

2. আবেদনকারীদের বিবরণ এবং পরিকল্পনা নির্বাচন

1	নাম	লিঙ্গ	জন্মতারিখ	উচ্চতা (সেমিতে)	ওজন (কেজিতে)	মোবাইল নম্বর	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর, কাউন্সিলের নাম এবং কর্মক্ষেত্রের ঠিকানা প্রদান করুন*
		(এম/এফ/অন্যান্য)	(দিন/মাস/বছর)					

জরুরী যোগাযোগ	নাম	এসটিডি কোড সহ যোগাযোগ নম্বর	মোবাইল নং
---------------	-----	-----------------------------	-----------

বেস কভারেজ:

পলিসির ধরন#:	স্বতন্ত্র
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	১ প্রাপ্তবয়স্ক
বৈকল্পিক:	পরিকল্পনা ১
বেস বীমাকৃত রাশি:	
পলিসির মেয়াদ:	<input type="checkbox"/> বছর ২ বছর <input type="checkbox"/>

3. বহনযোগ্যতা

নীতিমালা নং	বীমা কোম্পানি	ঝুঁকি শুরুর তারিখ	ঝুঁকি সমাপ্তির তারিখ	পোটিং এর কারণ

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 ১ (সবচেয়ে পুরানো)	বীমাকৃত অর্ধরাশি - বছর ২	বীমাকৃত রাশি - বছর ৩	বীমাকৃত রাশি - বছর ৪ (মেয়াদ শেষ হওয়া নীতি)

4. মনোনয়ন

প্রস্তাবকের মৃত্যু হলে নমিনির নিকট দাবী পরিশোধ করা হবে। অন্যান্য বীমাকৃত ব্যক্তিদের জন্য, প্রস্তাবক মনোনীত হন। নমিনিকে অর্থ প্রদান কোম্পানির সম্পূর্ণ দায়বদ্ধতার স্রাব গঠন করে।

মনোনীত ব্যক্তির নাম	জন্মতারিখ	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	নমিনির ঠিকানা, মোবাইল নম্বর ও ইমেল আইডি	নিয়োগকারীর নাম (যদি মনোনীত ব্যক্তির বয়স ১৪ বছরের কম হয়)

নমিনির ব্যাঙ্কের বিবরণ: সুবিধাজনক নাম:

ব্যাংকের নাম	অ্যাকাউন্টের ধরন	<input type="checkbox"/> সংরক্ষণ	<input type="checkbox"/> বর্তমান
অ্যাকাউন্ট নম্বর	আইএফএসসি কোড		

5. ঘোষণা (অনুগ্রহ করে মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং প্রস্তাব ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার আগে প্রত্যেকের বিপরীতে একটি চেক টিক 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 চাইছেন যার কাছে বীমা / প্রস্তাবক ব্যক্তির উপর বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্ডাররাইটিং উদ্দেশ্যে।
- আমি সংশ্লিষ্ট প্রস্তাব এবং / অথবা দাবি নিষ্পত্তির একমাত্র উদ্দেশ্য 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।

- আমি যদি প্রস্তাবক স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করে থাকেন: এই ফর্মের বিষয়বস্তু আমার দ্বারা ব্যাখ্যা করা হয়েছে, প্রস্তাবকের সাক্ষীর নাম উপস্থিতিতে _____
যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন। সাক্ষী অবশ্যই কোম্পানির এজেন্ট / কর্মচারী ব্যতীত অন্য কেউ হতে হবে।

তারিখ: _/ _/ _

স্থান: _____

Proposer: _____ স্বাক্ষর

সার্টিফিকেট প্রদানকারীর স্বাক্ষর Person: _____

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর: _____

Witness: _____ স্বাক্ষর

6. প্রস্তাবক ও উপদেষ্টা ঘোষণার মাধ্যমে ফরম পূরণ না হলে ঘোষণা

কোনো কারণে প্রস্তাবক ও সংশ্লিষ্ট অন্যান্য কাগজপত্র প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ করা না হলে ঘোষণাপত্র।

প্রস্তাব ফর্মের বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত দিক এবং প্রভাব সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব ফর্মটি আমার নির্দেশে পূরণ করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত তথ্য সঠিক এবং সম্পূর্ণ বলে মনে করছি।

নাম: _____

মোবাইল নং: _____

Proposer: _____ স্বাক্ষর

উপদেষ্টার ঘোষণা: আমি একজন বীমা উপদেষ্টা / কর্পোরেট এজেন্ট / রোকোরের অনুমোদিত কর্মচারী / রিলেশনশিপ অফিসারের নির্দিষ্ট ব্যক্তি হিসাবে, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবককে এই পণ্য / প্রস্তাবের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি

বীমা Advisor: _____ স্বাক্ষর

মধ্যস্থতাকারী কোড: _____

7. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক উমাল্ড ড্রাফট ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড নেট ব্যাংকিং নগদ টাক অন্যদের

প্রিমিয়াম amount: _____

প্রিমিয়াম প্রদত্ত by: _____

proposer: _____ সাথে সম্পর্ক

অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি: _____

তারিখ: _/ _/ _

ব্যাংকের নাম/শাখা: _____

নিভা বুপা শাখার অবস্থান: _____

কোড No: _____

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

কোড No: _____

নাম: _____

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে: _____

গ্রাহক আইডি: _____

প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী? হ্যাঁ না

8. এনইএফটি ও ব্যালকের বিশদ বিবরণ

সমস্ত পেমেন্ট (প্রিমিয়াম, দাবি ইত্যাদি ফেরত) শুধুমাত্র আপনার অ্যাকাউন্টে বৈদ্যুতিনভাবে করা হবে। দয়া করে নিম্নলিখিত বিশদটি সরবরাহ করুন

ব্যাংকের নাম: _____

শাখা: _____

শহর: _____

অ্যাকাউন্ট number: _____

আইএফএসসি কোড: _____

অ্যাকাউন্টের ধরন: সংরক্ষণ বর্তমান

