

## বীমার জন্য আবেদন: ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পরিকল্পনা

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 করেন 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।

প্রবিধানগুলি আদেশ দেয় যে আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম পাওয়ার পরে এবং ঝুঁকিটি সম্পূর্ণভাবে গ্রহণ করার পরেই কভারেজটি শুরু হতে পারে।

### ১- প্রস্তাবকের বিবরণ:

প্রস্তাবক (জনাব / মিসেস / মিসেস)

লিঙ্গ  পুরুষ  নারী  অন্যান্য জন্মতারিখ

ঠিকানা

ল্যান্ড মার্ক  শহর

জেলা  অবস্থা

পিন-কোড  ইমেইল আইডি

মোবাইল

প্যান নং

পেশা:  বেতনভোগী  স্ব-কর্মসংস্থান  ছাত্র  গৃহিণী  অন্যান্য, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন

বার্ষিক আয় (টাকা)  গ্রামীণ ও সামাজিক খাত বিভাগ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):  আশা কর্মী মো.  MGNREGA কর্মী

সিকেওয়াইসি নম্বর (ঐচ্ছিক):

তুমি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চাও?  হ্যাঁ  না

আমি শিশুদের জন্য গ্রহণ সংরক্ষণের জন্য আমার কিছুটা করব। আমি সবুজ হয়ে যাব। আমাকে শুধু সফট কপি পাঠান। কঠোরভাবে কোন কাগজ দয়া করে

আমি এই নীতিটি একটি ইআইএতে জমা দিতে চাই।  
বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব নং  বীমা সংগ্রহস্থলের নাম (আপনি আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

১. মেসার্স এনএসডিএল ডাটাবেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড  ২. মেসার্স সেন্ট্রাল ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড

৩. মেসার্স কার্ডি ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড  ৪. মেসার্স ক্যামস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

আপনি যদি আমাদের আপনার জন্য একটি ইআইএ অ্যাকাউন্ট খুলতে সহায়তা করতে চান তবে দয়া করে সেকেন্ড ও, এনইএফটি ও ব্যালকের বিশদটি পূরণ করুন অথবা

আমার কোনও ইআইএ নেই এবং একটি খুলতে চাই না

আমি নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/সহযোগীদের আমার নিবন্ধিত ফোন নম্বরে এসএমএস / ইমেইল / ফোন / হোয়াটসঅ্যাপ / ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছি যাতে আমার 'ডিএনডি' রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইড করে ওয়েলকাম কল / এসএমএস, সার্ভিস কল / এসএমএস, নীতি সম্পর্কিত তথ্য বা অন্য কোনও বাণিজ্যিক যোগাযোগ করতে পারে।

আপনি অথবা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি রাজনৈতিকভাবে উদ্ভাসিত ব্যক্তি (পিইপি)  হ্যাঁ  না

#PEP এমন কেউ যিনি কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, বরিশত রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারী সংস্থার বরিশত আধিকারিক, দলের গুরুত্বপূর্ণ আধিকারিকদের মতো বিশিষ্ট জনসাধারণের কাজগুলি করেছেন বা ন্যস্ত হয়েছেন। (আপনি যদি পিইপি বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রস্তাবনা পূরণ করুন)

### ২. আবেদনকারীদের বিবরণ এবং পরিকল্পনা নির্বাচন:

নাম

লিঙ্গ  পুরুষ  নারী  অন্যান্য উচ্চতা  (ইঞ্চি) ওজন  (কেজি)

জন্মতারিখ  D D M M Y Y Y Y প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক  স্বয়ং

বেতনভোগী  স্ব-কর্মসংস্থান  অনুপার্জিত আয়  উপার্জন না করা  বার্ষিক আয়

পেশা:  কোম্পানির নাম

পদবী:  শীর্ষ ব্যবস্থাপনা  সিনিয়র ম্যানেজমেন্ট  মধ্যম ব্যবস্থাপনা  নিম্ন ব্যবস্থাপনা

স্বতন্ত্র বীমাকৃত রাশি  ঋণ রক্ষক বীমাকৃত রাশি



বয়স্কদের পরিচর্যা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
নির্ভরশীল শিশুদের শিক্ষা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
শিশু সহায়তা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
সন্তানদের বিয়ের খরচ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
ভাড়া হাড/ফ্র্যাঞ্চাইজার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
বাড়ীতে/মানবাহনে সংশোধন করা হয়েছে	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
কৃত্রিম অঙ্গ / হুইল চেয়ার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
কোমারটোজ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
পোড়া	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
মাথা ও মেরুদণ্ডের আঘাত	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
দুর্ঘটনা পরিচর্যা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

শিশুর-শাশুড়িতে বাবা-মা এবং পিতামাতা সর্বদা নির্ভরশীল এবং প্রাপ্তবয়স্ক হিসাবে উপার্জন করেন না। ২) অ-উপার্জনকারী পত্নী এবং পিতা-মাতা/শিশুর-শাশুড়ির জন্য বীমাকৃত (এসআই) অফারগুলি প্রস্তাবকারীর এসআইয়ের 50% এর মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে এবং সর্বোচ্চ 1 কোটি টাকা সাপেক্ষে। নির্ভরশীল শিশুদের জন্য বীমাকৃত (এসআই) অফারগুলি প্রস্তাবকারীর এসআইয়ের 25% এর মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে এবং সর্বোচ্চ 25 লক্ষ টাকা সাপেক্ষে হবে। ৪) অ-উপার্জনকারী সদস্য ও সন্তানদের জন্য প্রয়োজ্য নয় এমন সুবিধা: সন্তানদের জন্য বিবাহ ব্যয়, নির্ভরশীল শিশুদের শিক্ষা, শিশু সহায়তা, বয়স্কদের যত্ন, খণ্ড রক্ষাকারী। নির্ভরশীল শিশুদের জন্য অস্থায়ী সম্পূর্ণ অক্ষমতা প্রযোজ্য নয়। টিটাউ বা টিটাউ + বা টিটাউ লাইট বেছে নেওয়া যেতে পারে,

## ৪. 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	ঠিকানা, মোবাইল নং এবং নমিনির 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 \_\_\_\_\_

## 5- চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাব তথ্য:

বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত যে কোনও ব্যক্তির ক্ষেত্রে:	প্রাপ্তবয়স্ক 1	প্রাপ্তবয়স্ক 2	শিশু 1	শিশু 2	শিশু 3	শিশু 4
আপনি কি স্বাস্থ্যের অধিকারী এবং / অথবা জন্মের পর থেকে বা পরে কোনও মানসিক / শারীরিক বৈকল্য এবং/অথবা বিকৃতি এবং/অথবা অক্ষমতা থেকে বেঁচে আছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

- 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 ব্লুঁক 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।
- 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।
- 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।
- প্রস্তাবক যদি স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করে থাকেন: এই ফর্মের বিষয়বস্তু আমি \_\_\_\_\_ মধ্যে ব্যাখ্যা করেছি, প্রস্তাবকের কাছে \_\_\_\_\_ উপস্থিতিতে যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন। সাক্ষী অবশ্যই কোম্পানির এজেন্ট / কর্মচারী ব্যতীত অন্য কেউ হতে হবে।

তারিখ:  স্থান: \_\_\_\_\_ প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ সাক্ষীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর: \_\_\_\_\_ সাক্ষীর মোবাইল নম্বর: \_\_\_\_\_

## ৭- প্রস্তাবক ও উপদেষ্টা কর্তৃক ফরম পূরণ না করা 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 \_\_\_\_\_ নামে \_\_\_\_\_ 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 নির্দিষ্ট ব্যক্তি হিসাবে, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবককে এই পণ্য / প্রস্তাবের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি

বীমা Advisor \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর

## ৪- প্রিমিয়াম বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য):

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প	<input type="checkbox"/> চেক	<input type="checkbox"/> ডিম্যান্ড ড্রাফট	<input type="checkbox"/> ক্রেডিট কার্ড	<input type="checkbox"/> নেট ব্যাংকিং	<input type="checkbox"/> নগদ টাকা	<input type="checkbox"/> অন্যদের
প্রিমিয়ামের পরিমাণ	_____		দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম	_____		
প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	_____		অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:	_____		
ব্যাংকের নাম/শাখা	_____		তারিখ	_____		
নিভা বুপা শাখার অবস্থান	_____		কোড নং	_____		
ব্যবসা সূত্র: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল	_____		কোড নং	_____		
নাম	_____					
প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:	<input type="checkbox"/> DDMMYY	গ্রাহক ID:	_____			
প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না					

## ৯- এনইএফটি এবং ব্যাংক বিবরণ:

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

ব্যাংকের নাম	_____					
শাখা	_____	অ্যাকাউন্ট নম্বর	_____			
শহর	_____	অ্যাকাউন্টের ধরন:	<input type="checkbox"/> সংরক্ষণ	<input type="checkbox"/> কুরান্ট		
এনইএফএস কোড	_____					

## ১০- পুনর্নবীকরণ:

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

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

Dated \_\_\_\_\_ স্থান \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর

## ১১- শুধুমাত্র ব্যাঙ্কাস্যুরেন্স চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত ডিটাল (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা Code _____	এসপি Code _____	RM/LG Code _____
গ্রাহক অ্যাকাউন্ট number _____		

## ১২- বিধিবদ্ধ সতর্কতা:

রেয়াত নিষিদ্ধকরণ বীমা আইন ১৯৩৪ এর ধারা ৪১

এর অধীনে) ১. 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।

## ১৩- কোম্পানীর স্বীকারোক্তি:

আবেদন নং \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব প্রাপ্তি স্বীকার করি এবং চেক / ডিম্যান্ড ড্রাফট /

Others \_\_\_\_\_ of টাকার \_\_\_\_\_ উপর আঁকা

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।

প্রাপক ও অফিসের নাম ও স্বাক্ষর seal \_\_\_\_\_

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 হার্ভিট লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহার করছে। পণ্যের নাম: ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পরিকল্পনা। প্রোডাক্ট ইউআইএন: MAXPAIP21585V012021। রেজিস্ট্রেশন অফিস: সি-৯৮, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পার্ট ১, নয়াদিল্লি-১১০০২৪, কাস্টমার হেল্পলাইন: ১৮৬০-৫০০-৮৮৮৮। Website: www.nivabupa.com। সিআইএন: U66000DL2008PLC182918

আশা কর্মী মো.

MGNREGA কর্মী

## 15. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম: \_\_\_\_\_

ব্যাংকের নাম: \_\_\_\_\_

আইএফএসসি কোড: \_\_\_\_\_

অ্যাকাউন্ট নম্বর: \_\_\_\_\_

অ্যাকাউন্টের ধরণ: \_\_\_\_\_

## 16. আভা আইডি

সদস্যের নাম	আপনার কি আবহা আইডি আছে?		আবহা আইডি	এবিএইচএর মাধ্যমে বীমাকারী/টিপিএর সাথে মেডিকেল রেকর্ড ভাগ করার নিতে	
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		<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
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না