

1		(এম/এফ/অন্যান্য)	(ডিডি / মিমি / ওয়াইওয়াই ওয়াইওয়াই)					
---	--	------------------	--	--	--	--	--	--

বেস কভারেজ:	
পলিসির ধরন#:	বৃত্ত
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	1
বেস বীমাকৃত রাশি:	
পলিসির মেয়াদ:	১ বছর

3. বহনযোগ্যতা

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

প্রস্তাবিত বীমাকারীর নাম যার জন্য বহনযোগ্যতার জন্ম 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)	বীমাকৃত অর্থরাশি- বছর 2	বীমাকৃত রাশি - বছর 3	বীমাকৃত রাশি - বছর 4 (মেয়াদ শেষ হওয়া নীতি)

4. মনোনয়ন

প্রস্তাবকের মৃত্যু হলে নমিনির নিকট দাবী পরিশোধ করা হবে। অন্যান্য বীমাকৃত ব্যক্তিদের জন্য, প্রস্তাবক মনোনীত হন। নমিনির 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 18 বছরের কম হয়)

নমিনির ব্যাঙ্ক বিবরণ: উপকারভোগীর নাম:

ব্যাংকের নাম: অ্যাকাউন্টের ধরন: সংরক্ষণ: বর্তমান:

অ্যাকাউন্ট নম্বর: আই.এফ.এস.সি কোড:

5. চিকিৎসা, অভ্যাস ও অতীত প্রস্তাবের 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 বৃদ্ধি দ্বারা আন্তরিক ইন্টারেক্টের ভিত্তি তৈরি করবে। দয়া করে নোট করুন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভুল, আংশিক সঠিক তথ্য আপনার চিকিৎসা দাবি ও/অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে।

বিভাগ ক	
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন	1

7. স্থানীয় ঘোষণা

প্রস্তাবক if স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করেছেন: এই ফর্মের বিষয়বস্তু আমি _____Name _____Language_____ প্রত্যয়নকারী ব্যক্তির, প্রস্তাবকের কাছে _____Name witness_____ উপস্থিতিতে ব্যাখ্যা করেছি 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 _____ সাক্ষীর মোবাইল নম্বর _____

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

কোনো কারণে প্রস্তাব 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 _____Mobile no _____Name_____ দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত তথ্য সঠিক ও সম্পূর্ণ বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর _____

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

বীমা Advisor _____ স্বাক্ষর _____ মধ্যস্থতাকারী কোড: _____

9. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প _____ চেক _____ ডিমান্ড ড্রাফট _____ ক্রেডিট কার্ড _____ নগদ টাকা _____ অন্যান্য প্রিমিয়ামের পরিমাণ _____
 অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি: _____ তারিখ: __/__/__ _____ ব্যাংকের নাম/শাখা _____
 নিভা বৃণা 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 _____

10. প্রস্তাবকের দাবি ফেরত ও পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম: _____

ব্যাংকের নাম: _____ আইএফএসসি কোড: _____

অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____

অ্যাকাউন্টের ধরণ: _____

11. পুনর্নবীকরণ

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্রিয়ারিং 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।

আমি এসিএইচ/এসআই পুনর্নবীকরণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই ও এর ফলে পলিসি পুনর্নবীকরণের সময় পর্যন্ত প্রিমিয়ামে 2.5% ছাড় পেতে চাই।

তারিখ __/__/__ স্থান _____ Proposer _____ স্বাক্ষর _____

12. শুধুমাত্র ব্যাল্যান্সার চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা কোড _____ এসপি কোড _____ RM/LG কোড _____

গ্রাহকের অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

13. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

ছাড় নিষিদ্ধকরণ (বীমা 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 প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন ছাড় সম্পর্কে কোন ব্যক্তিকে প্ররোচিত বা নবায়ন বা অব্যাহত রাখার প্রলোভন হিসাবে প্ররোচিত করার অনুমতি বা প্রস্তাব দিতে পারবেন না।

পলিসি, বীমাকারীর প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা টেবিল অনুসারে অমুমোদিত রেয়াত ব্যতীত পলিসি গ্রহণকারী বা নবায়ন বা অব্যাহত রাখার কোনও ব্যক্তি কোনও ছাড় গ্রহণ করবেন না।

ক্রয়ন ব্যক্তি এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব্যর্থ হলে তিনি দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানার জন্য দায়ী থাকবেন।

14. কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকারোক্তি

আবেদন নং _____

তারিখ __/__/__

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফ্ট 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।

রিসিভারের নাম ও স্বাক্ষর এবং অফিস সিল

15. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

- আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্কিত? হ্যাঁ/না; যদি হ্যাঁ, সম্পর্কের প্রকৃতি? _____
- প্রস্তাবককে আপনি কতদিন ধরে চেনেন? বছর _____ মাস _____
- প্রস্তাবকের পরিচয় নিয়ে আপনি কি সন্তুষ্ট? _____ হ্যাঁ _____ না
- প্রস্তাবক বা কোন আবেদনকারীর কি কোন শারীরিক বিকৃতি/ক্রটি বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে? _____ হ্যাঁ _____ না
- আপনি কি নীতির ব্যতিক্রমগুলি ব্যাখ্যা করেছেন এবং প্রস্তাবক ব্যক্তিগতভাবে স্বাস্থ্য ঘোষণাটি সম্পন্ন করেছেন? _____ হ্যাঁ _____ না
- এই প্রস্তাব ফর্মটি তৈরি করার সময় প্রস্তাবকের স্বাস্থ্যের অবস্থা কী? _____
- আপনি কি নৈতিক বিপদ সহ সমস্ত কারণ বিবেচনা করে এই প্রস্তাব ফর্মটি গ্রহণের পরামর্শ দেন? _____ হ্যাঁ _____ না
- আপনি কি নিরপেক্ষভাবে প্রস্তাবককে পরামর্শ দিয়েছেন এবং সমস্ত বস্তুগত তথ্য সরবরাহ করেছেন যাতে প্রস্তাবক তার স্বার্থে সর্বোত্তম প্রচেষ্টা সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম হন? _____ হ্যাঁ _____ না

তারিখ _____

বীমা Advisor _____ স্বাক্ষর

16. আবহা আইডি

সদস্যের নাম	আপনার কি আবহা আইডি আছে?	আবহা আইডি	এবিএইচএর মাধ্যমে বীমাকারী/টোপিএর সাথে মেডিকেল রেকর্ডগুলি ভাগ করে নেওয়ার সম্মতি
	হ্যাঁ/না	XX - XXXX - XXXX - XXXX	হ্যাঁ/না