

ক্ষমতায়ন স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, নিভা বুপা স্বাস্থ্য বীমা কোং লিমিটেড - প্রস্তাব ফর্ম

ইউআরএন: 027



1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক _____ নাম _____ জন্মতারিখ _____ লিঙ্গ _____ পুরুষ নারী _____ অন্যান্য _____
বর্তমান ঠিকানা _____

শহর _____
অবস্থা _____ Pincode _____

মোবাইল এনউম্বার _____
ইমেইল ID _____ প্যান নম্বর _____

Nationality _____ বার্ষিক আয় _____ (টাকা)

পেশা: _____ বেতনভোগী স্ব-কর্মসংস্থান ছাত্র গৃহিণী _____ অন্যান্য, দয়া করে _____ নির্দিষ্ট করুন

আপনি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চান: _____ হ্যাঁ _____ না _____

স্বাস্থ্যসেবা কর্মী *: হ্যাঁ _____ না _____ (* প্রিমিয়ামের উপর 5% ছাড় নিন।)

_____ দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক _____

আমি আমার মোবাইল নম্বরে হোয়াটসঅ্যাপে আমার নীতি সম্পর্কিত তথ্য এবং আপডেট পেতে চাই।

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি ও গ্রহণ করেছি এবং এর দ্বারা নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স 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 ওয়েলকাম কল / এসএমএস, পরিষেবা কল / এসএমএস বা অন্য কোনও বাণিজ্যিক যোগাযোগ করতে

আপনি অথবা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি পিইপি ***? হ্যাঁ _____ না _____

** রাজনৈতিকভাবে উদ্ভাসিত ব্যক্তি (পিইপি) হলেন এমন ব্যক্তি যারা বিশিষ্ট সরকারী কার্য সম্পাদন করেন বা ন্যস্ত হয়েছেন যেমন কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, প্রবীণ রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকার, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারী সংস্থাগুলির সিনিয়র এক্সিকিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে আইক করে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রস্তাবলী পূরণ করুন)

ব্যাংক বিবরণ:

ব্যাংকের নাম _____ শাখা _____ শহর _____

অ্যাকাউন্ট নম্বর _____ আইএফএসসি কোড _____ অ্যাকাউন্টের ধরন: _____ সংরক্ষণ _____ বর্তমান

ইলেক্ট্রনিক ইন্স্যুরেন্স একাউন্ট (ইআইএ) এর বিস্তারিত

আপনি কি এই পলিসিটি একটি ই-বীমা অ্যাকাউন্টে জমা করতে চান? (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

না আমার কোন ই-বীমা অ্যাকাউন্ট নেই এবং খুলতে চাই না

হ্যাঁ আমার ই-বীমা অ্যাকাউন্টে এই নীতিটি ক্রেডিট করুন

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

দয়া করে বীমা সংগ্রহস্থলের নাম নির্বাচন করুন (আপনি আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন

- মেসার্স এনএসডিএল ডাটাবেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড
- মেসার্স সেন্ট্রাল ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড
- মেসার্স কার্ভি ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড
- মেসার্স সিএএমএস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড

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

2. কভারেজ নির্বাচন:

বেস কভারেজ:	
নীতিমালার ধরণ:	স্বতন্ত্র
বেস বীমাকৃত রাশি:	₹ 4,00,000 আইএনআর ৫,০০,০০০
পলিসির মেয়াদ:	১ বছর

3. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী নম্বর	নাম	লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/অন্যান্য)	জন্ম তারিখ (দিন/মাস/বছর)	সম্পর্ক	ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন
1				স্বয়ং	

4. মনোনয়ন

প্রস্তাবকের মৃত্যুর ক্ষেত্রে, পলিসির অধীনে প্রাপ্য যে কোনও অর্থ নীচে নামযুক্ত মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদানযোগ্য হবে। নমিনির দ্বারা এই জাতীয় অর্থ প্রদানের প্রাপ্তি পলিসির অধীনে কোম্পানির দায়বদ্ধতার প্রাব গঠন করবে। অন্য সকল আবেদনকারী(দের) জন্য মনোনীত ব্যক্তি নিজে প্রস্তাবক হবেন।

মনোনীত প্রার্থী	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 _____

5. চিকিৎসা, অভ্যাস ও অতীত প্রস্তাবের তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে নিশ্চিত করুন যে এই বিভাগের সমস্ত প্রশ্নের সত্যতা এবং সম্পূর্ণরূপে উত্তর 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 পারে।

প্রধান আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন		আবেদনকারী	
দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন			
1	কোনও আবেদনকারীকে নিম্নলিখিত কোনও অক্ষমতা / রোগ নির্ণয় করা হয়েছে (যদি হ্যাঁ হয় তবে দয়া করে বিশদ সরবরাহ করুন)		
a.	করুন	এং	N
b.	পেশীবহুল ডিসস্ট্রফি	এং	N
c.	লো ভিশন	এং	N
d.	ক্রনিক নিউরোলজিক্যাল ডিসঅর্ডার	এং	N
e.	কুষ্ঠ রোগ নিরাময় ব্যক্তি	এং	N
f.	নির্দিষ্ট শেখার অক্ষমতা	এং	N
g.	শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা (বধির এবং শ্রবণশক্তি)	এং	N
h.	একাধিক স্কুলেরোসিস	এং	N
i.	লোকোমোটর প্রতিবন্ধী	এং	N
j.	বক্তৃতা এবং ভাষা অক্ষমতা	এং	N
k.	দাওরফিজম	এং	N
l.	থ্যালাসেমিয়া	এং	N
m.	বুদ্ধি প্রতিবন্ধী	এং	N
n.	হিমোফিলিয়া	এং	N
o.	মানসিক রোগ	এং	N
p.	সিকেল সেল রোগ	এং	N
q.	অর্টিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার	এং	N
r.	বধির ও অন্ধত্ব সহ একাধিক অক্ষমতা	এং	N
s.	সেরিব্রাল পলসি	এং	N
t.	এসিড হামলার শিকার ব্যক্তি মো.	এং	N
u.	পারকিনসন	এং	N
2	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 ওষুধ সেবন করা হয়েছে / 14 দিনের বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? ঔষধ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ঔষধ এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যাপ্লিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ	এং	N
3	আবেদনকারী কি কখনও থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল পরীক্ষা, অ্যাঞ্জিওগ্রাফি, ইকোকার্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এফএনএস সম্পর্কিত কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন?	এং	N
4	আবেদনকারীর কি ডায়াবেটিস বা প্রাক-ডায়াবেটিস রয়েছে বা তার কি কখনও উচ্চ রক্তে শর্করা ছিল?	এং	N
5	আবেদনকারীর কি উচ্চ রক্তচাপ বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	এং	N
6	আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও জিনগত / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	এং	N
7	আবেদনকারীর জীবনের জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা জটিল অসুস্থতা বীমার কোনও প্রস্তাব কি কখনও প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন কোনও বীমা সংস্থা দ্বারা বাদ দেওয়া	এং	N

6. বৈদ্যুতিন নীতি পরিপূর্ণতা এবং পরিষেবা যোগাযোগের জন্য অনুমোদন

আপনি কি পরিবেশ রক্ষা করতে চান এবং আবেদন ফর্মটিতে এখানে উল্লিখিত ইমেল আইডিতে আপনার সমস্ত নীতি এবং পরিষেবা সম্পর্কিত যোগাযোগ প্রেরণের জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিয়ে কাগজ বাঁচাতে সহায়তা করতে চান? হ্যাঁ না

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 উক্তনের 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 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 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 আন্ডাররাইটিং 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 পরিষেবা সরবরাহের একমাত্র উদ্দেশ্যে বীমাকৃত / প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার/আমাদের প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার জন্য সংস্থাকে অনুমোদন দিই।

তারিখ __/__/__

স্থান _____

Proposer _____ স্বাক্ষর

8. 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: _____ Witness _____ স্বাক্ষর _____ সাক্ষীর মোবাইল নম্বর: _____

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর _____

9. প্রস্তাবক ঘোষণা

(প্রত্যয়ন যেখানে কোন কারণে, প্রস্তাব এবং অন্যান্য সংযুক্ত কাগজপত্র প্রস্তাবক দ্বারা পূরণ করা হয় না)।
 প্রস্তাব ফর্মের বিষয়বস্তু এবং সংযুক্ত নথিগুলি আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত চুক্তির তাৎপর্য পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব ফর্মটি আমার নির্দেশে _____ দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর _____

10. এর জন্য বিস্তারিত রিফারেন্স & দাবী পরিশোধ

পেমেন্ট পাওয়ার বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম: _____

ব্যাংকের নাম: _____ আইএফএসসি কোড: _____

অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____

অ্যাকাউন্টের ধরণ: _____

11. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক ডিম্যান্ড ড্রাফট ক্রেডিট কার্ড নগদ টাকার অন্যান্য প্রিমিয়ামের পরিমাণ _____

অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি: _____ তারিখ: __/__/__ ব্যাংকের নাম/শাখা _____

নিভা বুপা শাখার অবস্থান _____ কোড No _____ ব্যবসা সূত্র: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল

কোড No _____ নাম _____ প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে: _____ গ্রাহক আইডি: _____

প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী? হ্যাঁ না

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

শাখা কোড _____ এসপি কোড _____ RM/LG কোড _____

গ্রাহকের অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

13. 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।

