

স্বাস্থ্য সহচর

প্রস্তাব ফর্ম

ইউআরএন: 025

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 কতটা প্রাসঙ্গিক এবং এটি আপনার নীতিতে প্রভাবিত। সুতরাং এটি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ যে আপনি সমস্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করেন এবং এটি কতটা প্রাসঙ্গিক তা আমরা সিদ্ধান্ত নেব (আমরা এটিকে উপাদান 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। প্রব ধানগুলি আদেশ দেয় যে আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম পাওয়ার পরে এবং ঝুঁকিটি স্পষ্টভাবে গ্রহণ করার পরেই কভারেজটি শুরু হতে পারে।

1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক	নাম					
ডিওবি	D D I M M	এবং	এবং	এবং	এবং	এবং
বর্তমান ঠিকানা	লিঙ্গ:			পুরুষ	নারী	অন্যান্য
				জাতীয়তা		
ল্যান্ডমার্ক				শহর		
জেলা	অবস্থা			পার্সোনাল আইডেন্টিফিকেশন নম্বর		
ল্যান্ডলাইন নম্বর				মোবাইল নম্বর		
ই-মেইল আইডি				বিকল্প সংখ্যা		
প্যান নম্বর	(নগদ 50,000 টাকার বেশি প্রিমিয়ামের জন্য বাধ্যতামূলক এবং অন্যান্য উপায়ে 1 লক্ষ টাকা)					
বার্ষিক আয় (রপি)				CKYC নম্বর		
পেশা	বেতনভোগী	স্ব-কর্মসংস্থান	ছাত্র	গৃহিণী	অন্যান্য, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন	
দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম				প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক		

আমি পরিবেশ রক্ষা করতে চাই এবং আপনার সমস্ত নীতি এবং পরিষেবা সম্পর্কিত পাঠানোর জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিয়ে কাগজ বাঁচাতে সহায়তা করতে চাই
আবেদন ফর্মে এখানে উল্লিখিত ইমেল আইডিতে যোগাযোগ?

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এর দ্বারা নিভা বৃষ্টি হেলথ ইস্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/সহযোগীদের আমার নিবন্ধিত ফোন নম্বরে এস.এম.এস / ইমেল / ফোন / হোয়াটসঅ্যাপ / ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি আমার ডি.এন.ডি. রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইজ করে ওয়েলকাম কল / এস.এম.এস, সার্ভিস কল / এস.এম.এস বা অন্য কোনও বাণিজ্যিক যোগাযোগ।

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

HealthCare) এবং/অথবা পাসপোর্ট (পিইপি) হলে, এমন ব্যক্তি যাঁরা বিশিষ্ট পাসপোর্ট অংশন যেমন কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, প্রধীণ রাজনীতিবিদ, উর্বেসন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারী বা স্থানীয় সিভিলিয়ন এঞ্জিনিয়ার, গুরুত্বপূর্ণ দায়িত্ব কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিবৃতিটি দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রদান করুন।)

ব্যাংক বিবরণ:						
ব্যাংকের নাম						
অ্যাকাউন্ট নম্বর				আই.এফ.এস.সি 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)

<input type="checkbox"/> মেসার্স এনএসডিএল ডাটাভেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড	<input type="checkbox"/> মেসার্স সেন্ট্রাল ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড
<input type="checkbox"/> মেসার্স কার্ভি ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড	<input type="checkbox"/> মেসার্স সি.এম.এস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

আমার বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব নেই এবং আমি একটি নতুন ই-বীমা হিসাব তৈরি করতে আগ্রহী

(দয়া করে প্রাসঙ্গিক নথি সহ বৈদ্যুতন বীমা অ্যাকাউন্ট 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, 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।

তারিখ	D D M M	এবং	এবং	এবং	এবং	এবং
	স্থান			প্রস্তাবকের স্বাক্ষর		

2. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী ১ জন

নাম

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

মোবাইল নম্বর জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / শ্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ২

নাম

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

মোবাইল নম্বর জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / শ্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৩

নাম

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

মোবাইল নম্বর জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / শ্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৪

নাম

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

মোবাইল নম্বর জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / শ্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৫

নাম

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

মোবাইল নম্বর জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / শ্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৬

নাম

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

মোবাইল নম্বর জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব / স্ত্রী / বাবা / মা / শ্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী

যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

* প্রিমিয়ামে ৫% ছাড় নিন, শুধুমাত্র ব্যারিস্টার ২০২২ এর জন্য প্রযোজ্য। মেডিকেল 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 প্রতিনিধিত্বের মধ্যে ঔষধ অনুশীলন করার অধিকারী; এবং তার লাইসেন্সের সুযোগ এবং প্রতিনিধিত্বের মধ্যে কাজ করছে। টীকাঃ ১. যদি প্রস্তাবকের সাথে আবেদনকারী ১ এর সম্পর্ক কর্মচারী হয়, তাহলে অন্যান্য আবেদনকারীর সম্পর্ক আবেদনকারী ১-এর সাথে।

3. কভারেজ নির্বাচন:

বেস কভারেজ:

পলিসির ধরন#:	<input type="checkbox"/> স্বতন্ত্র <input type="checkbox"/> ফ্যামিলি ফ্লোটোর
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	<input type="checkbox"/> প্রাপ্তবয়স্কদের <input type="checkbox"/> ছেলেমেয়েদের
বৈকল্পিক:	<input type="checkbox"/> বৈকল্পিক 2022 <input type="checkbox"/> বৈকল্পিক 1 <input type="checkbox"/> বৈকল্পিক 2 <input type="checkbox"/> বৈকল্পিক 3 <input type="checkbox"/> পরিবার প্রথম <input type="checkbox"/> বৈকল্পিক 2023
বেস বীমাকৃত রাশি:	বীমাকৃত রাশি (স্বতন্ত্র অথবা পারিবারিক ফ্লোটোর) বীমাকৃত রাশি (পরিবার প্রথম) ব্যক্তি বীমাকৃত রাশি (ফ্যামিলি ফার্স্ট) ফ্লোটোর
পলিসির মেয়াদ:	<input type="checkbox"/> ১ বছর <input type="checkbox"/> 2 বছর <input type="checkbox"/> 3 বছর

ঐচ্ছিক কভারেজ:

1. হাসপাতাল নগদঃ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
a. পরিবারের প্রথম পরিকল্পনার জন্য হাসপাতালের নগদ (যদি নির্বাচিত হয়)	<input type="checkbox"/> 1,000 / দিন <input type="checkbox"/> 2,000 / দিন
2. বার্ষিক সামগ্রিক ছাড়যোগ্য	<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"/> ১ হ্রদ <input type="checkbox"/> ২ হ্রদ <input type="checkbox"/> ৩ হ্রদ <input type="checkbox"/> ৪ হ্রদ <input type="checkbox"/> ৫ হ্রদ <input type="checkbox"/> ১০ হ্রদ
3. 'ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার' বেছে নেওয়ার ক্ষেত্রে দয়া করে টিক চিহ্ন দিন (এই বিকল্পটি কেবল 18 বছর বা তার বেশি বয়সের আবেদনকারীদের জন্য উপলব্ধ)	আবেদনকারী ১ জন <input type="checkbox"/> আবেদনকারী ২ <input type="checkbox"/> আবেদনকারী ৩ <input type="checkbox"/> আবেদনকারী ৪ <input type="checkbox"/> আবেদনকারী ৫ <input type="checkbox"/> আবেদনকারী ৬ <input type="checkbox"/>
ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার ফ্যাক্টর (বেস বীমাকৃত রাশির সময়)	<input type="checkbox"/> 1 এক্স <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> 3 এক্স <input type="checkbox"/> 4 এক্স <input type="checkbox"/> 5X

অ্যাড-অন(গুলি):

1. রক্ষাকবচ	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> রক্ষাকবচ <input type="checkbox"/> রক্ষাকবচ+
2. 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%
3. প্রাক-প্রস্থান রোগ অপেক্ষার সময় সংশোধন	
i. বৈকল্পিক 1	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> টি অর্প করা হয়েছে <input type="checkbox"/> ১ বছর <input type="checkbox"/> 2 বছর <input type="checkbox"/> ৩ বছর
ii. বৈকল্পিক 2, বৈকল্পিক 3, ভ্যারিয়েন্ট 2022, ফ্যামিলি ফার্স্ট	<input type="checkbox"/> অর্প করা হয়নি <input type="checkbox"/> ১ বছর <input type="checkbox"/> 2 বছর <input type="checkbox"/> ৪ বছর
4. ক্রমের ধরন পরিবর্তন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> স্ট্যান্ডার্ড একক রুম <input type="checkbox"/> অংশীদারি রুম

#Family সমস্ত বীমাকৃত সদস্যদের জন্য ফ্লোটোর বীমাকৃত রাশি সাধারণ। ফ্লোটোর মানে স্বতন্ত্রভাবে বা পদ্বিলিতভাবে সমস্ত বীমাকৃত হাসপাতালের নগদ \$500 এই সীমারে দাবি করতে পারেন; প্রতিদিন 1,000 টাকা (ডেইরিয়েন্ট 1 এর জন্য), প্রতিদিন 2,000 টাকা (ডেইরিয়েন্ট 2 এর জন্য), প্রতিদিন 4,000 টাকা (ডেইরিয়েন্ট 3 এর জন্য), এবং ডেইরিয়েন্ট 2022-এর জন্য, প্রতিদিন 1,000 টাকা (5 লক্ষ টাকার পর্যন্ত বীমাকৃত রাশির জন্য), প্রতিদিন 2,000 টাকা (7.5 লক্ষ টাকার থেকে 15 লক্ষ টাকার পর্যন্ত বীমাকৃত রাশির জন্য), এবং প্রতিদিন 4,000 টাকা (টেকার উপরে বীমাকৃত রাশির জন্য)। 15 লাখ।

4. বহনযোগ্যতা

নীতিমালা নং	বীমা কোম্পানি	ঝুঁকি সমাপ্তির তারিখ	ঝুঁকি সমাপ্তির তারিখ	পোর্টিং এর কারণ

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

5. 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।

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 ব্যাঙ্কের বিবরণ: সুবিধাভোগীর নাম:

ব্যাঙ্কের নাম

অ্যাকাউন্টের ধরন

সংরক্ষণ

কুর ভাড়া

অ্যাকাউন্ট নম্বর

আইএফএসসি কোড

6. চিকিৎসা, অভ্যাস ও অতীত প্রস্তাবের তথ্য

ধারা ক: বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত যে কোন ব্যক্তির ক্ষেত্রে:	সদস্য ১	সদস্য ২	সদস্য ৩	সদস্য ৪	সদস্য ৫	সদস্য ৬
জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা গুরুতর অসুস্থতা বীমার জন্য কোনও আবেদন কি কোনও বীমা সংস্থা কর্তৃক কোনও বিশেষ শর্ত সাপেক্ষে প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা করা হয়েছে?						
বিভাগ বি: বীমা করার প্রস্তাবিত ব্যক্তির মধ্যে কেউ কি কখনও নির্ণয় করা হয়েছে:						
i. হৃদরোগ যেমন হার্ট অ্যাটাক, হার্ট ফেইলিওর, ইসকেমিক হার্ট ডিজিজ বা করোনারি হার্ট ডিজিজ, এনজাইনা ইত্যাদি	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
ii. টিউমার, কোন অঙ্গের ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, সারকোমা	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
iii. প্রধান অঙ্গ ব্যর্থতা (কিডনি, লিভার, হার্ট, ফুসফুস ইত্যাদি)	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
iv. স্ট্রোক, এনসেফালোপ্যাথি, মস্তিষ্কের ফোড়া বা কোনও মায়বিক রোগ	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
v. পালমোনারি ফাইব্রোসিস, ফুসফুসের পতন বা আন্তঃস্থায়ী ফুসফুসের রোগ (আইএলডি)	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
vi. হেপাটাইটিস বি বা সি, দীর্ঘস্থায়ী লিভারের রোগ, ক্রোহনের রোগ, আলসারেটিভ কোলাইটিস	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
vii. আয়রনের ঘাটতিজনিত রক্তাল্পতা ব্যতীত অন্য কোনও রক্তাল্পতা	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
viii. কখনও 5 দিনের বেশি হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
ix. কখনও কি একটানা 10 দিনের বেশি কোনও গুরুত্বপূর্ণ সেবন করেছেন? ঔষধ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ঔষধ এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যাপ্লিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
x. যে কোনও চিকিৎসা, অস্ত্রোপচার অথবা চিকিৎসার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে তার জন্য অপেক্ষা করা হচ্ছে	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xi. অতীতে আক্রান্ত কোনও রোগের জন্য কোনও পর্যায়ক্রমিক/নিয়মিত ফলোআপের অধীনে, নিরাময় হয়েছে কিনা? ফলোআপ মানে পর্যায়ক্রমিক পরামর্শ, তদন্ত ইত্যাদি	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xii. ডাক্তার (গুলি) এর সাথে কোনও পরামর্শ আছে অথবা	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xiii. ডায়াবেটিস (হাই ব্লাড সুগার), প্রি-ডায়াবেটিস, উচ্চ বা নিম্ন রক্তচাপ, বৃক্ক ব্যথা বা কোনো হৃদরোগ বা ধাঁহরয়েড ডিসঅর্ডার, অ্যাজমা, ব্রংকাইটিস	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xiv. পিতামাতার কোন বংশগত বা জেনেটিক অবস্থা আছে? দয়া করে উল্লেখ করুন এমনকি যদি তাদের মধ্যে কেউ বাহক রাস্ত্র হয় অর্থাৎ, রোগ ছিল না কিন্তু একটি কার ছিল	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xv. পিণ্ডখলি, কিডনি, মুত্রথলি, মুত্রনালী ইত্যাদির মতো কোনও অঙ্গ কোনও ক্যালকুলাস (পাথর) ব্যাধি।	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xvi. টিউমার (ফোলা) - সৌম্য বা ম্যালিগন্যান্ট, শরীরের কোথাও কোনও বাহ্যিক আলসার / বৃদ্ধি / সিস্ট / ভর?	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xvii. এইচআইভি / এইডস, রক্তাল্পতা, থ্যালাসেমিয়া, হিমোফিলিয়া বা রক্ত সম্পর্কিত অন্য কোনও সমস্যা।	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xviii. মানসিক রোগ বা স্লিপ ডিসঅর্ডার?	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xix. স্বাস্থ্যের কোনও অবস্থা, রোগ, লক্ষণ অথবা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য যা উপরে ধরা পড়ে না। যদি এই প্রশ্নের উত্তর কারও জন্য হ্যাঁ হয় তবে সমস্ত মেডিকেল ডকুমেন্ট সরবরাহ করুন	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
xx. ধূমপান করেন বা তামাক/গুঁটখা/পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করেন যদি হ্যাঁ, দয়া করে নিম্নলিখিতগুলির উত্তর দিন:	ম	ে	ধ	ম	ে	ধ
আবেদনকারী কখন ধূমপান / তামাক সেবন শুরু করেছেন? ক) স্কুল খ) ১০+২ গ) কলেজে ঘ) যখন কাজ শুরু করেন ঙ) পরে						
আবেদনকারী কত বছর ধরে মদ্যপান করছেন?						
আবেদনকারী সপ্তাহে কত দিন মদ্যপান করেন? (1/2/3/4/5/6/7)						

বিভাগ সি: বিভাগ বি তে 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)	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের বিশদ	সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)	
	যদি ডায়াবেট HbA1c লেভেল হয়	উচ্চ রক্তচাপ বিপি লেভেল হলে		অন্য কোন বিবরণ							শুরুর তারিখ (ডিডি / এমএম/ /
		সিস্টোলিক ডায়াস্টোলিক									

7. 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 নীতির ভিত্তি গঠন করবে, বীমাকারীর বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতি সাপেক্ষে এবং 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 চাইছেন যার কাছে বীমা / প্রস্তাবক ব্যক্তির উপর বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্ডাররাইটিং উদ্দেশ্যে।
- আমি সংস্থাতিকে 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

D D M M এবং এবং এবং এবং

স্থান

প্রস্তাবকের 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

এর স্বাক্ষর
সাক্ষী

সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

এর স্বাক্ষর
প্রস্তাবক

9. 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 তত্পর 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 (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প	<input type="checkbox"/> চেক	<input type="checkbox"/> ডিমান্ড ড্রাফট	<input type="checkbox"/> ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড	<input type="checkbox"/> নেট ব্যাংকিং	<input type="checkbox"/> ক্যাশ আদার
প্রিমিয়ামের পরিমাণ	অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:			তারিখ	D D M M এবং এবং এবং এবং
ব্যাংকের নাম/শাখা				নিভা বুপা শাখার অবস্থান	
কোড নং	ব্যবসা সূত্র: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল				
কোড নং					
নাম					
প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:	D D M M এবং এবং এবং এবং	গ্রাহক ID:			
প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না			

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

ব্রাঞ্চ কোড এসপি কোড		RM/LG কোড	
C উত্তমার অ্যাকাউন্ট নম্বর			

12. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

আমি, কর্পোরেট এজেন্ট/রোকোর/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 সংস্কারকে বাজেয়াপ্ত করা যেতে পারে।

তারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং

বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর

13. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

কোনও নিষিদ্ধ করা হয়। এই আবেদন প্রক্রিয়ায় প্রদত্ত তথ্যের ভিত্তিতে প্রদত্ত প্রিমিয়ামের কোনও ছাড় বা কোনও প্রকার ছাড়ের ক্ষেত্রে কোনও ব্যক্তিকে প্ররোচিত করিবার বা করিবার প্ররোচনা স্বরূপ কোনও 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।

14. গ্রামীণ ও সামাজিক খাত বিভাগ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):

আশা কর্মী মো. MGNREGA কর্মী

15. 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
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না

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: 6000DL2008PLC182918। শর্তাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

16. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার অপশনঃ

ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর

অ্যাকাউন্টের ধরন

আইএফএসসি কোড

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

Delhi-110024 Disclaimer: বিমা 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: 6000DL2008PLC182918। শর্তাদি, ব্যতিক্রম, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় ব্রেশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

পণ্যের নাম: স্বাস্থ্য সহচর, পণ্য ইউআইএন: NBHHUP24115V072324 অ্যাড-অন নাম: সুরক্ষা, অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA24109V022324 |

অ্যাড-অন নাম: সংরক্ষণ করুন, অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA24070V012324

কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকারোক্তি

আবেদন নং

তারিখ

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফট / অন্যান্য _____ টাকার পরিমাণ প্রাপ্তি স্বীকার করি _____ তারিখে _____ তারিখে। বিমার 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 বিমার জন্য একটি প্রস্তাব গ্রহণ করি, তাহলে এটি পলিসির শর্তাবলী সাপেক্ষ 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