

রাইজ প্রোপজাল ফর্ম

URN: 031

ইল্যুরেল কনট্রাস্ট (বীমা চুক্তি) হলো একটি আইনি চুক্তি এবং এটি বিশ্বাস উপর ভিত্তি করে হয় আর আমরা আপনাকে বিশ্বাস করি।

আমরা বুঝতে পারি যে আপনার স্বাস্থ্য এবং পলিসির উপর এর প্রভাব সম্পর্কে তথ্যটা কতটা প্রাসঙ্গিক সেটা আপনি নাও জানতে পারেন। তাই, আপনার স্বাস্থ্যের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য জানানো খুবই গুরুত্বপূর্ণ এবং আমরা সিদ্ধান্ত নেবো যে এটি কতটা প্রাসঙ্গিক (আমরা এটিকে 'মেটেরিয়াল ফ্যাক্ট বা প্রাসঙ্গিক তথ্য' বলে থাকি)।

যদি প্রস্তাবিত সকল সদস্যদের ব্যাপারে সঠিক এবং সম্পূর্ণ তথ্য প্রদান না করা হয়, তাহলে আমরা আপনার পলিসি বাতিল করবো, কোনো দাবি পরিশোধ করবো না, কোনো প্রিমিয়াম ফেরত দেবো না এবং পূর্বে পরিশোধ করা বেনিফিটকে (সুবিধা) রিকভার করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে সম্ভাব্য সকল আইনি পদক্ষেপ নেওয়ার অধিকার রাখি।

নিয়ম অনুযায়ী, আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম পাওয়ার পরে এবং স্পষ্টভাবে বুঝি গ্রহণ করার পরেই কভারেজ শুরু হতে পারে।

1. প্রোপজারের বিবরণ:

টাইটেল (উপাধি)	নাম				
জন্মের তারিখ	লিঙ্গ:	পুরুষ	মহিলা	অন্যান্য	জাতীয়তা
বর্তমান ঠিকানা					
ল্যান্ডমার্ক				শহর	
জেলা	রাজ্য				পিনকোড
ল্যান্ডলাইন নম্বর				মোবাইল নম্বর	
ইমেল আইডি				বিকল্প নম্বর	

বার্ষিক আয় (টাকা)	CKYC নম্বর				
পেশা	বেতনভুক্ত	স্ব-নিযুক্ত	ছাত্র/ছাত্রী	গৃহিণী (হাউজ ওয়াইফ)	অন্যান্য, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন
প্রিমিয়াম পেমেন্ট করেছেন	প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক				

আমি কোম্পানিকে আপনার সমস্ত পলিসি এবং পরিষেবার সাথে সম্পর্কিত সমস্ত যোগাযোগ আবেদনপত্র উল্লেখিত ইমেইল আইডিতে পাঠানোর অনুমতি দিয়ে পরিবেশকে রক্ষা করতে এবং কাগজ বাঁচানোর কাজে সহায়তা করতে চাই।

আমি সমস্ত নিয়ম ও শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এতদ্বারা নিভা বুপা হেলথ ইল্যুরেল বা এর কোনো এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/ অ্যাফিলিয়েট(গুলি)-কে আমার রেজিস্টার্ড ফোন নম্বরে SMS/ইমেইল/ফোন/হোয়াটসঅ্যাপ/ফেসবুক বা অন্য কোনো মাধ্যমে আমার 'DND' রেজিস্ট্রেশনকে বাতিল করে ওয়েলকাম কল/SMS, পরিষেবার কল/SMS বা অন্য কোনো বাণিজ্যিক যোগাযোগের জন্য যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছি।

আপনি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চান? হ্যাঁ না

আপনি বা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি একজন PEP#? হ্যাঁ না

*রাজনৈতিকভাবে প্রভাবশালী ব্যক্তি (PEP) হলেন সেই ব্যক্তি যিনি বিশিষ্ট সরকারি পদে অধিষ্ঠিত আছেন বা ছিলেন যেমন কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, সিনিয়র রাজনীতিবিদ, সিনিয়র সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা (মিলিটারি অফিসিয়াল), সরকারি কোম্পানির সিনিয়র এক্সিকিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি PEP-এর জন্য টিক চিহ্ন দিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে আলাদা PEP প্রমাণবলী পূরণ করুন)

ব্যাঙ্কের বিবরণ:

ব্যাঙ্কের নাম					
অ্যাকাউন্ট নম্বর				IFSC কোড	
অ্যাকাউন্টের ধরণ	সেভিংস	কারেন্ট	শাখা	শহর	

ইলেকট্রনিক ইল্যুরেল অ্যাকাউন্টের (eIA) বিবরণ

আপনি কি এই পলিসিটিকে একটি eIA-তে জমা করতে চান? (অনুগ্রহ করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

না, আমার কোনো eIA নেই এবং আমি এটা খুলতে চাই না হ্যাঁ, এই পলিসিটি আমার ই-ইল্যুরেল (বীমা) অ্যাকাউন্টে জমা করুন

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে বিদ্যমান ই-ইল্যুরেল অ্যাকাউন্ট নম্বর দিন।

অনুগ্রহ করে ইল্যুরেল রিপোজিটরীর নাম নির্বাচন করুন (আপনি যার সাথে আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

<input type="checkbox"/> মেসার্স NSDL ডেটাবেস ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড	<input type="checkbox"/> মেসার্স সেন্ট্রাল ইল্যুরেল রিপোজিটরী লিমিটেড
<input type="checkbox"/> মেসার্স কার্ডি ইল্যুরেল রিপোজিটরী লিমিটেড	<input type="checkbox"/> মেসার্স CAMS রিপোজিটরী সার্ভিসেস লিমিটেড (অনুগ্রহ করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

আমার বিদ্যমান ই-ইল্যুরেল অ্যাকাউন্ট নেই এবং আমি একটি নতুন ই-ইল্যুরেল অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে আগ্রহী

(অনুগ্রহ করে প্রাসঙ্গিক ডকুমেন্টের (নথিপত্র) সাথে ইলেকট্রনিক ইল্যুরেল অ্যাকাউন্ট খোলার ফর্ম (eIA ফর্ম) জমা দিন)।

রিনিউয়াল পেমেন্টের জন্য সাইন-আপ:

আপনার হেলথ ইল্যুরেল (স্বাস্থ্য বীমা) পলিসির রিনিউয়ালের প্রিমিয়াম প্রতি বছর আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্লিয়ারিং হাউস (ACH) / কোম্পানির সাথে স্থায়ী নির্দেশের (SI) মাধ্যমে করা যেতে পারে। এই অপশনের (বিকল্প) অধীনে, আপনার পলিসিটি দ্রুত রিনিউয়াল করা যেতে পারে, তবে সেটা কোম্পানির দ্বারা প্রয়োজনীয় তথ্য এবং ডকুমেন্টেশনের সমস্ত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করার উপর নির্ভর করবে।

আমি ACH/SI রিনিউয়াল বিকল্পটি বেছে নিতে চাই এবং এর মাধ্যমে প্রিমিয়ামের উপর 2.5% ছাড় পেতে চাই যতক্ষণ পর্যন্ত না এটাকে ব্যবহার করে পলিসিকে রিনিউ করা হচ্ছে।

তারিখ

স্থান

প্রোপজারের স্বাক্ষর

2. ইন্স্যুরেন্সজন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী 1

নাম

লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অন্যান্য উচ্চতা (ফুট) (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

মোবাইল নম্বর জন্মের তারিখ D D M M Y Y Y যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন

প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, তাহলে অনুগ্রহ করে এগুলি দিন:

i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কাজের জায়গার ঠিকানা

আবেদনকারী 2

নাম

লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অন্যান্য উচ্চতা (ফুট) (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

মোবাইল নম্বর জন্মের তারিখ D D M M Y Y Y যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন

প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, তাহলে অনুগ্রহ করে এগুলি দিন:

i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কাজের জায়গার ঠিকানা

আবেদনকারী 3

নাম

লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অন্যান্য উচ্চতা (ফুট) (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

মোবাইল নম্বর জন্মের তারিখ D D M M Y Y Y যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন

প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, তাহলে অনুগ্রহ করে এগুলি দিন:

i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কাজের জায়গার ঠিকানা

আবেদনকারী 4

নাম

লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অন্যান্য উচ্চতা (ফুট) (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

মোবাইল নম্বর জন্মের তারিখ D D M M Y Y Y যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন

প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, তাহলে অনুগ্রহ করে এগুলি দিন:

i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কাজের জায়গার ঠিকানা

আবেদনকারী 5

নাম

লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অন্যান্য উচ্চতা (ফুট) (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

মোবাইল নম্বর জন্মের তারিখ D D M M Y Y Y যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন

প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, তাহলে অনুগ্রহ করে এগুলি দিন:

i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কাজের জায়গার ঠিকানা

আবেদনকারী 6

নাম

লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অন্যান্য উচ্চতা (ফুট) (ইঞ্চি) ওজন (কেজি)

মোবাইল নম্বর জন্মের তারিখ যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন

প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, তাহলে অনুগ্রহ করে এগুলি দিন:

i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কাজের জায়গার ঠিকানা

*প্রিমিয়ামের উপর 5% ছাড় পান। মেডিকেল প্র্যাকটিশনার মানে হলো এমন একজন ব্যক্তি যিনি কোনো রাজ্য বা ভারতীয় মেডিকেল কাউন্সিল (চিকিৎসা পরিষদ) বা ভারত সরকার বা কোনো রাজ্য সরকার কর্তৃক গঠিত হোমিওপ্যাথি কাউন্সিলের কাছ থেকে বৈধ রেজিস্ট্রেশন ধারণ করেন এবং এর মাধ্যমে তার এখতিয়ারের মধ্যে চিকিৎসা করার অধিকারী; এবং তিনি তাঁর লাইসেন্সের সুযোগ এবং এখতিয়ারের মধ্যে কাজ করছেন।

মনে রাখবেন:

- প্রোপজার পলিসির অধীনে ইনসিওর্ড (বিমাকৃত) নাও হতে পারেন
- প্রোপজারের সাথে কোন সম্পর্কের অনুমতি আছে - স্বামী/স্ত্রী, পুত্র, কন্যা, পুত্রবধু, বাবা, মা, স্বশ্বশুর, শাশুড়ি, ঠাকুরদা, ঠাকুমা, নাতি, নাতনি, জামাতা, ভাই, বোন, ননদ, দেওর, ভাইপো, ভাইঝি, কাকা এবং কাকি
- প্রোপজারের সাথে কোন সম্পর্কের অনুমতি আছে (নিয়োগকর্তা, কর্মচারী) - কর্মচারী, কর্মচারীর স্বামী/স্ত্রী, কর্মচারীর পুত্র, কর্মচারীর কন্যা, কর্মচারীর বাবা, কর্মচারীর স্বশ্বশুর, কর্মচারীর শাশুড়ি, কর্মচারীর নাতি, কর্মচারীর নাতনি

3. কভারেজ নির্বাচন:

বেস কভারেজ:

পলিসির ধরণ#:	<input type="checkbox"/> ইন্ডিভিজুয়াল (ব্যক্তিগত) <input type="checkbox"/> ফ্যামিলি ফ্লোটার <input type="checkbox"/> মাল্টি মেম্বার (একাধিক সদস্য) ইন্ডিভিজুয়াল (ব্যক্তিগত)
মোট কতজনের জীবনকে কভার করা হবে:	<input type="checkbox"/> প্রাপ্তবয়স্ক <input type="checkbox"/> বাচ্চা
বেস সাম ইনসিওর্ড:	_____
পলিসির মেয়াদ:	<input type="checkbox"/> 1 বছর <input type="checkbox"/> 2 বছর <input type="checkbox"/> 3 বছর

ঐচ্ছিক কভারেজ:

1. হেল্থ চেক-আপ (স্বাস্থ্য পরীক্ষা) (শুধুমাত্র ক্যাশলেস)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	6. হেল্থ চেক-আপ (স্বাস্থ্য পরীক্ষা) (ক্যাশলেস এবং 20% কো-পেমেন্টের সাথে পরিশোধ)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
2. হসপিটাল ডেইলি ক্যাশ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	7. চিকিৎসার ক্ষেত্রে দ্বিতীয় মতামত	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
3. সেফগার্ড	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	8. সেফগার্ড+	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
4. কোনও কো-পে নেটওয়ার্ক নেই	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	9. মডার্ন ট্রিটমেন্ট (আধুনিক চিকিৎসা) +	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
5. রিঅ্যাসিওর ফরেভার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	10. ফাস্ট ফরওয়ার্ড (অ্যাড-অন)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
11. স্মার্ট ক্যাশ +	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. রিটার্ন +	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 100%		
13. পার্সোনাল অ্যাক্সিডেন্ট (ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা) কভার	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
আপনি যদি পার্সোনাল অ্যাক্সিডেন্ট (ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা) কভার বেছে নিতে চান তাহলে টিক চিহ্ন দিন (এই বিকল্পটি 18 বছর বা তার বেশি বয়সের আবেদনকারীদের জন্য উপলব্ধ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. বার্ষিক মোট ছাড়	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000	<input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000	
15. কো-পেমেন্ট	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%		
16. আগে থেকে থাকা রোগের জন্য অপেক্ষার সময়ে পরিবর্তন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 12 মাস <input type="checkbox"/> 24 মাস		
17. নির্দিষ্ট রোগের জন্য অপেক্ষার সময় পরিবর্তন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 12 মাস <input type="checkbox"/> 36 মাস		
18. রুমের ধরণে পরিবর্তন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জেনারেল ওয়ার্ড <input type="checkbox"/> সিসেল (একটা) রুম <input type="checkbox"/> সমস্ত বিভাগ		

ফ্যামিলি ফ্লোটার সাম ইনসিওর্ডের (বীমাকৃত টাকা) পরিমাণ সমস্ত বীমাকৃত সদস্যের জন্য একই হবে। ফ্লোটার মানে হলো আলাদাভাবে বা সম্মিলিতভাবে সমস্ত বীমাকৃত সদস্য এই সীমা পর্যন্ত ক্রেইম (দাবী) করতে পারেন। মনে রাখবেন: সেফগার্ড এবং সেফগার্ড+-এর মধ্যে শুধুমাত্র একটি অপশন (বিকল্প) বেছে নেওয়া যেতে পারে। কো-পেমেন্ট এবং বার্ষিক মোট ছাড়ের মধ্যে শুধুমাত্র একটি অপশন (বিকল্প) বেছে নেওয়া যেতে পারে। অ্যানুয়াল হেল্থ চেক-আপ (বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা) (শুধুমাত্র ক্যাশলেস) এবং অ্যানুয়াল হেল্থ চেক-আপ (বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা) (ক্যাশলেস এবং 20% কো-পেমেন্টের সাথে পরিশোধ)-এর মধ্যে শুধুমাত্র একটি অপশন (বিকল্প) বেছে নেওয়া যেতে পারে।

4. পোর্টেবিলিটি

পলিসি নম্বর	ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি (বীমা সংস্থা)	বুঁকির শুরুর তারিখ	বুঁকির শেষ তারিখ	পোর্টিং করার কারণ

প্রস্তাবিত বিমাকারীর নাম যাঁর জন্য পোর্টেবিলিটির অনুরোধ করা হয়েছে	প্রথম পলিসি শুরুর তারিখ	কত বছর ধরে অবিচ্ছিন্ন কভারেজ রয়েছে যার জন্য পোর্টেবিলিটির অনুরোধ করা হয়েছে	অতীতের পলিসিতে ক্রেইম (দাবী) করা হয়েছে	বর্তমান নো ক্রেইম বোনাস	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 1 (সবথেকে পুরনো)	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 2	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 3	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 4 (মেয়াদ উত্তীর্ণ হওয়া পলিসি)

5. নমিনেশন (মনোনয়ন)

প্রোপজারের মৃত্যুর ক্ষেত্রে, পলিসির অধীনে পেমেন্ট করা যে কোনও টাকা নিচে উল্লিখিত মনোনীত ব্যক্তিকে (নমিনী) দেওয়া হবে। মনোনীত ব্যক্তির (নমিনী) দ্বারা এই ধরনের টাকা পাওয়া পলিসির অধীনে কোম্পানির দায় মুক্তি হিসেবে গণ্য হবে।

মনোনীত ব্যক্তির (নমিনী) নাম	জন্মের তারিখ	প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক	মনোনীত ব্যক্তির (নমিনী) ঠিকানা, মোবাইল নম্বর এবং ইমেইল আইডি	নিয়োগকারীর নাম (যদি মনোনীত ব্যক্তি (নমিনী) বয়স 18 বছরের কম হয়)

মনোনীত ব্যক্তির ব্যাঙ্কের বিবরণ: বেনিফিশিয়ারির নাম: _____

ব্যাঙ্কের নাম _____ অ্যাকাউন্টের ধরণ সেভিংস কারেন্ট

অ্যাকাউন্ট নম্বর _____ IFSC কোড _____

6. চিকিৎসা, অভ্যাস এবং আগের প্রোপজালের তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে এই বিভাগের সমস্ত প্রশ্নের উত্তর সত্য এবং সম্পূর্ণভাবে দেওয়া হয়েছে কারণ আপনি এখানে যে তথ্য দিচ্ছেন করছেন সেটা নিভা বুপার দ্বারা আন্ডাররাইটিংয়ের ভিত্তি তৈরি করবে। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভুল, আংশিকভাবে সঠিক তথ্য আপনার মেডিকেল ক্লেইম (চিকিৎসার দাবি) এবং/অথবা কভারেজের উপর প্রভাব ফেলতে পারে।

বিভাগ A: অনুগ্রহ করে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য দিন অনুগ্রহ করে প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিচে দেওয়া প্রশ্নগুলির উত্তর দিন। অনুগ্রহ করে হ্যাঁ (Y) অথবা না (N) চিহ্নিত করুন	আবেদনকারীর নম্বর											
	1	2	3	4	5	6						
যাঁর জীবন বীমা করা হয়েছে তাঁর বয়স <= 35 বছর												
1. আপনি কি নিচে দেওয়া রোগগুলির মধ্যে কোনও একটা রোগে ভুগছেন? a. ক্যালার/লিউকেমিয়া/ম্যালিগন্যান্ট টিউমার b. হৃদরোগ (কার্ডিয়াক অসুস্থতা) {হাট অ্যাটাক, বাই-পাস সার্জারি ইত্যাদি} c. প্রধান অঙ্গ বিকল হয়ে যাওয়া {কিডনি, লিভার, হাট, ফুসফুস, ইত্যাদি} d. স্নায়ু সংক্রান্ত (নিউরোলজিক্যাল) রোগ /স্ট্রোক/পক্ষাঘাত (প্যারালাইসিস) e. ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ {COPD} / প্রগ্রেসিভ লাং ডিজিজ f. হেপাটাইটিস B বা C, ক্রনিক লিভার ডিজিজ, ক্রোনস ডিজিজ, আলসারেটিভ কোলাইটিস g. আয়রনের ঘাটতিজনিত অ্যানিমিয়া ছাড়া অন্য কোনও অ্যানিমিয়া h. টাইপ 1 ডায়াবেটিস	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N		
2. আপনার কি ডায়াবেটিস আছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. আপনার কি উচ্চ রক্তচাপ (হাইপারটেনশন) আছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. কখনো কি আবেদনকারীর লাইফ (জীবন), হেল্থ (স্বাস্থ্য), হস্পিটাল ডেইলি ক্যাশ বা ক্রিটিক্যাল ইলনেস (গুরুতর অসুস্থতা) ইন্স্যুরেন্সের জন্য কোনও প্রোপজাল (প্রস্তাব) কোনও ইন্স্যুরেন্স কোম্পানির দ্বারা প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড করা বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন বাদ দেওয়া হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
5. কখনো কি আবেদনকারীর কোনও মানসিক/ মনোরোগ ব্যাধি নির্ণয় করা হয়েছে বা এই ধরনের রোগের জন্য চিকিৎসা করা হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. কখনো কি এমন কোনও রোগ নির্ণয় করা হয়েছে যার জন্য এক সপ্তাহের বেশি সময় ধরে চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছে? কখনো কি কোনও সার্জারি (অপারেশন) হয়েছে? অথবা অপারেশন করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে? বর্তমানে কোনও ফলোআপ চলছে নাকি কোনও চিকিৎসার জন্য অপেক্ষা করছেন?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. আপনার কি টনসিল এবং অ্যাডেনয়েড, কান থেকে শ্রাব, কানের মধ্য ভাগের এবং মাস্টয়েডের রোগ (ওটিটিস মিডিয়া, কোলেস্টিস্টিটাইটিস, টিম্পানিক মেমব্রেনের ছিদ্র সহ), নাকের সেপ্টাম এবং নাকের সাইনোসের জন্য কোনও সার্জিক্যাল ট্রিটমেন্ট করা হয়েছে বা করছেন?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

অনুগ্রহ করে প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিচে দেওয়া প্রশ্নগুলির উত্তর দিন। অনুগ্রহ করে হ্যাঁ (Y) অথবা না (N) চিহ্নিত করুন	আবেদনকারীর নম্বর											
	1	2	3	4	5	6						
যাঁর জীবন বীমা করা হয়েছে বয়স >=36 থেকে =50 বছর												
1. আপনি কি নিচে দেওয়া রোগগুলির মধ্যে কোনও একটা রোগে ভুগছেন? a. ক্যালার/লিউকেমিয়া/ম্যালিগন্যান্ট টিউমার b. হৃদরোগ (কার্ডিয়াক অসুস্থতা) {হাট অ্যাটাক, বাই-পাস সার্জারি ইত্যাদি} c. প্রধান অঙ্গ বিকল হয়ে যাওয়া {কিডনি, লিভার, হাট, ফুসফুস, ইত্যাদি} d. স্নায়ু সংক্রান্ত (নিউরোলজিক্যাল) রোগ /স্ট্রোক/পক্ষাঘাত (প্যারালাইসিস) e. ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ {COPD} / প্রগ্রেসিভ লাং ডিজিজ f. হেপাটাইটিস B বা C, ক্রনিক লিভার ডিজিজ, ক্রোনস ডিজিজ, আলসারেটিভ কোলাইটিস g. আয়রনের ঘাটতিজনিত অ্যানিমিয়া ছাড়া অন্য কোনও অ্যানিমিয়া h. টাইপ 1 ডায়াবেটিস	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N		
2. আপনার কি ডায়াবেটিস আছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. আপনার কি উচ্চ রক্তচাপ (হাইপারটেনশন) আছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. কখনো কি আবেদনকারীর লাইফ (জীবন), হেল্থ (স্বাস্থ্য), হস্পিটাল ডেইলি ক্যাশ বা ক্রিটিক্যাল ইলনেস (গুরুতর অসুস্থতা) ইন্স্যুরেন্সের জন্য কোনও প্রোপজাল (প্রস্তাব) কোনও ইন্স্যুরেন্স কোম্পানির দ্বারা প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড করা বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন বাদ দেওয়া হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

	1	2	3	4	5	6
5. কখনও কি আবেদনকারীর কোনও মানসিক/ মনোরোগ ব্যাধি নির্ণয় করা হয়েছে বা এই ধরণের রোগের জন্য চিকিৎসা করা হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N
6. কখনও কি এমন কোনও রোগ নির্ণয় করা হয়েছে যার জন্য এক সপ্তাহের বেশি সময় ধরে চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছে? কখনও কি কোনও সার্জারি (অপারেশন) হয়েছে? অথবা অপারেশন করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে? বর্তমানে কোনও ফলোআপ চলছে নাকি কোনও চিকিৎসার জন্য অপেক্ষা করছেন?	Y	N	Y	N	Y	N
7. আপনার কি টনসিল এবং অ্যাডেনয়েড, কান থেকে শ্রাব, কানের মধ্য ভাগের এবং মাস্টয়েডের রোগ (ওটিটিস মিডিয়া, কোলেস্টিয়াটোমা, টিম্পানিক মেমব্রেনের ছিদ্র সহ), নাকের সেপ্টাম এবং নাকের সাইনাসের জন্য কোনও সার্জিক্যাল ট্রিটমেন্ট করা হয়েছে বা করছেন?	Y	N	Y	N	Y	N
8. এই সদস্যের কি কখনো থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল টেস্ট, অ্যাক্সিওগ্রাফি, ইকোকর্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, CT স্ক্যান, MRI, বায়োপসি এবং FNAC-এর সাথে সম্পর্কিত কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে কোনও খারাপ ফলাফল দেখা দিয়েছে? (খারাপ)	Y	N	Y	N	Y	N
9. আপনার কি কোনও স্ত্রীরোগ সংক্রান্ত সমস্যা আছে যেমন অস্বাভাবিক মাসিক বা অতিরিক্ত রক্তপাত, ফাইব্রয়েড, জরায়ু এবং সার্ভিক্সের প্রল্যাপ্স (স্থানচ্যুত হওয়া), এন্ডোমেট্রিওসিস, PCOD, হিস্টেরেক্টমি ইত্যাদি?	Y	N	Y	N	Y	N
10. আপনার কি গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল সংক্রান্ত কোনও সমস্যা আছে বা ছিল যেমন মলত্যাগের সময় ব্যথা, মলে রক্ত, অর্ধরোগ, ফিসার বা ফিস্টুলা বা পায়ুপথের ফোড়া, কুঁচকিতে ফোলাভাব, হানিয়া, প্যানক্রিয়াটাইটিস, পেটে ব্যথা, পিত্ত খলিতে পাথর, অগ্ন্যাশয়ের পাথর, আলসার, ক্ষয় এবং গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল ট্র্যাক্টের ভ্যারিসেস ইত্যাদি?	Y	N	Y	N	Y	N
11. আপনার কি চোখের কোনও সমস্যা আছে বা ছিল যেমন কম দৃষ্টিশক্তির জন্য অস্ত্রোপচারের প্রয়োজনীয়তা, গ্লুকোমা, রেটিনাল ডিটাচমেন্ট (বিচ্ছিন্নতা) ইত্যাদি?	Y	N	Y	N	Y	N
12. আপনার কি প্রস্রাবে রক্ত, বেদনাদায়ক প্রস্রাব, ঘন ঘন প্রস্রাব, প্রোস্টেটের হাইপারপ্লাসিয়া, কিডনিতে পাথর, হাইড্রোসিস, স্পার্মাটোসেল, নেফ্রাইটিস ইত্যাদির মতো কোনও জেনিটো-ইউরিনারি ডিসঅর্ডার আছে?	Y	N	Y	N	Y	N
13. আপনার কি জয়েন্টে ব্যথা/ হাঁটুর ব্যথা, জয়েন্ট রিপ্লেসমেন্ট, অস্টিওআর্থারাইটিস, পিঠে ব্যথা, ইন্টারভার্টিব্রাল ডিস্ক ডিজঅর্ডার/স্লিপ ডিস্ক (যেমন PIVD), অস্টিওপোরোসিস, গাউট, রিউমাটয়েড আর্থ্রাইটিস, লিগামেন্ট ঠিক করার জন্য সার্জারি (ACL টিয়ার ইত্যাদি)-এর মতো কোনও মাস্কুলোস্কেলিটাল ডিসঅর্ডার আছে বা ছিল?	Y	N	Y	N	Y	N

অনুগ্রহ করে প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিচে দেওয়া প্রশ্নগুলির উত্তর দিন। অনুগ্রহ করে হ্যাঁ (Y) অথবা না (N) চিহ্নিত করুন	আবেদনকারীর নম্বর					
	1	2	3	4	5	6
যাঁর জীবন বীমা করা হচ্ছে তাঁর বয়স ≥ 51 বছর						
1. আপনি কি নিচে দেওয়া রোগগুলির মধ্যে কোনও একটা রোগে ভুগছেন? a. ক্যান্সার/লিউকেমিয়া/ম্যালিগন্যান্ট টিউমার b. হৃদরোগ (কার্ডিয়াক অসুস্থতা) {হার্ট অ্যাটাক, বাই-পাস সার্জারি ইত্যাদি} c. প্রধান অঙ্গ বিকল হয়ে যাওয়া {কিডনি, লিভার, হার্ট, ফুসফুস, ইত্যাদি} d. স্নায়ু সংক্রান্ত (নিউরোলজিক্যাল) রোগ /স্ট্রোক/পক্ষাঘাত (প্যারালাইসিস) e. ক্রনিক অবস্ট্রাক্টিভ পালমোনারি ডিজিজ {COPD} / প্রোগ্রেসিভ লাং ডিজিজ f. হেপাটাইটিস B বা C, ক্রনিক লিভার ডিজিজ, ক্রোনস ডিজিজ, আলসারেটিভ কোলাইটিস g. আয়রনের ঘাটতিজনিত অ্যানিমিয়া ছাড়া অন্য কোনও অ্যানিমিয়া h. টাইপ 1 ডায়াবেটিস	Y	N	Y	N	Y	N
2. আপনার কি ডায়াবেটিস আছে?	Y	N	Y	N	Y	N
3. আপনার কি উচ্চ রক্তচাপ (হাইপারটেনশন) আছে?	Y	N	Y	N	Y	N
4. কখনো কি আবেদনকারীর লাইফ (জীবন), হেল্থ (স্বাস্থ্য), হস্পিটাল ডেইলি ক্যাশ বা ক্রিটিক্যাল ইলনেস (গুরুতর অসুস্থতা) ইন্সুরেন্সের জন্য কোনও প্রোপজাল (প্রস্তাব) কোনও ইন্সুরেন্সকোম্পানির দ্বারা প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড করা বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন বাদ দেওয়া হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N
5. কখনও কি আবেদনকারীর কোনও মানসিক/ মনোরোগ ব্যাধি নির্ণয় করা হয়েছে বা ধরণের রোগের জন্য চিকিৎসা করা হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N
6. কখনও কি এমন কোনও রোগ নির্ণয় করা হয়েছে যার জন্য এক সপ্তাহের বেশি সময় ধরে চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছে? কখনও কি কোনও সার্জারি (অপারেশন) হয়েছে? অথবা অপারেশন করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে? বর্তমানে কোনও ফলোআপ চলছে নাকি কোনও চিকিৎসার জন্য অপেক্ষা করছেন?	Y	N	Y	N	Y	N
7. আপনার কি টনসিল এবং অ্যাডেনয়েড, কান থেকে শ্রাব, কানের মধ্য ভাগের এবং মাস্টয়েডের রোগ (ওটিটিস মিডিয়া, কোলেস্টিয়াটোমা, টিম্পানিক মেমব্রেনের ছিদ্র সহ), নাকের সেপ্টাম এবং নাকের সাইনাসের জন্য কোনও সার্জিক্যাল ট্রিটমেন্ট করা হয়েছে বা করছেন?	Y	N	Y	N	Y	N
8. এই সদস্যের কি কখনো থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল টেস্ট, অ্যাক্সিওগ্রাফি, ইকোকর্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, CT স্ক্যান, MRI, বায়োপসি এবং FNAC-এর সাথে সম্পর্কিত কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে কোনও খারাপ ফলাফল দেখা দিয়েছে? (খারাপ)	Y	N	Y	N	Y	N
9. আপনার কি কোনও স্ত্রীরোগ সংক্রান্ত সমস্যা আছে যেমন অস্বাভাবিক মাসিক বা অতিরিক্ত রক্তপাত, ফাইব্রয়েড, জরায়ু এবং সার্ভিক্সের প্রল্যাপ্স (স্থানচ্যুত হওয়া), এন্ডোমেট্রিওসিস, PCOD, হিস্টেরেক্টমি ইত্যাদি?	Y	N	Y	N	Y	N
10. আপনার কি গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল সংক্রান্ত কোনও সমস্যা আছে বা ছিল যেমন মলত্যাগের সময় ব্যথা, মলে রক্ত, অর্ধরোগ, ফিসার বা ফিস্টুলা বা পায়ুপথের ফোড়া, কুঁচকিতে ফোলাভাব, হানিয়া, প্যানক্রিয়াটাইটিস, পেটে ব্যথা, পিত্তখলিতে পাথর, অগ্ন্যাশয়ের পাথর, আলসার, ক্ষয় এবং গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল ট্র্যাক্টের ভ্যারিসেস ইত্যাদি?	Y	N	Y	N	Y	N
11. আপনার কি চোখের কোনও সমস্যা আছে বা ছিল যেমন কম দৃষ্টিশক্তির জন্য অস্ত্রোপচারের প্রয়োজনীয়তা, গ্লুকোমা, রেটিনাল ডিটাচমেন্ট (বিচ্ছিন্নতা) ইত্যাদি?	Y	N	Y	N	Y	N
12. আপনার কি প্রস্রাবে রক্ত, বেদনাদায়ক প্রস্রাব, ঘন ঘন প্রস্রাব, প্রোস্টেটের হাইপারপ্লাসিয়া, কিডনিতে পাথর, হাইড্রোসিস, স্পার্মাটোসেল, নেফ্রাইটিস ইত্যাদির মতো কোনও জেনিটো-ইউরিনারি ডিসঅর্ডার আছে?	Y	N	Y	N	Y	N
13. আপনার কি জয়েন্টে ব্যথা/ হাঁটুর ব্যথা, জয়েন্ট রিপ্লেসমেন্ট, অস্টিওআর্থারাইটিস, পিঠে ব্যথা, ইন্টারভার্টিব্রাল ডিস্ক ডিজঅর্ডার/স্লিপ ডিস্ক (যেমন PIVD), অস্টিওপোরোসিস, গাউট, রিউমাটয়েড আর্থ্রাইটিস, লিগামেন্ট ঠিক করার জন্য সার্জারি (ACL টিয়ার ইত্যাদি)-এর মতো কোনও মাস্কুলোস্কেলিটাল ডিসঅর্ডার আছে বা ছিল?	Y	N	Y	N	Y	N
14. আপনার কি পায়ে ব্যথা বা ফোলাভাব, পায়ে ভেরিকোজ ভেইন আছে বা ছিল?	Y	N	Y	N	Y	N
15. আপনার কি অভ্যন্তরীণ বা বাহ্যিক বেনজিন বা নিওপ্লাজম/টিউমার, সিস্ট, সাইনাস, পলিপ, নোডুল, মাংস পিঁড় বা লাম্প, আলসার, ক্ষয় এবং গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল ট্র্যাক্টের ভ্যারিসেস আছে বা ছিল?	Y	N	Y	N	Y	N

বিভাগ B: (অনুগ্রহ করে এই বিভাগটি পূরণ করুন যদি আবেদনকারী ধূমপান করেন বা তামাক/ গুটখা/পান মশালা খান বা মদ্যপান করেন)	i. চিবিয়ে খাওয়ার তামাক / গুটখা / পান মশালা। যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রতিদিন কতগুলি প্যাকেট ব্যবহার করেন তা উল্লেখ করুন		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রতি সপ্তাহে কতো মিলি পান করেন তা উল্লেখ করুন			iii. সিগারেট / বিড়ি / চুরুট। যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রতিদিন কতগুলি ব্যবহার করেন তা উল্লেখ করুন	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	প্রতিদিন মদ্যপান করেন	1-10	> 10
আবেদনকারী 1							
আবেদনকারী 2							
আবেদনকারী 3							
আবেদনকারী 4							
আবেদনকারী 5							
আবেদনকারী 6							

বিভাগ C: উপরের বিভাগে হ্যাঁ (Y) চিহ্নিত প্রশ্নগুলির জন্য, অনুগ্রহ করে নিচে দেওয়া তথ্যগুলি নির্দিষ্ট করুন:										
আবেদনকারীর নম্বর	উপসর্গ(গুলি) বা অনুসন্ধান(গুলি) বা নির্ণয় বা পদ্ধতি / অপারেশনের (সার্জারি) বিবরণ				ওষুধ (গুলি)	কতো দিন ধরে এমন শারীরিক অবস্থা রয়েছে	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (যেমন সম্পূর্ণ/ আংশিকভাবে সুস্থ বা চিকিৎসা চলছে)	যে ডাক্তার চিকিৎসা করছেন তাঁর নাম ও যোগাযোগের বিবরণ	অ্যাটাচ করা (সংযুক্ত) ডকুমেন্ট (নথি) (হ্যাঁ/না)
	ডায়াবেটিস হলে HbA1c লেভেল	হাই প্রেসার (উচ্চ রক্তচাপ) হলে BP লেভেল		অন্য কোনও বিবরণ						
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক							

7. ঘোষণা (ডিক্লেয়ারেশন) (অনুগ্রহ করে প্রোপজাল ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার আগে মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং প্রতিটির জন্য একটি চেকমার্ক দিন)

- আমি এতদ্বারা আমার পক্ষ থেকে এবং যে সকল ব্যক্তি বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত হয়েছেন তাঁদের সকলের পক্ষ থেকে ঘোষণা করছি যে আমার দেওয়া উপরের বিবৃতি, উত্তর এবং/অথবা বিবরণ আমার সম্পূর্ণ জ্ঞান অনুযায়ী সব দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ আর এই অন্যান্য ব্যক্তিদের পক্ষ থেকে আমাকে প্রস্তাব দেওয়ার জন্য অনুমতি দেওয়া হয়েছে।
- আমি জানি যে আমার দেওয়া তথ্য ইন্স্যুরেন্স পলিসির ভিত্তি তৈরি করবে, আর এটি ইনসিওরারের বোর্ডের দ্বারা অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং পলিসির উপর নির্ভর করবে এবং সম্পূর্ণভাবে চার্জযোগ্য প্রিমিয়াম পেমেন্ট করার পরেই পলিসিটি কার্যকরী হবে।
- আমি আরও ঘোষণা করছি যে প্রস্তাব (প্রোপজাল) জমা দেওয়ার পরে কিন্তু কোম্পানির দ্বারা ঝুঁকি গ্রহণের ব্যাপারে যোগাযোগ করার আগে যাঁদের জীবন বীমা করা হয়েছে/প্রোপজারের পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্যের কোনও পরিবর্তন হলে আমি তা লিখিতভাবে জানাবো।
- আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে আমি কোম্পানিকে এই বিষয়ে সম্মতি দিয়েছি যে কোম্পানি যে কোনও ডাক্তার বা হাসপাতাল, যিনি/যেখানে কোনো সময়ে যে যাঁর জীবন বীমা করা হবে তাঁর/প্রোপজারের চিকিৎসা করেছেন/চিকিৎসা করানো হয়েছে সেখান থেকে সদস্যের ব্যাপারে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য বা যে কোনো অতীতের বা বর্তমানের নিয়োগকর্তার কাছ থেকে যাঁর জীবন বীমা করা হবে তাঁর/প্রোপজারের শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের ব্যাপারে তথ্য চাইতে পারে, এবং আমি/আমরা এটাও ঘোষণা করছি যে, প্রোপজালের আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির জন্য যাঁর জীবন বীমা করা হবে তাঁর/প্রোপজারের বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে এমন যে কোনো বীমাকারীর কাছ থেকে তথ্য চাওয়ার জন্য আমি কোম্পানিকে সম্মতি দিচ্ছি।
- আমি কোম্পানিকে প্রস্তাবের (প্রোপজাল) আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তি (ক্লেইম সেটেলমেন্ট) করার একমাত্র উদ্দেশ্যে এবং কোনও সরকারী এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের সাথে যাঁর জীবন বীমা করা হয়েছে/প্রোপজারের চিকিৎসার রেকর্ড সহ আমার প্রস্তাবের (প্রোপজাল) সাথে সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার জন্য অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি/আমরা আমাদের তালিকাভুক্ত প্রভাইডারের সাথে পরিশেষা দেওয়ার একমাত্র উদ্দেশ্যে যাঁর জীবন বীমা করা হবে তাঁর/প্রোপজারের চিকিৎসার রেকর্ড সহ আমার/আমাদের প্রস্তাব (প্রোপজাল) সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার জন্য কোম্পানিকে অনুমতি দিচ্ছি।

তারিখ: _____

স্থান: _____

প্রোপজারের স্বাক্ষর

8. মাতৃভাষায় বা স্থানীয় ভাষায় ঘোষণা

(যদি প্রোপজার স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করে থাকেন সেক্ষেত্রে সার্টিফিকেশন (কোম্পানির এজেন্ট/কর্মচারী ছাড়া অন্য কাউকে সাক্ষী থাকতে হবে)। এই ফর্মের বিষয়বস্তু এবং এর বিবরণ আমি স্থানীয় ভাষায় প্রোপজারকে ব্যাখ্যা করেছি যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন:

যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর নাম:

যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর স্বাক্ষর:

যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর মোবাইল নম্বর:

সাক্ষীর নাম

সাক্ষীর স্বাক্ষর

সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

প্রোপজারের স্বাক্ষর

9. প্রোপজারের ঘোষণা ডিক্লেয়ারেশন

(যেখানে কোনও কারণে প্রস্তাব (প্রোপজাল) এবং অন্যান্য সম্পর্কিত কাগজপত্র প্রোপজারের দ্বারা পূরণ করা হয়নি সেক্ষেত্রে সার্টিফিকেশন)। প্রোপজাল ফর্ম এবং সম্পর্কিত ডকুমেন্টের (নথিপত্র) বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত চুক্তির তাৎপর্য সম্পূর্ণভাবে বুঝতে পেরেছি। আমার নির্দেশে _____ প্রোপজাল ফর্মটি পূরণ করেছেন এবং আমার মনে হয় এটি সঠিক ও সম্পূর্ণ।

প্রোপজারের স্বাক্ষর

10. প্রিমিয়ামের বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম পেমেন্টের বিকল্প

চেক

ডিম্যান্ড ড্রাফ্ট

ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড

নেট ব্যাঙ্কিং

নগদ

অন্যান্য

প্রিমিয়ামের পরিমাণ

অনলাইন পেমেন্টের ট্রানজ্যাকশন (লেনদেন) আইডি:

তারিখ

ব্যাঙ্কের নাম/শাখা

নিজা বুপা শাখার লোকেশন

কোড নম্বর

বিজনেসকে সোর্স করেছেন: অ্যাডভাইজার (উপদেষ্টা)/DST/কর্পোরেট এজেন্সি/অন্যান্য চ্যানেল

কোড নম্বর

নাম

প্রস্তাব (প্রোপজাল) পাওয়ার তারিখ:

কাস্টমার (গ্রাহক) আইডি:

প্রোপজার বা আবেদনকারী কি একজন স্টাফ?

হ্যাঁ

না

11. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কঅ্যাসিওরেন্স চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

শাখার কোড

SP কোড

RM/LG কোড

গ্রাহকের অ্যাকাউন্ট নম্বর

12. ইন্স্যুরেন্স অ্যাডভাইজরের (বীমা উপদেষ্টা) রিপোর্ট (শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

আমি, ইন্স্যুরেন্স অ্যাডভাইজর (বীমা উপদেষ্টা) / কর্পোরেট এজেন্টের নির্দিষ্ট ব্যক্তি / ব্রোকারের দ্বারা অনুমোদিত কর্মচারী / রিলেশনশিপ অফিসার হিসেবে আমার ক্ষমতায় ঘোষণা করছি যে আমি প্রোপজারকে এই প্রোপজাল ফর্মে থাকা প্রোপজারের জন্য প্রস্তাবগুলির ধরণ সহ প্রোপজাল ফর্মের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি, এবং এটাও ব্যাখ্যা করেছি যে তাঁর দ্বারা জমা দেওয়া বিবৃতি(গুলি), তথ্য এবং প্রতিক্রিয়া(গুলি) এখানে অন্তর্ভুক্ত প্রস্তাবগুলি বা এখানে চাওয়া যে কোনও বিবরণ কোম্পানি এবং প্রোপজারের মধ্যে বীমা চুক্তির ভিত্তি তৈরি করবে, যদি এই প্রোপজালটি (প্রস্তাব) পলিসি ইস্যু করার জন্য কোম্পানি দ্বারা গৃহীত হয়।

আমি এটাও ব্যাখ্যা করেছি যে যদি এই প্রোপজাল ফর্ম/যার মধ্যে সংযোজনী(গুলি), এক্সিডেবিট, বিবৃতি, জমা, দাখিল করা হয়েছে / দাখিল করা হবে এমন তথ্যের মধ্যে কোনও মিথ্যা বিবৃতি / তথ্য / উত্তর থাকে এবং যদি আরও কোনো গুরুত্বপূর্ণ তথ্য গোপন করা হয় তবে এই প্রোপজালের (প্রস্তাব) ভিত্তিতে তার অনুকূলে ইস্যু করা পলিসি কোম্পানির দ্বারা বাতিল বলে গণ্য করা হতে পারে এবং পলিসির অধীনে দেওয়া সমস্ত প্রিমিয়াম কোম্পানি বাজেয়াপ্ত করতে পারে।

তারিখ

ইন্স্যুরেন্স অ্যাডভাইজরের (বীমা উপদেষ্টা) স্বাক্ষর

13. বিধিবদ্ধ সতর্কীকরণ

ছাড়ের ক্ষেত্রে নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938-এর ধারা 41 অনুযায়ী)

- কোনো ব্যক্তি ভারতে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত যে কোনো ধরণের ঝুঁকির ক্ষেত্রে বীমা গ্রহণ করা, রিনিউ করা বা চালিয়ে যাওয়ার জন্য কোনো ব্যক্তিকে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে প্ররোচনা হিসেবে, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় দেওয়ার বা পলিসিতে দেখানো প্রিমিয়ামের ক্ষেত্রে কোনো ছাড় দেওয়ার, ছাড়ের প্রস্তাব দেওয়ার অনুমতি দেবেন না, ইনসিওরারের (বীমাকারী) প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা টেবিল অনুযায়ী অনুমোদিত ছাড় ছাড়া কোনো ব্যক্তি পলিসি গ্রহণ করার, রিনিউ করার বা অব্যাহত রাখার জন্য কোনো ছাড় গ্রহণ করবেন না।
- যদি কোনো ব্যক্তি এই ধারার নিয়মাবলী পালন করতে না পারেন তাহলে তাঁকে দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানা দিতে হতে পারে।

14. গ্রামীণ এবং সামাজিক সেক্টর বিভাগ (যদি প্রযোজ্য হয়):

আশা কর্মী MGNREGA কর্মী

15. ABHA আইডি

সদস্যের নাম	আপনার কাছে কি ABHA আইডি আছে?	ABHA আইডি	ABHA-এর মাধ্যমে ইনসিওরার/TPA-এর সাথে চিকিৎসার রেকর্ড শেয়ার করার ব্যাপারে সম্মতি
	<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. রিফান্ড ও ক্লেইমের (দাবি) পেমেণ্টের বিবরণ

পেমেণ্ট গ্রহণ করার বিকল্প: ব্যাঙ্ক ট্রান্সফার

বেনিফিশিয়ারির নাম	<input type="text"/>		
ব্যাঙ্কের নাম	<input type="text"/>		
অ্যাকাউন্ট নম্বর	<input type="text"/>	IFSC কোড	<input type="text"/>
অ্যাকাউন্টের ধরণ	<input type="text"/>		

নিভা বুপা হেল্থ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পাট 1, নিউ দিল্লী-110024
দাবিত্যাগ (ডিসক্লেইমার): ইন্স্যুরেন্স (বীমা) একটি অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেল্থ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (আগে ম্যাঙ্ক বুপা হেল্থ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত ছিল)
(IRDAI রেজিস্ট্রেশন নম্বর 145)। 'বুপা' এবং 'হার্টবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের রেজিস্টার্ড ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেল্থ কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে এগুলো ব্যবহার করছে।
কাস্টমার হেল্পলাইন: 1860-500-8888। ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com। CIN: U66000DL2008PLC182918। নিয়ম ও শর্তাবলী, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল (ওয়েটিং পিরিয়ড) এবং বেনিফিটের বিষয়ে আরও বিস্তারিত জানার জন্য, অনুগ্রহ করে বিক্রয় করার আগে সেন্স ব্রোশারটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন।

নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পার্ট 1, নিউ দিল্লী-110024
দারিত্যাগ (ডিসক্লেইমার): ইন্স্যুরেন্স(বীমা) একটি অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (আগে ম্যাক্সা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত ছিল)
(IRDAI রেজিস্ট্রেশন নম্বর 145)। 'বুপা' এবং 'হার্টবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের রেজিস্টার্ড ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেলথ কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে এগুলো ব্যবহার করছে।
কাস্টমার হেল্পলাইন: 1860-500-8888। ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com। CIN: U66000DL2008PLC182918। নিয়ম ও শর্তাবলী, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল (ওয়েটিং পিরিয়ড)
এবং বেনিফিটের বিষয়ে আরও বিস্তারিত জানার জন্য, অনুগ্রহ করে বিক্রয় করার আগে সেন্স ব্রোশারটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন।

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

কোম্পানির দ্বারা প্রাপ্তি স্বীকার

অ্যাপ্লিকেশন (আবেদন) নং

তারিখ

আমরা আপনার প্রোপজাল (প্রস্তাব) এবং চেক/ ডিম্যান্ড ড্রাফট / অন্যান্য _____-এর মাধ্যমে _____ তারিখে _____-এর থেকে _____ টাকার পরিমাণ গ্রহণ করে আপনাকে ধন্যবাদ জানাই। পলিসির জন্য একটি সম্পূর্ণ প্রোপজাল (প্রস্তাব) আমাদের কাছে জমা দেওয়া বা পলিসি ইস্যু করার জন্য করা কোনও পেমেন্টের অর্থ এই নয় যে আমরা পলিসি ইস্যু করতে রাজি হয়ে যাবো, এই সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণভাবে আমাদের নিজস্ব এবং চূড়ান্ত বিবেচনার উপর ভিত্তি করবে। যদি আমরা ইন্স্যুরেন্স(বীমা) জন্য কোনো প্রোপজাল (প্রস্তাব) গ্রহণ করি তবে সেটি পলিসির নিয়ম ও শর্তাবলীর উপর নির্ভর করবে এবং যদি প্রিমিয়াম সম্পূর্ণভাবে এবং সময় মতো আমাদের দ্বারা প্রাপ্ত না হয় বা আদায় করা না হয় সেক্ষেত্রে আমাদের কোনও দায়বদ্ধতা থাকবে না। যদি আমরা প্রোপজালটি (প্রস্তাব) গ্রহণ না করি তবে আমরা আপনাকে জানিয়ে দেবো এবং আপনার কাছ থেকে প্রাপ্ত টাকার পরিমাণ মেডিকেল টেস্টের খরচ (যদি থাকে) কেটে নেওয়ার পরে সুদ ছাড়া বাকি টাকার পরিমাণ আপনাকে ফেরত দেবো।

যিনি গ্রহণ করছেন তাঁর নাম ও সাক্ষর এবং অফিসের সিল

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324