

অ্যাম্পায়ার

প্রপোজাল ফর্ম

ইউআরএন: 024

বীমা চুক্তি 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 এবং আপনার নীতিতে তার প্রভাব কতটা প্রাসঙ্গিক। অতএব, এটি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ যে আপনি সমস্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করুন এবং আমরা সিদ্ধান্ত নেব যে এটি কতটা প্রাসঙ্গিক (আমরা এটিকে 'বস্তুগত 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। প্রতিবন্ধী আদেশ দেয় যে কভারেজটি কেবল তখনই শুরু হতে পারে যখন আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম পেয়েছি এবং স্পষ্টভাবে ঝুঁকিটি গ্রহণ করেছি।

১. প্রস্তাবকের বিবরণঃ

শীর্ষক	নাম					
ডিওবি	DDMMYY	লিঙ্গ:	পুরুষ	নারী	অন্যান্য	জাতীয়তা
বর্তমান ঠিকানা						
ল্যান্ডমার্ক						শহর
জেলা					অবস্থা	পার্সোনাল আইডেন্টিফিকেশন নম্বর
ল্যান্ডলাইন নম্বর						মোবাইল নম্বর
ই-মেইল আইডি						বিকল্প সংখ্যা
বার্ষিক আয় (রুপি)					CKYC নম্বর	
পেশা	বেতনভোগী	স্ব-কর্মসংস্থান				
দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম					প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	

আমি পরিবেশ রক্ষা করতে চাই এবং আবেদন ফর্মটিতে এখানে উল্লিখিত ইমেল আইডিতে আপনার সমস্ত নীতি ও পরিষেবা সম্পর্কিত যোগাযোগ প্রেরণের জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিয়ে কাগজ বাঁচাতে সহায়তা করতে চাই।

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এর দ্বারা নিজ বা বৃদ্ধি ইস্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/সহযোগীদের আমার নিবন্ধিত ফোন নম্বরে এসএমএস / ইমেল / ফোন / হোয়াটসঅ্যাপ / ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি আমার 'ডিএনডি' রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইজ করে ওয়েলকাম কল / এসএমএস, সার্ভিস কল / এসএমএস বা অন্য কোনও বার্গিজিক যোগাযোগ।

আপনি অথবা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি পিইপি # আছেন?  হ্যাঁ  না

#Politically এমপ্লয়ড পার্সনস (পিইপি) হলেন এমন ব্যক্তি যারা বিশিষ্ট পাবলিক ফাংশন যেমন কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, প্রবীণ রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারি সংস্থার সিনিয়র এক্সিকিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রস্তাবনা পূরণ করুন)

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

তুমি কি পলিসি কিটের শারীরিক অনুলিপি চাও:  হ্যাঁ  না

ব্যাংক বিবরণ:

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর

আইএফএসসি কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন  সংরক্ষণ  বর্তমান  শাখা  শহর

ইলেক্ট্রনিক ইস্যুরেন্স একাউন্ট (ইআইএ) এর বিস্তারিত

আপনি কি এই নীতিটি কোনও ইআইএ তে জমা দিতে চান? (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

না, আমার কোনও ইআইএ নেই এবং আমি একটি খুলতে চাই না  হ্যাঁ, এই নীতিটি আমার ই-বীমা অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট করুন

যদি হ্যাঁ, দয়া করে বিদ্যমান ই-বীমা অ্যাকাউন্ট নং ভাগ করুন

অনুগ্রহ করে বীমা সংগ্রহস্থলের নাম নির্বাচন করুন (আপনি আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

মেসার্স এনএসডিএল ডাটাবেজ ম্যানজমেন্ট লিমিটেড  মেসার্স সেন্ট্রাল ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড

মেসার্স কার্ভি ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড  মেসার্স সিএমএস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

আমার বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব নেই এবং আমি একটি নতুন ই-ইস্যুরেন্স হিসাব তৈরি করতে আগ্রহী (অনুগ্রহ করে প্রাসঙ্গিক নথি সহ ইলেক্ট্রনিক বীমা হিসাব খোলার ফর্ম (ইআইএ ফর্ম) জমা দিন)।

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্রিয়ারিং হাউস (এসিএইচ) / স্থায়ী নির্দেশাবলী (এসআই) চালিয়ে যাওয়ার মাধ্যমে প্রতি বছর করা যেতে পারে। এই বিকল্পের অধীনে আমাদের নীতি অবিলম্বে পুনর্নবীকরণ করা যেতে পারে, তবে আপনার সাপেক্ষে কোম্পানির প্রয়োজন অনুসারে তথ্য এবং ডকুমেন্টেশনের সমস্ত অতিরিক্ত ইকুইরিমেন্ট সম্পন্ন করা হবে।

এসিএইচ/এসআই পুনর্নবীকরণ অর্পণি বেছে নিতে চান ও এর ফলে প্রিমিয়ামে 2.5% ছাড় পেতে চান এমই পলিসি এটি ব্যবহার করে পুনর্নবীকরণ করা হয়।

এছাড়াও  স্থান  প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

২. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী ১ জন	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	(এইচইউএফ)	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর				জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন			
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/পুত্র/কন্যা/কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর <input type="text"/>											
আবেদনকারী ২	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	(এইচইউএফ)	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর				জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন			
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/পুত্র/কন্যা											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর <input type="text"/>											
আবেদনকারী ৩	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	(এইচইউএফ)	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর				জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন			
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/পুত্র/কন্যা											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর <input type="text"/>											
আবেদনকারী ৪	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	(এইচইউএফ)	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর				জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন			
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/পুত্র/কন্যা											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর <input type="text"/>											
আবেদনকারী ৫	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	(এইচইউএফ)	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর				জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন			
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/পুত্র/কন্যা											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর <input type="text"/>											
আবেদনকারী ৬	নাম											
	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	উচ্চতা	<input type="text"/>	(এইচইউএফ)	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	ওজন	<input type="text"/>	(কেজি)
	মোবাইল নম্বর				জন্মতারিখ	<input type="text"/>			ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন			
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/পুত্র/কন্যা											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর <input type="text"/>											

\* প্রিমিয়ামের উপর 5% ছাড়ের সুবিধা নিন। "মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার অর্থ এমন একজন ব্যক্তি যিনি ভারত সরকার বা রাজ্য সরকার কর্তৃক প্রতিষ্ঠিত কোনও রাজ্য বা মেডিকেল কাউন্সিল অফ ইন্ডিয়া বা কাউন্সিল ফর ইন্ডিয়ান মেডিসিন বা হোমিওপ্যাথির জন্য মেডিকেল কাউন্সিল থেকে বৈধ নিবন্ধীকরণ রাখেন এবং এর ফলে তার এখতিয়ারের মধ্যে ঔষধ প্র্যাকটিস করার অধিকারী; এবং তার লাইসেন্সের সুযোগ এবং এখতিয়ারের মধ্যে কাজ করছে।

৩. কভারেজ নির্বাচন:

বেস কভারেজ:

#Policy ধরন:	<input type="checkbox"/> স্বতন্ত্র <input type="checkbox"/> ফ্যামিলি ফ্লোটার <input type="checkbox"/> মাল্টি মেম্বার ইন্ডিভিজুয়াল
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	<input type="checkbox"/> প্রাপ্তবয়স্কদের <input type="checkbox"/> ছেলেমেয়েদের
বৈকল্পিক:	<input type="checkbox"/> সোনা <input type="checkbox"/> নীলকান্তমণি <input type="checkbox"/> হিরে <input type="checkbox"/> প্র্যাটিনাম <input type="checkbox"/> টাইটানিয়াম <input type="checkbox"/> গোল্ড+ <input type="checkbox"/> নীলকান্তমণি+ <input type="checkbox"/> হীরক+ <input type="checkbox"/> প্র্যাটিনাম+ <input type="checkbox"/> টাইটানিয়াম+ <input type="checkbox"/> ফ্লেক্সি
বেস বীমাকৃত রাশি:	_____
পলিসির মেয়াদ:	<input type="checkbox"/> ১ বছর <input type="checkbox"/> ২ বছর <input type="checkbox"/> ৩ বছর

ঐচ্ছিক কভারেজ:

1. হাসপাতালের নগদ টাকা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না																		
2. রক্ষাকবচ \$	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না																		
3. রক্ষাকবচ+ \$	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না																		
4. 'ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার' বেছে নেওয়ার ক্ষেত্রে দয়া করে টিক চিহ্ন দিন (এই বিকল্পটি কেবল 18 বছর বা তার বেশি বয়সের আবেদনকারীদের জন্য উপলব্ধ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">আবেদনকারী নম্বর</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	আবেদনকারী নম্বর						1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
আবেদনকারী নম্বর																			
1	2	3	4	5	6														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
5. বার্ষিক সামগ্রিক ছাড়যোগ্য বিকল্পগুলি:	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> না</td> <td><input type="checkbox"/> 10,000</td> <td><input type="checkbox"/> 20,000</td> <td><input type="checkbox"/> 30,000</td> <td><input type="checkbox"/> 50,000</td> <td><input type="checkbox"/> 1,00,000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2,00,000</td> <td><input type="checkbox"/> 3,00,000</td> <td><input type="checkbox"/> 4,00,000</td> <td><input type="checkbox"/> 5,00,000</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<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								
<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																
6. 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%																		
7. প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময় পরিবর্তন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 8 বছর <input type="checkbox"/> ৩ বছর <input type="checkbox"/> 2 বছর <input type="checkbox"/> ১ বছর																		
8. রুমের ধরন সংশোধন tion	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> স্ট্যান্ডার্ড একক রুম <input type="checkbox"/> শেয়ার্ড রুম																		
9. সীমান্তহীন (কো-পেমেন্ট সহ)	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 0%																		
10. ফিউচার রেডি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না																		
11. ক্যাশ-ব্যাগ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না																		
12. ওয়েলকনসাল্ট (ওপিডি)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না																		

অ্যাড-অন:

1. স্মার্ট হেলথ+ (ডিজিজ ম্যানেজমেন্ট) * সমস্ত প্রভাবিত সদস্যদের একটি বৈকল্পিক সোনার বা প্র্যাটিনাম চয়ন করতে হবে।	<input type="checkbox"/> সোনা <input type="checkbox"/> প্র্যাটিনাম <input type="checkbox"/> না												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2. স্মার্ট হেলথ+ (অ্যাকিউট কেয়ার) * দুটির যে কোনও একটি বেছে নেওয়া যেতে পারে	<input type="checkbox"/> সেরা পরামর্শ <input type="checkbox"/> সর্বোত্তম যত্ন <input type="checkbox"/> না												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>আইএনআর ৫,০০০ টাকা</th> <th>১০,০০০ টাকা</th> <th>১৫,০০০ টাকা</th> <th>২০,০০০ টাকা</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	আইএনআর ৫,০০০ টাকা	১০,০০০ টাকা	১৫,০০০ টাকা	২০,০০০ টাকা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
আইএনআর ৫,০০০ টাকা	১০,০০০ টাকা	১৫,০০০ টাকা	২০,০০০ টাকা										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. ফাস্ট ফরোয়ার্ড	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না												

\*Family সমস্ত বীমাকৃত সদস্যদের জন্য ফ্লোটার বীমাকৃত রাশি সাধারণ। ফ্লোটার মানে একক বা যৌথভাবে সমস্ত বীমাগ্রহীতা এই বীমা দাবি করতে পারে। \$Either রক্ষাকবচ বা রক্ষাকবচ+ বেছে নেওয়া যেতে পারে

4. বহনযোগ্যতা

নীতিমালা নং	বীমা কোম্পানি	ঝুঁকি শুরুর তারিখ	ঝুঁকি সমাপ্তির তারিখ	পোটিং এর কারণ

প্রস্তাবিত বীমাকারীর নাম যার জন্ম বহনযোগ্যতার জন্য অনুরোধ করা	প্রথম নীতি শুরুর তারিখ	না। অবিচ্ছিন্ন কভারেজের বছর যার জন্য বহনযোগ্যতার জন্য অনুরোধ করা হয়	অতীত নীতিমালায় দাবি	বর্তমান নো ক্লেইম বোনাস	বীমাকৃত রাশি - বছর 1 (সবচেয়ে পুরানো)	বীমাকৃত অর্থরাশি- বছর 2	বীমাকৃত রাশি - বছর 3	বীমাকৃত রাশি - বছর 4 (মেয়াদ শেষ হওয়া নীতি)

#### ৫. মনোনয়ন

প্রস্তাবকের মৃত্যুর ক্ষেত্রে, পলিসির অধীনে প্রাপ্য যে কোনও অর্থ নীচে নামযুক্ত মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদানযোগ্য হবে। নমিনি দ্বারা এই জাতীয় অর্থ প্রদানের প্রাপ্তি পলিসির অধীনে কোম্পানির দায়বদ্ধতার স্রাব গঠন করবে।

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

আইএফএসসি কোড

#### ৬. চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাব তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে মনে রাখবেন যে এই বিভাগের সমস্ত প্রশ্নের উত্তর সত্য এবং সম্পূর্ণরূপে দেওয়া হয়েছে কারণ আপনি এখানে যে তথ্য সরবরাহ করেছেন তা নিভা বুপা দ্বারা আন্ডাররাইটিংয়ের ভিত্তি তৈরি করবে। দয়া করে নোট করুন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভুল, আংশিক সঠিক তথ্য আপনার চিকিৎসা দাবি ও/অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে

35 বছর বয়স পর্যন্ত জ্যেষ্ঠ সদস্যের জন্য

বিভাগ ক: 'আপনি' অর্থ 'আপনি' এবং এই অ্যাপ্লিকেশনটির মাধ্যমে এই নীতি চাইছেন এমন সকলকে।										
	1	2	3	4	5	6				
1. আপনি কি নিচের কোন রোগে ভুগছেন? ক. ক্যান্সার/লিউকেমিয়া/ম্যালিগন্যান্ট টিউমার খ. কার্ডিয়াক ডিজিজ (হাট অ্যাটাক, বাইপাস সার্জারি ইত্যাদি) গ. প্রধান অঙ্গ ব্যর্থতা (কিডনি, লিভার, হাট, ফুসফুস, ইত্যাদি) ঘ। মায়বিক ব্যাধি / স্ট্রোক / পক্ষমাতা ও. ক্রনিক অবস্কাটিভ পালমোনারি ডিজিজ (সিওপিডি) / প্রগ্রেসিভ লংস ডিজিজ চ. হেপাটাইটিস বি বা সি, দীর্ঘস্থায়ী লিভারের রোগ, ক্রোনস ডিজিজ, আলসারোটিভ কোলাইটিস জি। আয়রনের ঘাটতিজনিত রক্তাক্ততা ব্যতীত অন্য কোনও রক্তাক্ততা এইচ। টাইপ 1 ডায়াবেটিস	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
2. আপনার কি Diabetes আছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
আপনার 3.Do হাইপারটেনশন আছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
4. কখনও এমন কোনও রোগ ধরা পড়েছে যার এক সপ্তাহেরও বেশি সময় ধরে চিকিৎসা প্রয়োজন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
5. কখনো কি অস্ত্রোপচার হয়েছে? নাকি একজনকে পরামর্শ দিয়েছেন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
6. বর্তমানে কোনও ফলোআপের অধীনে আছেন বা কোনও চিকিৎসার জন্য অপেক্ষা করছেন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N

বিভাগ বি: উপরের যে কোনও প্রশ্নের উত্তর যদি 'হ্যাঁ' হয়	আবেদনকারীর সংখ্যা		আবেদনকারীর সংখ্যা		আবেদনকারীর সংখ্যা		আবেদনকারীর সংখ্যা		আবেদনকারীর সংখ্যা	
	১	২	৩	৪	৫	৬	৭	৮	৯	১০
1. রোগ নির্ণয় এবং বা অস্ত্রোপচারের নাম?										
2. অস্ত্রোপচারের বিবরণ? বছর এবং মাস										
3. বর্তমান স্বাস্থ্যের অবস্থা?										

বিভাগ এ: দয়া করে চিকিৎসা শর্ত সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করুন								
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন	আবেদনকারী নম্বর							
	1	1	3 2		4	5	6	
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 সহ্য করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে এবং/অথবা কোনও গুরুত্বপূর্ণ সেবন করা হয়েছে / 14 দিনের বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? গুরুত্বপূর্ণ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ঔষধ এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যাপ্লিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
ii. আবেদনকারী কি কখনও থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল পরীক্ষা, অ্যাক্সিওগ্রাফি, ইকোকার্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এফএনএস সম্পর্কিত কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
iii. আবেদনকারীর কি ডায়াবেটিস বা প্রাক-ডায়াবেটিস রয়েছে বা তার কি কখনও উচ্চ রক্তে শর্করা ছিল?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
iv. আবেদনকারীর কি হাইপারটেনশন বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
v. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও জিনগত / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
vi. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও মানসিক/মানসিক রোগের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N
আবেদনকারীর জীবনের জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা জটিল অসুস্থতা বীমার জন্য কোনও প্রস্তাব কি কখনও প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন কোনও বীমা সংস্থা দ্বারা বর্জন করা হয়েছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N	এবং	N

বিভাগ B: (আবেদনকারী যদি ধূমপান করেন বা তামাক/গুঁটখা/পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করেন তবেই এই বিভাগটি পূরণ করুন)	i. চিবানো যায় তামাক / গুঁটখা / পান মশলা। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতিদিন পাউচের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতি সপ্তাহে তীয় এমএল সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন		iii. সিগারেট/বিডি/সিগার। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতিদিন খরচ নির্দিষ্ট করুন		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	ডেইলি ড্রিংকার	1-10	> 10
আবেদনকারী ১ জন							
আবেদনকারী ২							
আবেদনকারী ৩							
আবেদনকারী ৪							
আবেদনকারী ৫							
আবেদনকারী ৬							

সকল প্রস্তাবকদের জন্য

বিভাগ সি: উপরের বিভাগে হ্যাঁ (ওয়াই) চিহ্নিত প্রশ্নগুলির জন্য, দয়া করে নিম্নলিখিত তথ্য নির্দিষ্ট করুন:										
আবেদনকারী নম্বর	লক্ষণ (গুলি) অথবা তদন্ত (গুলি) বা রোগ নির্ণয় বা পদ্ধতি / অস্ত্রোপচারের বিশদ বিবরণ				শর্তের সময়কাল	ঔষধ (সমূহ)	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান)	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের	সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)
	যদি ডায়াবেট HbA1c লেভেল হয়	উচ্চ রক্তচাপ হলে বিপি লেভেল		অন্য কোন বিবরণ						
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক							

## 7. ঘোষণা (দেয়া 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 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 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 চাওয়া হয় যার কাছে বীমা করা / প্রস্তাবকারী ব্যক্তির উপর বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্ডাররাইটিং উদ্দেশ্যে।

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।

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।

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

## ৮. স্থানীয় ঘোষণা

(প্রস্তাবক স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করলে প্রত্যয়ন (কোম্পানির এজেন্ট / কর্মচারী ব্যতীত অন্য কারও দ্বারা প্রত্যক্ষ করা)।

এই ফর্মের বিষয়বস্তু এবং এর বিবরণগুলি আমি প্রস্তাবককে স্থানীয় ভাষায় ব্যাখ্যা করেছি যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন:

সার্টিফিকেট প্রদানকারী  
ব্যক্তির নাম:

সার্টিফিকেট প্রদানকারী  
ব্যক্তির স্বাক্ষর:

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:

সাক্ষীর নাম

সাক্ষীর  
স্বাক্ষর

সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

প্রস্তাবকের  
স্বাক্ষর

## ৯. প্রস্তাবক ঘোষণা

(প্রত্যয়ন যেখানে কোন কারণে, প্রস্তাব এবং অন্যান্য সংযুক্ত কাগজপত্র প্রস্তাবক দ্বারা পূরণ করা হয় না)।

প্রস্তাব ফর্ম এবং সংযুক্ত নথিগুলির বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত চুক্তির তাৎপর্য সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব ফর্মটি আমার নির্দেশের অধীনে \_\_\_\_\_ দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক এবং সম্পূর্ণ বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

## 10. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প:  চেক  ডিম্যান্ড ড্রাফট  ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড  নেট ব্যাংকিং  নগদ টাকা  অন্যদের

প্রিমিয়ামের পরিমাণ

অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:

তারিখ

ব্যাংকের নাম/শাখা

নির্ভা বুপা শাখার অবস্থান

কোড নং

ব্যবসা সূত্র: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল

কোড নং

নাম

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:

DDMMYY

গ্রাহক ID:

প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?

হ্যাঁ  না

### 11. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কসুরের চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা কোড		এসপি কোড		RM/LG কোড	
C উত্তোমার অ্যাকাউন্ট	সংখ্যা				

### 12. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

আমি, কর্পোরেট এজেন্ট/ব্রোকার/রিলেশনশিপ অফিসারের অনুমোদিত কর্মচারীর একজন বীমা উপদেষ্টা/নির্দিষ্ট ব্যক্তি হিসাবে আমার ক্ষমতায়, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রস্তাব ফর্মের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি, যার মধ্যে এই প্রস্তাব ফর্মটিতে থাকা প্রশ্নগুলির প্রকৃতি সহ প্রস্তাবক ফর্মটিতে তার জমা দেওয়া বিবৃতি (গুলি), তথ্য এবং প্রতিক্রিয়া (গুলি) সহ এখানে থাকা প্রশ্নগুলি বা এখানে চাওয়া কোনও বিবরণ ভিত্তি তৈরি করবে কোম্পানি এবং প্রস্তাবকের মধ্যে বীমা চুক্তির, যদি এই প্রস্তাবটি পলিসি ইস্যু করার জন্য কোম্পানি কর্তৃক গৃহীত হয়। আমি আরও ব্যাখ্যা করেছি যে যদি

কোনও অসত্য বিবৃতি (গুলি) / তথ্য / প্রতিক্রিয়া (গুলি) এই প্রস্তাব ফর্মে / সংযোজন (গুলি), হলফনামা, বিবৃতি, জমা দেওয়া, সজ্জিত / সরবরাহ করা হবে এবং আরও যদি কোনও বস্তুগত তথ্য প্রকাশ না করা হয়, তবে এই প্রস্তাব অনুসারে তার পক্ষে জারি করা নীতিটি কোম্পানি বাতিল এবং অকার্যকর হিসাবে গণ্য করতে পারে এবং পলিসির অধীনে প্রদত্ত সমস্ত প্রিমিয়াম সংস্থাকে বাজেয়াপ্ত করা যেতে পারে।

তারিখ		বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর	
-------	--	-------------------------	--

### 13. 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।

### 14. 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
	<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
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

### 15. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার	
উপকারভোগীর নাম	
ব্যাংকের নাম	
অ্যাকাউন্ট নম্বর	আইএফএসসি কোড
অ্যাকাউন্টের ধরন	

নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, First Floor, LaJপত nagar, Part 1, New

Delhi-110024 Disclaimer: বীমা হল অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড পূর্বে ম্যাক্স বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 145)।

বুপা এবং হার্টবিট লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহার করছে। গ্রাহক হেল্পলাইন: 1860-500-8888।

ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com | সিআইএন: U66000DL2008PLC182918। শর্তাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে

বিক্রয় রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, First Floor, LaJপত nagar, Part 1, New

Delhi-110024 Disclaimer: বীমা হল অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাক্স বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 145)।

'বুপা' এবং 'হার্টবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহার করছে। গ্রাহক হেল্পলাইন: 1860-500-8888।

ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com। সিআইএন: U66000DL2008PLC182918। শর্তাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে

বিক্রয় রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

পণ্যের নাম: অ্যাপারার, প্রোডাক্ট ইউআইএন: NBHHLIP24129V012324 | অ্যাড-অন নাম: স্মার্ট হেলথ\*, অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA22164V012122

অ্যাড-অন নাম: দ্রুত ফরওয়ার্ড, অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA24126V012324

#### কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকারোক্তি

আবেদন নং

তারিখ

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফট / 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 মেডিকেল টেস্টগুলির খরচ কেটে নেওয়ার পরে অর্থ ফেরত দেব।

প্রাপকের নাম ও স্বাক্ষর এবং অফিস সীল