

GoActive™ প্রস্তাব ফর্ম

ইউআরএন: 003

1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক নাম

ডিওবি লিঙ্গ: পুরুষ নারী অন্যান্য জাতীয়তা

বর্তমান ঠিকানা

ল্যান্ডমার্ক শহর

জেলা অবস্থা দায়িত্ব অর্হাওঁসিওসন নহা

ল্যান্ডলাইন নম্বর মোবাইল নম্বর

বিকল্প সংখ্যা ই-মেইল আইডি

আধার নম্বর (ঐচ্ছিক) প্যান নম্বর

বার্ষিক আয় (রুপি)

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

দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক

আপনি কি একজন পিইপি#? হ্যাঁ না

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

থেকে তুমি চাও ঐ বাস্তব অনুলপি-এর ঐ নীতি কিট: হ্যাঁ না

ব্যাংক বিবরণ:

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর আই.এফ.এস.সি কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন: সংরক্ষণ বর্তমান শাখা শহর

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 আমি করি নি একটি ই-বীমা অ্যাকাউন্ট আছে এবং একটি খুলতে চান 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)

1. এনএসডিএল 2. পিইপিএন 3. কার্ভি 4. সিএএমএস (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

বা

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:

আপনি কি বহনযোগ্যতার জন্য আবেদন করছেন: হ্যাঁ না (যদি "হ্যাঁ" হয়, দয়া করে পৃথক বহনযোগ্যতা ফর্মটিও পূরণ করুন।)

দয়া করে প্রাসঙ্গিক বাক্সগুলিতে টিক দিন:

বেস কভারেজ:

বীমাকৃত রাশি নীতিমালার ধরণ: স্বতন্ত্র ফ্যামিলি ফ্লোটার

আচ্ছাদিত জীবন: 1এ 1A+1C 1A+2C 1A+3C 1A+4C 2এ 2A+1C 2A+2C 2A+3C 2A+4C

পলিসি কভারেজ: অঞ্চল 1: সর্বভারতীয় কভারেজ জোন 2: মুম্বাই, দিল্লি, এনসিআর, কলকাতা এবং গুজরাট রাজ্যের জন্য কো-পেমেন্ট সহ সর্বভারতীয় কভারেজ প্রযোজ্য

দ্রষ্টব্য - আপনি যদি জোন 2 নির্বাচন করেন তবে মুম্বাই, দিল্লি, এনসিআর, কলকাতা এবং গুজরাট রাজ্যে চিকিৎসার জন্য 20% সহ-অর্থ প্রদান প্রযোজ্য হবে। এই অঞ্চল-ভিত্তিক কো-পেমেন্ট ওপিডি পরামর্শ, জরুরি অ্যাম্বুলেন্স, স্বাস্থ্য পরীক্ষা/ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা, দ্বিতীয় চিকিৎসা মতামত, আচরণগত সহায়তা প্রোগ্রাম এবং ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভারের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না।

বার্ষিক সামগ্রিক ছাড়যোগ্য: হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ, তবে দয়া করে ছাড়যোগ্য পরিমাণটি চয়ন করুন:

২৫,০০০ টাকা ৫০,০০০ টাকা ১ লক্ষ টাকা ২ লক্ষ টাকা ৩ লক্ষ টাকা ৫ লক্ষ টাকা ১০ লক্ষ টাকা

পণ্যের অধীনে ঐচ্ছিক কভারেজ:

a. স্বাস্থ্য কোচ (ব্যক্তিগতকৃত স্বাস্থ্য কোচিং ও পুনর্নবীকরণ ছাড়ের ভিত্তিতে স্বাস্থ্য স্কোরের গণনা) : হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, তবে দয়া করে আচ্ছাদিত জীবনগুলি চয়ন করুন: প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি স্ত্রীর সাথে প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি

'হেলথ কোচ' কভারেজটি বেছে নেওয়ার ক্ষেত্রে, আমি সম্মত হই যে সংস্থাটি পরিষেবা সরবরাহকারীকে আমার প্রাসঙ্গিক বিবরণ সরবরাহ করতে পারে যাতে সুবিধার অধীনে পরিষেবাগুলি সরবরাহ করতে আমার সাথে যোগাযোগ করতে পারে। আমি আরও সম্মত হই এবং সম্মত হই যে মোবাইল অ্যাপ্লিকেশনটিতে ট্র্যাকিংয়ের বিশদটি সংস্থা এবং পরিষেবা সরবরাহকারীর দ্বারা বেনিফিটগুলি পাওয়ার জন্য আমার যোগ্যতা ট্র্যাক, রেকর্ড এবং গণনা করা প্রয়োজন। আমি আমার নিজের স্বাধীন ইচ্ছার মাধ্যমে এবং কোনও চাপ ছাড়াই ঘোষণা করছি এবং সম্মতি দিচ্ছি যে কোম্পানি এবং তার অনুমোদিত পরিষেবা প্রদানকারী পর্যায়ক্রমিক ভিত্তিতে এই বিবরণগুলি অ্যাক্সেস এবং রেকর্ড করতে পারে এবং নীতির অধীনে সুবিধাগুলি গণনা ও অনুসারে এই বিবরণগুলি ব্যবহার করতে পারে

b. আই-প্রোটেক্ট (প্রতি বছর বীমাকৃত রাশিতে আজীবন বৃদ্ধি @ 10%): হ্যাঁ না

c. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, তবে দয়া করে আচ্ছাদিত জীবনগুলি চয়ন করুন: প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি স্ত্রীর সাথে প্রাথমিক বীমাকৃত ব্যক্তি

5 লক্ষ টাকা এবং তার বেশি বীমাকৃত রাশির মূল কভারেজের জন্য, অনুগ্রহ করে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমা রাশি নির্বাচন করুন ২৫ হ্রদ ৫০ হ্রদ

(বেস কভারেজের জন্য ডিফল্ট ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার বীমাকৃত রাশি 10 লক্ষ টাকা বা 2 লক্ষ টাকার বীমাকৃত রাশি এবং বেসের জন্য 25 লক্ষ টাকা কভারেজ বীমা পরিমাণ 3 লক্ষ বা 4 লক্ষ টাকা।)

3. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

প্রাপ্তবয়স্ক 1

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ মোবাইল নম্বর @ (বাধ্যতামূলক)

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধু/কন্যা/জামাই/বাবা/মা/শ্বশুর/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতনি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/শ্যালক/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

পেশা ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন পিইপি থাকলে টিক চিহ্ন দিন#

প্রাপ্তবয়স্ক 2

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ মোবাইল নম্বর @ (বাধ্যতামূলক)

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক পত্নী 1

পেশা ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন পিইপি থাকলে টিক চিহ্ন দিন#

শিগু ১

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্কদের খটার 1

ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন পিইপি থাকলে টিক চিহ্ন দিন#

শিগু ২

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্কদের খটার 1

ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন পিইপি থাকলে টিক চিহ্ন দিন#

শিগু ৩

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্কদের খটার 1

ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন পিইপি থাকলে টিক চিহ্ন দিন#

শিগু ৪

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্কদের খটার 1

ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন পিইপি থাকলে টিক চিহ্ন দিন#

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 স্রাব গঠন করবে। অন্য সকল আবেদনকারী(দের) জন্য মনোনীত ব্যক্তি নিজে প্রস্তাবক হবেন।

| 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.সি কোড

5. চিকিৎসা এবং অভ্যাস সম্পর্কিত তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে এই বিভাগের সমস্ত প্রশ্নের সত্যতা এবং সম্পূর্ণরূপে উত্তর দেওয়ার বিষয়টি নিশ্চিত করুন 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 দাবি এবং / অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে। হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) চক্রাকারে বিভাগ এ এবং বি এর অধীনে প্রশ্নের উত্তর দিন। বিভাগ সি তে যে কোনও প্রকাশের বিশদ সরবরাহ করুন।

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 | | | | | |
|--|-----------------|-----|----|----|----|----|
| | এ 1 | এ 2 | C1 | C2 | C3 | C4 |
| 1. আবেদনকারী কি কোনও প্রাক-বিদ্যমান অবস্থার জন্য কোনও পরামর্শ নিয়েছেন অথবা চিকিৎসা করেছেন অথবা নিম্নলিখিতগুলির কোনটি ছিল? | | | | | | |
| i. কোনও সার্জারি বা অস্ত্রোপচার পদ্ধতি | এন | N | এন | N | এন | N |
| ii. 5 দিনের বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি | এন | N | এন | N | এন | N |
| iii. 14 দিনেরও বেশি সময় ধরে ওষুধ (মৌখিক/ইনহেলেশন / ইনজেকশন / সাময়িক সহ) | এন | N | এন | N | এন | N |
| iv. সাধারণ সর্দি, ফলু, সংক্রমণ, ছোটখাটো আঘাত অথবা অন্যান্য ছোটখাটো অসুস্থতা ব্যতীত গত 6 মাসে কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা অথবা তদন্তের প্রতিকূল ফলাফল অথবা কোনও স্থায়ী লক্ষণ | এন | N | এন | N | এন | N |
| v. উচ্চ বা নিম্ন রক্তচাপ / ডায়াবেটিস বা অস্বাভাবিক রক্তে শর্করা | এন | N | এন | N | এন | N |
| vi. কোন ক্যান্সার, দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগ, মনস্তাত্ত্বিক, স্নায়বিক (মস্তিষ্ক / মেরুদণ্ড) বা সম্পর্কিত রোগ | এন | N | এন | N | এন | N |
| নীচের প্রশ্নটি কেবল 18-50 বছর বয়সের মহিলাদের দ্বারা উত্তর দেওয়া উচিত | | | | | | |
| 2. আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী এবং / অথবা বর্তমান বা আগের গর্ভাবস্থায় কোনও জটিলতা রয়েছে? | এন | N | এন | N | এন | N |

বিভাগ বি: অভ্যাস সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করুন

| প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন | আবেদনকারী নম্বর | | | | | |
|---|-----------------|-----|----|----|----|----|
| | এ 1 | এ 2 | C1 | C2 | C3 | C4 |
| আবেদনকারী কি নিম্নলিখিতগুলির কোনটি গ্রহণ করেন: | এন | N | এন | N | এন | N |
| i. চিবানো যায় তামাক / গুটখা / পান মশলা - দয়া করে প্রতি সপ্তাহে পাউচের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন | | | | | | |
| ii. অ্যালকোহল - দয়া করে প্রতি সপ্তাহে চশমা / মিলি সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন | | | | | | |
| iii. সিগারেট / বিড়ি / সিগার - দয়া করে প্রতি সপ্তাহে খরচ নির্দিষ্ট করুন | | | | | | |

বিভাগ সি: বিভাগ এ হ্যাঁ (ওয়াই) চিহ্নিত প্রশ্নগুলির জন্য, দয়া করে নিম্নলিখিত তথ্য নির্দিষ্ট করুন:

| আবেদনকারী নম্বর | লক্ষণ (গুলি) বা তদন্ত (গুলি) বা রোগ নির্ণয় বা পদ্ধতি / অস্ত্রোপচারের বিশদ বিবরণ | | শর্তের সময়কাল | ওষুধ (সমূহ) | ডোজ | বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান) | চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের | সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না) |
|-----------------|--|--------------------------|----------------|-------------|-----|--|---------------------------------------|------------------------|
| | বিস্তারিত | শুরুর তারিখ (DD/MM/YYYY) | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| আবেদনকারীর জীবনের জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ, ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বা গুরুতর অসুস্থতা বীমার কোনও প্রস্তাব কি কখনও প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন কোনও বীমা সংস্থা দ্বারা বর্জন করা হয়েছে? | আবেদনকারী নম্বর | | | | | |
|--|-----------------|-----|----|----|----|----|
| | এ 1 | এ 2 | C1 | C2 | C3 | C4 |
| | এন | N | এন | N | এন | N |

7. 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?

8. 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।

9. ঘোষণা (অনুগ্রহ করে মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং প্রস্তাব ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার আগে প্রত্যেকের বিপরীতে 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 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।

তারিখ স্থান প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

10. 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:

সাক্ষীর নাম সাক্ষীর স্বাক্ষর প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

11. প্রস্তাবক ঘোষণা

(সার্টিফিকেশন যেখানে কোনও কারণে, প্রস্তাব এবং অন্যান্য সংযুক্ত কাগজপত্র প্রস্পেক্ট 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 নির্দেশে দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

12. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক ডিম্যান্ড ড্রাফট
 ক্রেডিট কার্ড প্রিমিয়ামের পরিমাণ

অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:

D D M M

ব্যাংকের নাম/শাখা

নিভা বুপা শাখার অবস্থান

কোড নং

ব্যবসার উৎস:
 উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল
 কোড নং

নাম

গ্রাহক ID:

প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী? হ্যাঁ না

13. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কাসুরেন্স চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

শাখা কোড এসপি কোড

RM/LG কোড

উপদেষ্টার অ্যাকাউন্ট সংখ্যা

14. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

- আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্কিত? হ্যাঁ/না; যদি হ্যাঁ, সম্পর্কের প্রকৃতি?
- প্রস্তাবককে আপনি কতদিন ধরে চেনেন? মাস
- প্রস্তাবকের পরিচয় নিয়ে আপনি কি সন্তুষ্ট? হ্যাঁ না
- প্রস্তাবক বা কোন আবেদনকারীর কি কোন শারীরিক বিকৃতি/ক্রটি বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে? হ্যাঁ না
- আপনি কি প্রস্তাবিত নীতির শর্তাবলী, নবায়নযোগ্যতার শর্তাবলী, ব্যতিক্রম, পলিসির অপেক্ষার সময়কাল ব্যাখ্যা করেছেন এবং প্রস্তাবক ব্যক্তিগতভাবে স্বাস্থ্য ঘোষণাটি সম্পন্ন হ্যাঁ না
- আপনি কি নৈতিক বিপদ সহ সমস্ত কারণ বিবেচনা করে এই প্রস্তাব ফর্মটি গ্রহণের পরামর্শ দেন? হ্যাঁ না
- আপনি কি নিরপেক্ষভাবে প্রস্তাবককে পরামর্শ দিয়েছেন এবং প্রস্তাবককে তার স্বার্থে সর্বোত্তম প্রচ্ছদে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম করার জন্য সমস্ত তথ্য সরবরাহ করেছেন? হ্যাঁ না

তারিখ ডি টি এম এম ওয়াই ওয়াই ওয়াই ওয়াই

বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর

15. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

ছাড় নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938 এর ধারা 41 এর অধীনে)

- কোন ব্যক্তি ভারতে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত যে কোন প্রকার ঝুঁকি, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় বা পলিসিতে প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন ছাড় বা কোন প্রকার ছাড়ের ক্ষেত্রে 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।
- কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব্যর্থ হলে তিনি দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানার জন্য দায়ী থাকবেন।

16. আবহা আইডি

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

17. D...রিফান্ড ও পেইমেন্টের জন্য টেইল...নদাবী সমূহ

পেমেন্ট পাওয়ার অপশন: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর আইএফএস কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন:

নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, First Floor, Laজপত 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 'হাটবিট' 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। শতাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

কী ফিচার ডকুমেন্ট (কেএফডি) - GoActive™

নিভা বুপা তার গ্রাহকদের সাথে ন্যায্য এবং স্বচ্ছ হওয়ার জন্য নিবেদিত। এই দস্তাবেজটি আপনার নীতির মূল বৈশিষ্ট্যগুলির সংক্ষিপ্তসার জানায়, তবে এটি আপনার নীতি চুক্তিকে প্রতিস্থাপন করে না এবং আমরা আপনাকে এই পণ্যটি ক্রয় শেষ করার আগে আপনার নীতির সমস্ত বিবরণ পড়তে উত্সাহিত করি।

সক্রিয় আপনাকে আপনার প্রয়োজনীয়তাগুলি আরও ভালভাবে মেটাতে একাধিক ঐচ্ছিক সুবিধা সহ হাসপাতালে ভর্তি থেকে শুরু করে বহিরাগত রোগীদের বেনিফিট থেকে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার কভার পর্যন্ত বিস্তৃত সুবিধা সরবরাহ করে।

আপনার নীতিতে উল্লিখিত কিছু সীমাবদ্ধতা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে নিম্নলিখিত বেস বেনিফিটগুলি সরবরাহ করা হয়:

- রুম ভাড়া এবং আইসিইউ চার্জ সহ একটি হাসপাতালে রোগীদের যত্ন
- যথাক্রমে 90 ও 180 দিনের জন্য হাসপাতালে ভর্তির আগে ও পরে ব্যয়
- জীবন্ত অঙ্গ প্রতিস্থাপন
- আবাসিক হাসপাতালে ভর্তি ও হোম স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা
- জরুরি গ্রাউন্ড অ্যাম্বুলেন্স
- পলিসি বছরের সময়, বিভিন্ন অসুস্থতা/অবস্থার জন্য অথবা পলিসির আওতাভুক্ত অন্যান্য বীমাকৃত সদস্যদের জন্য করা দাবির কারণে বীমাকৃত রাশি নিঃশেষ হয়ে গেলে পুনরায় পূরণ করুন
- আপনার পছন্দের বার্ষিক স্বাস্থ্য চেক-আপ প্যাকেজ বা ডায়াগনস্টিক পরীক্ষার পছন্দ
- বহিরাগত রোগীর পরামর্শ সর্বাধিক প্রতি পরামর্শের সীমা সাপেক্ষে
- নির্দিষ্ট অসুস্থতা বা পরিকল্পিত অস্ত্রোপচার বা অস্ত্রোপচার পদ্ধতি নির্ণয়ের বিষয়ে বিশেষজ্ঞদের কাছ থেকে দ্বিতীয় চিকিৎসা মতামত
- স্ট্রেস ম্যানেজমেন্ট, পুষ্টি, প্যারেন্টিং ও অন্যদের উপর সহায়তা প্রদানের জন্য কাউন্সেলিং সেশন
- ফার্মাসি এবং ডায়াগনস্টিক বুকিং পরিষেবা
- প্রারম্ভিক বয়স ছাড়: বেস প্রিমিয়ামের 10% ছাড় (অর্থাৎ কোনও লোডিং বা ছাড়ের আগে প্রিমিয়াম, বেস কভারের জন্য কর ব্যতীত) প্রথম পলিসি এবং আজীবন পরবর্তী সমস্ত পুনর্নবীকরণের সময় দেওয়া হবে, যদি প্রথম পলিসি শুরু হওয়ার সময় প্রবীণতম সদস্যের বয়স 35 বছরের কম বা সমান হয়। প্রযোজ্য হলে এই জাতীয় ছাড় ফ্যামিলি ফ্লোটার পলিসি প্রিমিয়ামের ক্ষেত্রেও প্রযোজ্য
- জোন কভারেজের ভিত্তিতে বেছে নেওয়ার পছন্দ যা 20% সহ-অর্থ প্রদানের জন্য মুম্বাই (নভি মুম্বাই ও থানে সহ), দিল্লি এনসিআর, কলকাতা এবং গুজরাট রাজ্যে চিকিৎসার জন্য প্রযোজ্য হবে / প্রযোজ্য হবে না
- আধুনিক চিকিৎসা আচ্ছাদিত, সীমাবদ্ধতা সাপেক্ষে

নিম্নলিখিত ঐচ্ছিক সুবিধাগুলি আপনার নীতিতে উল্লিখিত কিছু সীমা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে সরবরাহ করা হয়:

- আই-প্রোটেক্ট: প্রতিটি পুনর্নবীকরণের উপর বীমাকৃত মূল পরিমাণের 10% দ্বারা বীমাকৃত অর্থরাশি বৃদ্ধি। যতক্ষণ না নীতিটি পুনর্নবীকরণ করা হয় অথবা আপনি এই সুবিধাটি থেকে বেরিয়ে আসার অনুরোধ না করেন ততক্ষণ প্রতিটি পলিসি বছরের জন্য এই সুবিধা সরবরাহ করা হবে।
- স্বাস্থ্য কোচ - ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য কোচ সহ নিজেস্ব ফিট এবং সুস্থ রাখার জন্য সুস্থতা পরিষেবা। আপনার স্বাস্থ্য স্কোরের উপর ভিত্তি করে, পুনর্নবীকরণের সময় বেস প্রিমিয়ামের 20% পর্যন্ত প্রিমিয়াম ছাড় (অর্থাৎ কর এবং ঐচ্ছিক সুবিধা ব্যতীত প্রিমিয়াম) প্রযোজ্য হতে পারে।
- দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু, স্থায়ী মোট ও আংশিক অক্ষমতার বিরুদ্ধে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার কভারেজ

দয়া করে নোট করুন যে ঐচ্ছিক সুবিধার জন্য একটি অতিরিক্ত বার্ষিক প্রিমিয়াম নেওয়া হয়

নোট করুন যে অপেক্ষার সময়কাল নীতি অনুসারে প্রযোজ্য:

- পলিসি শুরু হওয়ার পর থেকে 36 মাসের প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল এবং ক্রমাগত পুনর্নবীকরণ
- 30 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল যদি না চিকিৎসার প্রয়োজন হয় দুর্ঘটনার ফলাফল
- কিছু তালিকাভুক্ত অসুস্থতার জন্য 24 মাসের নির্দিষ্ট অপেক্ষার সময়কাল, যদি না শর্তটি সরাসরি ক্যান্সার (30 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়ের পরে আচ্ছাদিত) বা দুর্ঘটনা (1 দিন থেকে আচ্ছাদিত) দ্বারা সৃষ্ট হয়
- দয়া করে মনে রাখবেন যে ওয়েটিং পিরিয়ডগুলি বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা বা ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা, দ্বিতীয় চিকিৎসা মতামত, বহিরাগত রোগীদের পরামর্শ, কাউন্সেলিং সেশন এবং ঐচ্ছিক সুবিধার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না

নোট করুন যে নীতি চুক্তিতে নির্ধারিত মান ব্যতিক্রমগুলি প্রযোজ্য। উপরন্তু, আশ্রয়রাইটিং ফলাফলের উপর ভিত্তি করে, কিছু নির্দিষ্ট ব্যতিক্রম আপনার নীতিতেও প্রযোজ্য হতে পারে।

আপনার পলিসির অন্যান্য মূল বৈশিষ্ট্যগুলি নিম্নরূপ:

- স্বতন্ত্র বা পারিবারিক ফ্লোটার কভার (2 জন প্রাপ্তবয়স্ক এবং 4 জন শিশু পর্যন্ত), পলিসিতে কোনও সদস্য (গুলি) সংযোজন বা মুছে ফেলা কেবল পুনর্নবীকরণের সময়ই করা হচ্ছে।
- আপনার নিশ্চিতকরণ এবং সময়মত প্রিমিয়াম প্রদানের সাপেক্ষে আপনার পলিসির আজীবন পুনর্নবীকরণযোগ্যতা।
- আপনার বয়স বাড়ার সাথে সাথে আপনার পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রতি বছর বৃদ্ধি পাবে তবে আপনার দাবির অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে পরিবর্তন হবে না। ভবিষ্যতে আইআরডিএআই-এর অনুমোদন সাপেক্ষে এবং সময়ে সময়ে প্রযোজ্য আইআরডিএআই-এর নিয়মকানুন অনুসারে পণ্যের পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়ামের হারগুলি সংশোধন করা যেতে পারে।
- যদি আপনার প্রস্রাবটি ইস্যু করার জন্য প্রত্যাহৃত হয়, তাহলে আপনি প্রি পলিসি মেডিকেল চেক-আপ (পিপিএমসি) খরচের 100% বহন করবেন।

দৃষ্টব্য:

ফ্রি লুক বিধান: আপনি যদি পলিসির শর্তাবলীর সাথে একমত না হন তবে আপনি পলিসি ডকুমেন্ট প্রাপ্তির 15 দিনের মধ্যে আপনার কারণগুলি উল্লেখ করে নীতিটি বাতিল করতে পারেন তবে শর্ত থাকে যে কোনও সুবিধার অধীনে কোনও দাবি করা হয়নি। কভার পিরিয়ডের জন্য মেডিকেল চেক-আপ, স্ট্যাম্প ডিউটি এবং আনুপাতিক ঝুঁকি প্রিমিয়ামের জন্য চার্জ কেটে নেওয়ার পরে প্রিমিয়ামটি ফেরত দেওয়া হবে। পলিসি নবায়নের সময় ফ্রি লুক বিধান প্রযোজ্য নয়।
প্রিমিয়াম: অনুগ্রহ করে নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের নামে পেমেন্টের একটি সুরক্ষিত মোডের মাধ্যমে প্রিমিয়ামের পরিমাণ জমা দিন। অনুগ্রহ করে নোট করুন যে এই পণ্যের অধীনে বহির্ভাগের রোগীদের পরামর্শ সুবিধা কেবলমাত্র নগদহীন ও পরিশোধের ভিত্তিতে নির্বাচিত শহরগুলিতে ডাক্তারদের আমাদের নেটওয়ার্কের মধ্যে উপলব্ধ। আমাদের ওয়েবসাইট www.nivabupa.com বা আমাদের গ্রাহক হেল্পলাইন নম্বর 1860-500-8888 এ কল করে নীতি কেনার আগে দয়া করে শহরগুলির তালিকাটি পরীক্ষা করুন।

আমি এতদ্বারা কোম্পানিকে সময়ে সময়ে কোম্পানির প্রস্তাবিত বা বিদ্যমান নীতি সম্পর্কিত ওয়েলকাম কল, সার্ভিস কল বা অন্য কোনও যোগাযোগ (ইলেকট্রনিক বা অন্যথায়) করার জন্য সম্মতি দিচ্ছি এবং অনুমোদন দিচ্ছি।

তারিখ: _____

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: _____

স্থান: _____

প্রস্তাবকের নাম: _____

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: GoActiveTM, প্রোডাক্ট ইউআইএন নং: MAXHLIP21173V022021

কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকারোক্তি

আবেদন নং

তারিখ

DDMMYY

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিম্যান্ড ড্রাফট / অন্যান্য _____ দ্বারা পরিমাণ প্রাপ্তি স্বীকার করি

টাকার পরিমাণ।

তারিখ

DDMMYY

টানা

DDMMYY

বীমার জন্য একটি সম্পূর্ণ প্রস্তাব বা চাওয়া কোনও পলিসির জন্য কোনও অর্থ প্রদানের আমাদের কাছে জমা দেওয়া আমাদের কোনও নীতি জারি করতে সম্মত হতে বাধ্য করে না, যা সিদ্ধান্তটি 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

রিসিভারের স্বাক্ষর এবং অফিস সিল

পণ্যের নাম: GoActiveTM, প্রোডাক্ট ইউআইএন নং: MAXHLIP21173V022021