

সারোগার্ড – প্রস্তাব ফরম

ইউআরএন 29

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, প্রদন্ত কোনও প্রিমিয়াম ফেরত দেব না এবং বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত সমস্ত সদস্যদের সম্পর্কে

সঠিক ও সম্পূর্ণ তথ্য সরবরাহ না করা হলে আগে প্রদন্ত 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।

1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

প্রস্তাবকঃ (জনাব / মিসেস / মিসেস)	F	ত	11মি	R	S	Т							M	7	আমি	D	D	L	ق	1বং									L	,	একটি	Ŝ	Т				
তারিখ জন্ম	ডি	টি এন	মএফ	্ গুর	াই ও	য়াই	গুয়াই	গ্র	रें अ	য়াই			লি	াঙ্গ:			পুরু	ষ			নারী	ì			অন্যান	ग											
বৰ্তমান ঠিকানা:																																					
ল্যান্ড মার্ক:																								i	সিটি/শ	হর:											
জেলা:																								,	অবস্থা:												
পিন কোড:																									মোবাই	ল:											
এসটিডি কোড সহ টেলিফোন																									এব¢মই	रेल:											
ভ্রণোঝা																								,	জাতীয়	তা					Ī				İ		
(প্যান না হলে ফর্ম ৬০																																					
উপলভ্য)																																					

41141 41416: _ <u>A</u>	\ - \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	- ۸۸۸۸	_							
(%)#II:	বেতনভোগী	স্বয়ং	- চাকুরীজীবী	ছাত্র	গৃহিণী	অন্যান্য, দয়া ক	রে নির্দিষ্ট করুন	একটি	নুয়াল	আমিকাম (টাকা)
CKYC নম্বর (ঐচ্ছিক): _										
আমি শিশুদের ড	ন্যে গ্রহটি সংরক্ষণের ড	জন্য আমার	কিছুটা করব। আহি	ট সবুজ হয়ে যাব। ত	যামাকে শুধু সফট	কপি পাঠান। কঠোরভাবে বে	চান কাগজ দয়া	করে		
আমি এই নীতিটি	একটি ইআইএতে জম	া দিতে চাই।								
বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব	নং				বীমা সং	ংগ্রহস্থলের নাম (আপনি আপ	নোর অ্যাকাউন্ট	খুলেছেন)		
১. মেসার্স এনএসডিএল	৷ ডাটাবেজ ম্যানেজমে	ন্ট লিমিটেড	5		২. চে	মসার্স সেন্ট্রাল ইন্স্যুরেন্স রিপে	াজিটরি লিমিটে	ড		
৩. মেসার্স কার্ভি ইন্স্যুরে	ক্স রিপোজিটরি লিমিটে	টড			8. (7	মসার্স ক্যামস রিপোজিটরি স	র্ভিসেস লিমিটেং	ড	দয়া ক	র যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা
আপনি যদি আমা	দর আপনার জন্য এক	টি ইআইএ	অ্যাকাউন্ট খলতে স	শহায়তা করতে চান [্]	তবে দয়া করে সে	কেন্ড ৩, এনইএফটি ও ব্যাঙ্কে	র বিশদটি পরণ	করুন অথবা		
	আইএ নেই এবং একটি		-			, . , . ,	2			
আমার খোশত খ	વ્યા <u>વલ ભા</u> ત સવડ સવના	বুলতে চাব	٦١							
THE CONTRACT		+110 arm		n ome one one one	aller annua (ca	ন্ধিত ফোন নম্বরে এসএমএস	i žona i osoni	CONTROL CONTACT	W. ST. W. C. ST.	
						াস্কত কোন নম্বরে এসএমএস ইড করে ওয়েলকাম কল / এস				8
	মামার সাথে বোগাবোগ ৭ মন্ত বাণিজ্যিক যোগাযোগ			Iଷ .Iନଟାକାନ. ସୋନାଦ	୬ <u>ଅ</u> କାକାଦେ ଓଡ଼ାଶଶାକ	ংড করে জরেলকাম কল / এস	এমএন, সাভিস ৎ	ঞ্ল / এসএমএস, শাতি স	1149	
তথ্য বা অন্য কোন	મજ વાણાબાઇએ વાગાવાં	গ করতে শা	·81							
	ত আবেদনকারীদের ম				,		হ্যাঁ	না		
	র বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, বরিষ্ঠ :				ংস্থার					
উচ্চপদস্থ আধিকারিক, দলের গুরু	ত্বপূর্ণ আধিকারিক। (আপনি যদি পিইপি	ার বিরুদ্ধে টিক দিয়ে	য় থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পি	ইপি প্রশ্নাবলী						
পূরণ করন্দ)										
অস্ত্রীর ৮ সামাড্রিক স্ল	াত বিভাগ (যদি প্রযোজ	7.25		আশা ক	এ আ	MCNDECA কর্মী				
						MGNREGA কর্মী				
আপনি কি পলিসি কি	ঢের ফোজক্যাল কপি চ	নৰ:		হা	য়াঁ না					

2. আবেদনকারীদের বিস্তারিত ও পরিকল্পনানির্বাচন

নাম	লিঙ্গ	জন্মতারিখ	উচ্চতা	ওজন	মোবাইল	প্রস্তাবকের যদি	একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার
			(সেমিতে)	(কেজিতে)	নম্বর	সাথে	থাকেন, তাহলে
						সম্পর্ক	দয়া করে



										C	মডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর, কাউন্সিলের নাম ও কর্মক্ষেত্রের ঠিকানা সরবরাহ করুন
1		(এম/এফ/অন্যান্য)	(ডিডি / মিমি / ওয়াইওয়াই ওয়াইওয়া	Jev.							
বেস কভারেজ:											
পলিসির ধরন #:								স্বতন্ত্র			
মাচ্ছাদিত জীবনের স	ংখ্যা:							1			
বেস বীমাকৃত রাশি:											
পলিসির মেয়াদ:								3 বছর			
বহনযোগ্যতা											
নীতিমালা নং	বীমা	ঝুঁকি শুর		ষ্ট্যর	পোটিং এর						
	কোম্পানি	তারিখ	তারিখ		কারণ						
			I								
প্রস্তাবিত বীমাকারীর ন যার জন্য বহনযোগ্যত জন্য অনুরোধ করা		গরিখ যা জ	ন্য বহনযোগ্যতার জন্য নুরোধ করা	ধ্যা অতীত [‡] দাবি	ন ীতিমালায়	বর্তমান নো ক্লেইম বোনাস	বীমাকৃত রাশি - বছর 1 (সবচেং		বীমাকৃত রাশি - বছর 2	বীমাকৃত রাশি - বছর 3	বীমাকৃত রাশি - বছর 4 (মেয়াদ শেষ হওয়া নীতি)
মনোনয়ন রকের মৃত্যু হলে নমিনি	ার নিকট দাবী পরিশোধ ব	চরা হবে। অন্যান্য বীমাকৃত	ব্যক্তিদের জন্য, প্রস্তাবক মনোন	ীত হন। নমিনি	নকে অর্থ প্রদান						
গানির সম্পূর্ণ দায়বদ্ধ	গর স্রাব গঠন করে।										
মনোনীত ব্যক্তির নাম	জন্মতারিখ	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক		কানা, মোবাইন মইল আইডি	ল নং এবং নমিনি	ার		নিয়োগকারী 18 বছরের ব	ার নাম (যদি মনোনী কম হয়)	ত ব্যক্তির বয়স	
নর ব্যাংক বিবরণ:											
উপকারভোগীর নাম ব্যাংকের নাম: অ্যাকাউন্ট নম্বর:				আইএফএস	ঈ কোড:						
অ্যাকাউন্টের ধরণ:_											



5. চিকিৎসা, অভ্যাস ও অতীত প্রস্তাবের তথ্য

ঘোষণা

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে নিন্দিত করুন যে এই বিভাগের সমস্ত প্রশ্নের সত্যতা এবং সম্পূর্ণরূপে উত্তর দেওয়া হয়েছে কারণ আপনি এখানে যে তথ্য সরবরাহ করেছেন তা নিভা বুশা দ্বারা আন্তাররাইটিংয়ের ভিত্তি তৈরি করবে। দয়া করে নোট করুন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভূল, আংশিক সঠিক তথ্য আপনার চিকিৎসা দাবি ও/অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে।

বিভাগক		
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উন্তর দিন। দয়া করে		
হাাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন	1	
i. সাধারণ সর্দি, ফ্লু, সংক্রমণ, ছোটখাটো আঘাত বা অন্যান্য ছোটখাটো অসুস্থতা ব্যতীত; আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও রোগ নির্ণয় করা হয়েছে এবং/অথবা 5 দিনের বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি করা হয়েছে এবং/অথবা কোনও অস্ত্রোপচার প্রক্রিয়া সহা করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে এবং/অথবা কোনও ওমুধ সেবন করা হয়েছে / 14 দিনের বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? ঔষধ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌথিক ঔষধ এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যাপ্লিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ	এবং	N
ii. আবেদনকারী কি কখনও থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল পরীক্ষা, অ্যাঞ্জিওগ্রাফি, ইকোকার্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এক্ষএনএসি সম্পর্কিত কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন?	এবং	N
ііі. আবেদনকারীর কি ডায়াবেটিস বা প্রাক-ডায়াবেটিস রয়েছে বা তার কি কখনও উচ্চ রক্তে শর্করা ছিল?	এবং	N
iv. আবেদনকারীর কি হাইপারটেনশন বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	এবং	N
v. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও জিনগত / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	এবং	N
vi. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও মানসিক/মানসিক রোগের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	এবং	N
7. আবেদনকারীর কি কখনও কোনও গাইনোকোলজিকাল রোগ ধরা পড়েছে যার জন্য কোনও হস্তক্ষেপ, হরমোন রিপ্লেসমেন্ট থেরাপি বা 5 দিনের বেশি ওষুধ নির্ধারিত হয়েছে?	धवः	N
৮. আবেদনকারী যদি কখনও গর্ভবতী হয়ে থাকেন তবে গর্ভাবস্থায় কি কোনও জটিলতা দেখা দিয়েছে?	এবং	N
ix. আবেদনকারীর কি কখনও অস্বাভাবিক যোনি রক্তপাত হয়েছে বা ঋতুস্রাবে অনিয়ম হয়েছে?	এবং	N

বিভাগ বি: উপরের বি	ইভাগে হ্যাঁ (ওয়াই) চিহ্নিত	প্রশ্নগুলির জন্য, দয়া করে বি	নম্নলিখিত তথ্য নির্দি	ষ্টে করুন:						
আবেদনকারী নম্বর	লক্ষণ (গুলি) অথবা ত নিৰ্ণয় বা পদ্ধতি / অ	চদন্ত (গুলি) বা রোগ স্ত্রাপচারের বিশদ বিবরণ			দুরাতি অন অফ কন্ডিশন	ঔষধ (গুলি)	বয়স ডস	বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ/ আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান চিকিৎসা)	চিকিৎসা করা ডাব্ডারের নাম ও যোগাযোগের	ডকুম এনটিএস সংযুক্ত (হাাঁ/না)
	ডায়াবেটিস HbA1c লেভেল হলে	উচ্চ রক্তচাপ হলে বিশি লেভেল সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিব	অন্য কোন বিবরণ	শুরুর তারিখ (ডিডি / এমএম/						

(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 প্রদন্ত উপরোক্ত বিবৃতি, উত্তর এবং / অখবা বিবরণগুলি আমার জ্ঞানের সর্বোন্তম ক্ষেত্রে সত্য এবং সম্পূর্ণ এবং আমি এই অন্যান্য ব্যক্তিদের পক্ষ থেকে প্রস্তাব করার জন্য অনুমোদিত।
_। বুঝতে পারি যে আমার দ্বারা প্রদন্ত তথ্য বীমা পলিসির ভিন্তি গঠন করবে, বীমাকারীর বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং 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 প্রস্তাব 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 নিম্পত্তির আন্তাররাইটিং উদ্দেশ্যে।
_। কোম্পানিকে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিম্পত্তির 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 পরিষেবা 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 আমিNameLanguage প্রতায়নকারী ব্যক্তির , প্রস্তাবকের কাছেName witness উপস্থিতিতে ব্যাখ্যা করেছি যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন। সাক্ষী অবশ্যই কোম্পানির এজেন্ট / কর্মচারী ব্যতীত অন্য কেউ হতে হবে।
তারিখ Proposer স্বাক্ষর
সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির Person মোবাইল নম্বরের স্বাক্ষর
সাক্ষীর Witnessমোবাইল নম্বরের স্বাক্ষর
৪. ঘোষণা যদি ফর্ম পুরণ না করা হয় প্রভাবক 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 নির্দেশেMobile noName দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত তথ্য সঠিক ও সম্পূর্ণ বলে মনে করেছি। ফর্মের বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত দিক এবং প্রভাব সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব ফর্মটি আমার নির্দেশেMobile noName 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 মধ্যস্থতাকারী কোডের স্বাক্ষর:
9. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)
প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক ডিমাল্ড ড্রাফট ক্রেডিট কার্ড/ডেবিট কার্ড নেট ব্যাংকিং নগদ টাকা অন্যদের প্রিমিয়াম amount
প্রদন্ত প্রিমিয়াম by proposer সাধে সম্পর্ক অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি: তারিখ:/ _ ব্যাংকের নাম/শাখা
নিভা বুপা শাখার অবস্থান তাৰম: ব্যবসা দ্বারা উত্স: উপদেষ্টা / ডি.এসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল
কোড No প্ৰস্তাৰ প্ৰাপ্ত হয়েছে: গ্ৰাহক আইডি:
প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?
10. প্রস্তাবকের দাবি ফেরত ও পরিশোধের জ্ন্য বিশদ
সমস্ত পেমেন্ট (প্রিমিয়াম, দাবি ইত্যাদি ফেরত) শুধুমাত্র আপনার অ্যাকাউন্টে বৈদ্যুতিনভাবে করা হবে। দয়া করে নিম্নলিখিত বিশদটি সরবরাহ করুন
ব্যাংকের নামশাখা City
অ্যাকাউন্ট নম্বর আই.এফ.এসসি কোড আ্যাকাউন্টের ধরন: সংরক্ষণ s বর্তমান
11. পুননবীকরণ

পণ্যের নাম: সারোগার্ড। পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP24081V012324



পুননবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

লৈম্বে
4

আমি এসিএইচ/এসআই পুননবীকরণ বি চাই।	কল্পটি বেছে নিতে চাই ও এর ফলে পলিসি পুনর্নবীকরণের সময় পহ	র্বন্ত প্রিমিয়ামে 2.5% ছাড় পেতে	
তারিখ/Place Proposer_	শৃক্ষর		
12. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কাস্মুরেন্স চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বি	ববরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)		
শাখা কোড গ্রাহকের অ্যাকাউন্ট নম্বর	এসপি কোড আরএম/এলজি কোড		
13. বিধিবদ্ধ সতর্কতা			
ছাড় নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938 এর ধারা 4	1 এর অধীনে)		
প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন রেয়াতের বিষয়ে কে	র্তত কোন প্রকার ঝুঁকি, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় বা নে ব্যক্তিকে প্ররোচিত করিবার বা করিবার প্ররোচনা স্বরূপ কোন ব্যক্তি প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা টেবিল অনুসারে অনুমোদিত রেয়াত ব্যতীত ও ছাড় গ্রহণ করবেন না।	ক্টিকে প্ররোচিত করিবার অনুমতি বা	
(২) কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব	র্থ হইলে তিনি দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত অর্থদণ্ডে দণ্ডনীয় হইবেন।		
14. কোম্পানী কর্তৃক প্রাপ্তি স্বীকারপত্র			
আবেদন নং			তারিখ/
আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং জমা দেওয়া বা কোনও নীতি জারি করার জন পলিসির শর্ডাবলী সাপেক্ষে হবে এবং বদি প্রি ছাড়াই আপনার কাছ থেকে প্রাপ্ত মেডিকেল।	চেক / ডিমাল্ড ড্রাফ্ট্ দ্বারা পরিমাণ প্রান্তি স্বীকার করি কোনও অর্থ প্রদান আমাদের একটি নীতি জারি করতে সম্মত হতে মিয়াম আমাদের দ্বারা সম্পূর্ণ এবং সময়মতো না পাওয়া হয় বা আদা টস্টগুলির খরচ কেটে নেওয়ার পরে অর্থ ফেরত দেব।	drawn on তারিখের চ বাধ্য করে না, যা সিদ্ধান্ত সর্বদা আমাদের নিজস্ব এবং পরম বি য়ে না করা হয় তবে আমাদের কোনও দায়বদ্ধতা থাকবে না। র্থা	টাকার বীমার জন্য একটি সম্পূর্ণ প্রস্তাব বেচনার ভিন্তিতে হবে। যদি আমরা বীমার জন্য একটি প্রস্তাব গ্রহণ করি, তাহলে এটি দ আমরা প্রস্তাবটি গ্রহণ না করি তবে আমরা আপনাকে অবহিত করব এবং সুদ
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 রেকর্ডঞ্চলি ভাগ করে নেওয়ার সম্মতি
	হ্যাঁ/না	XX-XXXX-XXXX	হাাঁ/না