়ে সময়ে কোম্পানির প্রস্তাবিত বা বিদ্যমান নীতি সম্পর্কিত ওয়েলকাম কল, সার্ভিস কল বা অন্য কোনও যোগাযোগ (ইলেকট্রনিক বা অন্যথায়) করার জন্য কোম্পানিকে সম্মতি এবং অনুমোদন দিচ্ছি।

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ

আপনার স্বাস্থ্য বিষয় পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্রিয়ারিং: হাউস (এসিএইচ) / স্বাস্থ্য নির্দেশাবলী (এসআই) চালিয়ে যাওয়ার মাধ্যমে প্রস্তুত করে রাখতে পারেন। এই বিকল্পের অধীনে, আপনার নীতি অধীনে 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।  এসিএইচ / এসআই পুনর্নবীকরণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই।

তারিখ: \_\_\_\_\_

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

স্থান: \_\_\_\_\_

প্রস্তাবকের নাম: \_\_\_\_\_

নিচা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, রেজিস্টার্ড অফিস: C-98, First Floor, LaJpত nagar, Part 1, New

Delhi-110024 Disclaimer: বীমা হল অনুরোধের বিষয়। নিচা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাক্স বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 1451। বুপা এবং হাউসটি লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিচা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহার করছে। গ্রাহক হেল্পলাইন: 1860-500-8888। ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com। সিআইএন: U66000DL2008PLC182918। শর্তাদি, ব্যতিক্রম, বুকিং কার্য, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও অথবা জ্ঞান, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকারোক্তি

আবেদন নং

তারিখ

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব প্রাপ্তি এবং চেক / ডিমাশ ডাউট / অন্যান্য টাকার পরিমাণ \_\_\_\_\_ তারিখে টানা স্বীকার করি। বীমার জন্য একটি সম্পূর্ণ প্রস্তাব আমাদের কাছে জমা দেওয়া বা কোনও নীতি জারি করার জন্য কোনও অর্থ প্রদান আমাদের একটি নীতি জারি করতে সম্মত হতে বাধ্য করে না, যা সিদ্ধান্তটি সর্বদা আমাদের নিজস্ব এবং পরম বিবেচনার ভিত্তিতে থাকবে। যদি আমরা বীমার জন্য একটি প্রস্তাব গ্রহণ করি, তাহলে এটি পলিসির শর্তাবলী সাপেক্ষ 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।