



								মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর, কাউন্সিলের নাম ও কর্মক্ষেত্রের ঠিকানা সরবরাহ করুন
1		(এম/এফ/অন্যান্য)	(ডিডি / মিমি / ওয়াইওয়াই ওয়াইওয়াই)					

বেস কভারেজ:	
পলিসির ধরন #:	বৃত্ত
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	1
বেস বীমাকৃত রাশি:	
পলিসির মেয়াদ:	3 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 জন্ম বহনযোগ্যতার জন্য অনুরোধ করা হয়	অতীত নীতিমালায় দাবি	বর্তমান নো ক্রেইম বোনাস	বীমাকৃত রাশি - বছর 1 (সবচেয়ে)	বীমাকৃত রাশি - 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। নমিনিকে অর্থ প্রদান কোম্পানির সম্পূর্ণ দায়বদ্ধতার স্রাব গঠন করে।

মনোনীত ব্যক্তির নাম	জন্মতারিখ	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	ঠিকানা, মোবাইল নং এবং নমিনির ইমেইল আইডি	নিয়োগকারীর নাম (যদি মনোনীত ব্যক্তির বয়স 18 বছরের কম হয়)

নমিনির ব্যাংক বিবরণ:

উপকারভোগীর নাম: \_\_\_\_\_

ব্যাংকের নাম: \_\_\_\_\_

অ্যাকাউন্ট নম্বর: \_\_\_\_\_

অ্যাকাউন্টের ধরণ: \_\_\_\_\_

আইএফএসসি কোড: \_\_\_\_\_



\_\_ আমি এতদ্বারা আমার পক্ষ থেকে এবং বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত সমস্ত ব্যক্তির পক্ষ থেকে ঘোষণা করছি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত উপরোক্ত বিবৃতি, উদ্ভব এবং/ অথবা বিবরণগুলি আমার জ্ঞানের সর্বোত্তম ক্ষেত্রে সত্য এবং সম্পূর্ণ এবং আমি এই অন্যান্য ব্যক্তিদের পক্ষ থেকে প্রস্তাব করার জন্য অনুমোদিত।

\_\_ বুঝতে পারি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত তথ্য বীমা পলিসির ভিত্তি গঠন করবে, বীমাকারীর বোর্ড অনুমোদিত আন্তররাইটিং পলিসির সাপেক্ষে এবং চার্জযোগ্য প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থ প্রদানের পরেই নীতিটি কার্যকর হবে।

\_\_ 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 ঘটে তা আমি লিখিতভাবে অবহিত করব।

\_\_ ঘোষণা করছি যে আমি যে কোনও ডাক্তার বা হাসপাতালের কাছ থেকে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য চাইতে সম্মত হই 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 কাছে বীমা করার জন্য আবেদন করা হয়েছে তার কাছ থেকে তথ্য চাওয়া হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্তররাইটিং উদ্দেশ্যে।

\_\_ কোম্পানিকে 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 দেয়।

\_\_ আমি/ আমরা আমাদের তালিকাভুক্ত সরবরাহকারীর সাথে পরিশেষা সরবরাহের একমাত্র উদ্দেশ্যে বীমাকৃত/ প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার/আমাদের প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার জন্য সংস্থাকে অনুমোদন দিই।

## 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 \_\_/\_\_/\_\_ Place \_\_ Proposer \_\_ স্বাক্ষর

সাটিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির Person \_\_ মোবাইল নম্বরের স্বাক্ষর

সাক্ষীর Witness \_\_ মোবাইল নম্বরের স্বাক্ষর

## 8. ঘোষণা যদি ফর্ম পূরণ না করা হয় প্রস্তাবক কর্তৃক & পরামর্শদাতা 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/ রোকারের অনুমোদিত কর্মচারী/ রিলেশনশিপ অফিসারের নির্দিষ্ট ব্যক্তি হিসাবে, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবককে এই পণ্য/ প্রস্তাবের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি

বীমা Advisor \_\_ মধ্যস্থতাকারী কোডের স্বাক্ষর:

## 9. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প	চেক	ডিমান্ড ড্রাফট	ক্রেডিট কার্ড/ডেবিট কার্ড	নেট ব্যাংকিং	নগদ টাকা	অন্যদের
প্রিমিয়াম amount						
প্রদত্ত প্রিমিয়াম by	proposer সাথে সম্পর্ক					
অনলাইন পেমেণ্ট লেনদেন আইডি:	তারিখ: __/__/__ ব্যাংকের নাম/শাখা					
নিভা বুপা শাখার অবস্থান	Code No __ ব্যবসা দ্বারা উত্স: উপদেষ্টা/ ডিএসটি/ কর্পোরেট এজেন্সি/ অন্যান্য চ্যানেল					
কোড No	Name __ প্রস্তাব প্রাপ্ত হয়েছে: __ গ্রাহক আইডি:					
প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?	হ্যাঁ না					

## 10. প্রস্তাবকের দাবি ফেরত ও পরিশোধের জন্য বিশদ

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

ব্যাংকের নাম \_\_ শাখা \_\_ City

অ্যাকাউন্ট নম্বর \_\_ আইএফএসসি কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন: সংরক্ষণ \$ বর্তমান

## 11. পুনর্বিবরণ

পণ্যের নাম: সারোগার্ড | পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP24081V012324

পুনর্নবীকরণ পেমেণ্ট সাইন-আপ:

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্লিয়ারিং হাউস (এসিএইচ) / স্বাস্থ্য 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 \_\_/\_\_/\_\_ Place \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর

### 12. শুধুমাত্র ব্যাল্যান্সারেস চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা কোড \_\_\_\_\_ এসপি কোড \_\_\_\_\_ আর.এম/এলজি কোড \_\_\_\_\_  
গ্রাহকের অ্যাকাউন্ট নম্বর \_\_\_\_\_

### 13. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

ছড় 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 বাজীত 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।

### 14. কোম্পানী কর্তৃক প্রাপ্তি স্বীকারপত্র

আবেদন নং \_\_\_\_\_

তারিখ \_\_/\_\_/\_\_

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমাত 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. আবহা আইডি

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