

সিনিয়র প্রথম প্রস্তাব ফর্ম

ইউআরএন: 017

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 করুন 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 স্পষ্টভাবে গ্রহণ করার পরেই কভারেজটি শুরু হতে পারে।

১. প্রস্তাবকের বিবরণ:

শীর্ষক নাম

ডিওবি লিঙ্গ: পুরুষ নারী অন্যান্য

বর্তমান ঠিকানা

ল্যান্ডমার্ক শহর/শহর

জেলা অবস্থা

মোবাইল নম্বর এসটিডি কোড সহ টেলিফোন

ই-মেইল আইডি

প্যান নম্বর সিকেওয়াইসি নম্বর (ঐচ্ছিক):

বার্ষিক আয় (রুপি) জাতীয়তা

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

আপনি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চান হ্যাঁ না

আমি শিশুদের জন্য গ্রহাণ্ট 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)

মেসার্স এনএসডিএল ডাটাবেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড মেসার্স সেন্ট্রাল ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড

মেসার্স কার্ভি ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড মেসার্স সিএএমএস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) বা

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

আমার কোনও ইআইএ নেই এবং একটি খুলতে চাই না

আমি নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/সহযোগীদের আমার ডিএনডি রেজিস্ট্রেশনের ওভাররাইডিং করে আমার নিবন্ধিত ফোন নম্বরে এসএমএস / ইমেইল/ফোন/হোয়াটসঅ্যাপ/ ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছি যাতে তারা 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

গ্রামীণ ও সামাজিক খাত বিভাগ (প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে): আশা কর্মী মো. MGNREGA কর্মী

*পিইপি হল এমন একজন ব্যক্তি যারা বিশিষ্ট জনসাধারণের কাজগুলি যেমন কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, প্রবীণ রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকার, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারী সংস্থাগুলির সিনিয়র এলিট/উইডি, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপি বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রশ্নাবলী পূরণ করুন)

২. আবেদনকারীর বিবরণ ও পরিকল্পনা নির্বাচন

আপনার পরিকল্পনা চয়ন করুন: প্ল্যাটিনাম সোনা পলিসির মেয়াদ: ১ বছর ২ বছর ৩ বছর

বেস বীমাকৃত রাশি: ৫ হ্রদ ১০ হ্রদ ১ ৫ হ্রদ ২০ হ্রদ ২ ৫ হ্রদ *বীমাকৃত অর্থরাশির পরিমাণ: স্বতন্ত্র ফ্লোটার

নাম

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

জন্মতারিখ মোবাইল নম্বর

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে

নাম

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

জন্মতারিখ মোবাইল নম্বর

সম্পর্ক: আবেদনকারীর স্বামী বা স্ত্রী 1

জরুরী যোগাযোগ

নাম

এসটিডি কোড সহ যোগাযোগ নম্বর মোবাইল নম্বর

ঐচ্ছিক বৈশিষ্ট্য
কো-পেমেন্ট (বেস পলিসিতে 50% কো-পেমেন্ট রয়েছে, তবে আপনি এটি 0% পর্যন্ত হ্রাস করতে পারেন) 0% (অ্যাড-অন) 20% 30% 40%

বার্ষিক সামগ্রিক ছাড়যোগ্য (ছাড়যোগ্য পরিমাণ বেস বীমাকৃত রাশির 1/5 তম হবে) হ্যাঁ না

অ্যাড-অন(গুলি) রক্ষাকবচ হ্যাঁ না

3. বহনযোগ্যতা

নীতিমালা নং	বীমা কোম্পানি	ঝুঁকি শুরুর তারিখ	ঝুঁকি সমাপ্তির তারিখ	পোর্টিং 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 1 (সর্বচেয়ে পুরানো)	বীমাকৃত অর্ধরাশি- বছর 2	বীমাকৃত রাশি - বছর 3	বীমাকৃত রাশি - বছর 4 (মেয়াদ শেষ হওয়া নীতি)

8. 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 18 বছরের কম হয়)

নমিনির ব্যাঙ্ক বিবরণ : উপকারভোগীর নাম:

ব্যাংকের নাম অ্যাকাউন্টের ধরন সংরক্ষণ বর্তমান

অ্যাকাউন্ট নম্বর আই.এফ.এস.এস কোড

৫. চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাবের তথ্য

বিভাগ ক: বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত যে কোনও ব্যক্তির ক্ষেত্রে:	আবেদনকারী ১ জন	আবেদনকারী ২
জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা গুরুতর অসুস্থতা বীমার জন্য কোনও আবেদন কি কোনও বীমা সংস্থা কর্তৃক কোনও বিশেষ শর্ত সাপেক্ষে প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা করা হয়েছে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
বিভাগ বি: বীমা করার প্রস্তাবিত ব্যক্তির মধ্যে কেউ কি কখনও নির্ণয় করা হয়েছে:	আবেদনকারী ১ জন	আবেদনকারী ২
i. হৃদরোগ যেমন হার্ট অ্যাটাক, হার্ট ফেইলিওর, ইসকেমিক হার্ট ডিজিজ বা করোনারি হার্ট ডিজিজ, এনজাইনা ইত্যাদি	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
ii. টিউমার, কোন অঙ্গের ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, সারকোমা	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
iii. প্রধান অঙ্গ ব্যর্থতা (কিডনি, লিভার, হার্ট, ফুসফুস ইত্যাদি)	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
iv. স্ট্রোক, এনসেফালোপ্যাথি, মস্তিষ্কের ফোড়া বা কোনও স্নায়বিক রোগ	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
v. পালমোনারি ফাইব্রোসিস, ফুসফুসের পতন বা আন্তঃস্থায়ী ফুসফুসের রোগ (আইএলডি)	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
vi. হেপাটাইটিস বি বা সি, দীর্ঘস্থায়ী লিভারের রোগ, ক্রোহনের রোগ, আলসারেটিভ কোলাইটিস	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
vii. সন্তান আয়রনের ঘাটতিজনিত রক্তাল্পতা ব্যতীত অন্য কোনও রক্তাল্পতা	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
viii. কখনও 5 দিনের বেশি হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
ix. কখনও কি একটানা 10 দিনের বেশি কোনও ওষুধ সেবন করেছেন? ঔষধ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ঔষধ এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যাপ্লিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
x. যে কোনও চিকিৎসা, অস্ত্রোপচার অথবা চিকিৎসার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে তার জন্য অপেক্ষা করা হচ্ছে	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>

১১. অতীতে আক্রান্ত কোন রোগের কোন পর্যায়ক্রমিক/নিয়মিত ফলোআপের অধীনে, নিরাময় হয়েছে কি না? ফলোআপ মানে পর্যায়ক্রমিক পরামর্শ, তদন্ত ইত্যাদি	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
xii. ডাক্তার(দের) সাথে কোন পরামর্শ করেছেন অথবা বর্তমানে গত 30 দিনের মধ্যে যে সমস্যাগুলি হয়েছে বা হয়েছে তার জন্য কোনও পরীক্ষার পরামর্শ দিয়েছেন?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
ডায়াবেটিস (হাই ব্লাড সুগার), প্রি-ডায়াবেটিস, উচ্চ বা নিম্ন রক্তচাপ, বুক বা ব্যথা বা কোনো হৃদরোগ বা থাইরয়েড ডিসঅর্ডার, অ্যাজমা, ব্রংকাইটিস	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
পিতামাতার কোন বংশগত বা জেনেটিক অবস্থা আছে? দয়া করে উল্লেখ করুন এমনকি যদি তাদের মধ্যে কেউ বাহক রাস্তা হয় অর্থাৎ এই রোগটি ছিল না তবে বাহক ছিল	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
xv. পিণ্ডথলি, কিডনি, মূত্রথলি, মূত্রনালী, মূত্রনালী ইত্যাদির মতো কোনও অঙ্গে কোনও ক্যালকুলাস (পাথর) ব্যাধি।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
টিউমার (ফোলা)-সৌম্য বা ম্যালিগন্যান্ট, শরীরের কোথাও কোন বাহ্যিক আলসার/বৃদ্ধি/সিস্ট/ভর?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
xvii. এইচআইভি/এইডস, রক্তাশ্রিত, থ্যালাসেমিয়া, হিমোফিলিয়া বা রক্ত সম্পর্কিত অন্য কোন সমস্যা।	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
18. মানসিক রোগ বা স্লিপ ডিসঅর্ডার?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
xix. স্বাস্থ্য সম্পর্কিত যে কোনও অবস্থা, রোগ, উপসর্গ বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য যা উপরে ধরা পড়ে না। যদি এই প্রশ্নের উত্তর কারও জন্য হ্যাঁ হয় তবে সমস্ত মেডিকেল ডকুমেন্ট সরবরাহ করুন	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
xx. ধূমপান করেন বা তামাক/গুঁটা/পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করেন যদি হ্যাঁ হয়, দয়া করে নিম্নলিখিতগুলির উত্তর দিন:	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
i. আবেদনকারী কখন ধূমপান / তামাক সেবন শুরু করেছিলেন? ক) স্কুল খ) ১০+২ গ) কলেজ ঘ) যখন কাজ শুরু করেন ঙ) পরে		
ii. আবেদনকারী কত বছর ধরে অ্যালকোহল সেবন করছেন?		
iii. আবেদনকারী সপ্তাহে কত দিন মদ্যপান করেন? (1/2/3/4/5/6/7)		

৬. ঘোষণা (দয়া করে সাবধানে পড়ুন এবং প্রস্তাব ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার আগে প্রত্যেকের বিরুদ্ধে একটি চেক চিহ্ন 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
- 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 সংস্থাটিকে 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।
- 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।

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	<input type="text" value="DDMMYY"/>	স্থান	<input type="text"/>	প্রস্তাবকের স্বাক্ষর	<input type="text"/>
সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর:	<input type="text"/>	সাক্ষীর স্বাক্ষর	<input type="text"/>		
সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:	<input type="text"/>	সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:	<input type="text"/>		

৭. প্রস্তাবক ও উপদেষ্টার ঘোষণায় 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 _____ দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত তথ্য সঠিক ও সম্পূর্ণ বলে মনে করেছি।

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	প্রস্তাবকের স্বাক্ষর	<input type="text"/>
	বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর	<input type="text"/>

৮. প্রিমিয়ামের বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প	<input type="checkbox"/> চেক <input type="checkbox"/> ডিম্যান্ড ড্রাফট <input type="checkbox"/> ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট 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 / ডি.এস.টি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল	কোড নং
নাম	
প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:	গ্রাহক ID:
প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

৯. ফেরত ও দাবি পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার	
উপকারভোগীর নাম	
জিনNK নাম	
হিসাব নং	আইএফএসসি কোড
অ্যাকাউন্টের ধরন: <input type="checkbox"/> সংরক্ষণ <input type="checkbox"/> বর্তমান	

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।

তারিখ	স্থান	প্রস্তাবকের স্বাক্ষর
-------	-------	----------------------

১১. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কাস্যুরেন্স চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা কোড	এসপি কোড	RM/LG কোড
উপস্থাপনার অ্যাকাউন্টসংখ্যা		

১২. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

ছাড় নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938 এর ধারা 41 এর অধীনে)
১) কোন ব্যক্তি ভারতে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত কোন প্রকার ঝুঁকি, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় বা পলিসিতে প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন রেয়াতের বিষয়ে 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. আবহা আইডি

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

আবেদন নং

তারিখ

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফ্ট / অন্যান্য _____ টাকার পরিমাণ প্রাপ্তি স্বীকার করি
তারিখে _____ তারিখে। 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 মোডিকেল টেস্টগুলির খরচ কেটে নেওয়ার পরে অর্থ ফেরত

প্রাপকের নাম ও স্বাক্ষর এবং অফিস সীল