

1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক নাম

ডিওবি লিঙ্গ: পুরুষ নারী জাতীয়তা

বর্তমান ঠিকানা

ল্যান্ডমার্ক শহর

জেলা অবস্থা পাসপোর্ট আইডি নম্বর

ল্যান্ডলাইন নম্বর মোবাইল নম্বর

ই-মেইল আইডি বিকল্প সংখ্যা

সিকিওয়াইসি নম্বর (গ্রিডিক): প্যান নম্বর

বার্ষিক আয় (টাকা)

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

দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক

আমি সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এর দ্বারা নিভা বৃণা হেলথ ইস্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/ ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার ডিএনডি রেজিস্ট্রেশনকে গুণগতভাবে উন্নত করে আমার ডিএনডি রেজিস্ট্রেশনের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি

আপনি অথবা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি পিইপি # আছে? হ্যাঁ না
 #Politically এম্পোজড পার্সনস (পিইপি) হলেন এমন ব্যক্তি যারা বিশিষ্ট পাবলিক ফাংশন যেমন কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, প্রবীণ রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বা ভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারী সংস্থার সিনিয়র এক্সিকিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রস্তাবনা পূরণ করুন)

তুমি কি পলিসি কন্ট্রোল 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 পলিসিটি একাউন্ট ই-বীমা অ্যাকাউন্টে জমা করতে চান? (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

না, আমার কোনও ই-বীমা অ্যাকাউন্ট নেই এবং 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)

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

বা

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

(দয়া করে প্রাসঙ্গিক নাথি সহ বৈদ্যুতন বীমা অ্যাকাউন্ট খোলার ফর্ম (ইআইএ ফর্ম) জমা দিন।)

2. বিমার 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)
কোমরনং	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	জন্মতারিখ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন	<input type="checkbox"/>	পাসপোর্ট নম্বর	<input type="text"/>								

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

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)
কোমরনং	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	জন্মতারিখ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন	<input type="checkbox"/>	পাসপোর্ট নম্বর	<input type="text"/>								

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

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)
কোমরনং	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	জন্মতারিখ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন	<input type="checkbox"/>	পাসপোর্ট নম্বর	<input type="text"/>								

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

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)
কোমরনং	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	জন্মতারিখ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন	<input type="checkbox"/>	পাসপোর্ট নম্বর	<input type="text"/>								

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

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)
কোমরনং	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	জন্মতারিখ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন	<input type="checkbox"/>	পাসপোর্ট নম্বর	<input type="text"/>								

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

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)
কোমরনং	<input type="text"/>	(ইঞ্চি)	জন্মতারিখ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন	<input type="checkbox"/>	পাসপোর্ট নম্বর	<input type="text"/>								

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন):

স্ব/স্ত্রী/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

3. কভারেজ নির্বাচন:

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

দয়া করে প্রাসঙ্গিক বাস্তবায়নে টিক দিন:

বেস কভারেজ:

নীতিমালার ধরণ: স্বতন্ত্র ফ্যামিলি ফোটার পরিবার প্রথম পরিকল্পনার ধরণ: সিলাভার সোনা প্র্যাটিনাম

প্রিমিয়াম প্রদানের মোড: একক

আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা: প্রাপ্তবয়স্কদের ছেলেমেয়েদের

বেস বিমাকৃত রাশি

ফ্যামিলি ফার্স্ট পলিসির প্রকারের ক্ষেত্রে ফোটার বিমাকৃত রাশি হবে সদস্য সংখ্যা 6 জনের বেশি সদস্যের জন্য 10 হিসাবে বিবেচিত হবে) * বেস বিমাকৃত রাশি * গুণক ফ্যাক্টর (2 সদস্যের পলিসির জন্য 1.5 এবং অন্যদের জন্য 1)

রুম ভাড়া বেছে নেওয়া হয়েছে (শুধুমাত্র ফ্যামিলি ফার্স্ট সিলাভার ভেরিয়েন্টের জন্য প্রযোজ্য)

প্রতিদিন ৩০০০ টাকা বা শেয়ারড রুম; যেটি কম

দিনে ৫ হাজার টাকা বা সিঙ্গেল প্রাইভেট রুম; যেটি কম

পলিসি কভারেজ: অঞ্চল 1: সর্বভারতীয় কভারেজ

জোন 2: মুম্বই (নভি মুম্বই ও থানে সহ), দিল্লি এনসিআর, কলকাতা এবং গুজরাট রাজ্যের জন্য কো-পেমেন্ট সহ সর্বভারতীয় কভারেজ প্রযোজ্য

(দ্রষ্টব্য - আপনি যদি জোন 2 নির্বাচন করেন তবে মুম্বই (নভি মুম্বই ও থানে সহ), দিল্লি এনসিআর, কলকাতা এবং গুজরাট রাজ্যে চিকিৎসার জন্য 20% সহ-অর্থ প্রদান প্রযোজ্য হবে)

পলিসির মেয়াদ: 1 বছর 2 বছর 3 বছর

ঐচ্ছিক কভারেজ:							
		অপ্ট করতে টিক চিহ্ন দিন					
1.	বর্ষিত আনুগত্য সংযোজন	<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না		
2.	হাসপাতালের নগদ টাকা	<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না		
3.	আন্তর্জাতিক কভারেজ, মাতৃকালীন সুবিধা ও নির্দিষ্ট অসুস্থতার জন্য বর্ষিত ভৌগলিক সুযোগ (শুধুমাত্র প্র্যাটিনাম পরিকল্পনার জন্য প্রযোজ্য)	<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না		
4.	আন্তর্জাতিক কভারেজ এর জন্য আপনার বিমাকৃত রাশিটি স্থিগ্ণ করুন (কেবল প্র্যাটিনাম পরিকল্পনার জন্য প্রযোজ্য)	<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না		
		আবেদনকারী নম্বর					
		1	2	3	4	5	6
5.	বাল্জিগত দুর্ঘটনা কভার বেছে নেওয়ার ক্ষেত্রে দয়া করে টিক চিহ্ন দিন (এই বিকল্পটি কেবল 18 বছর বা তার বেশি বয়সের আবেদনকারীদের জন্য উপলব্ধ)। - যদি বাল্জিগত দুর্ঘটনা কভার বেছে নেওয়া হয়, তবে দয়া করে টিক দিন যদি আবেদনকারী কোনও বিমান বা সমুদ্রগামী জাহাজে, ভূগর্ভস্থ খনন বা টানেল, সশস্ত্র বাহিনী বা সুরক্ষা বাহিনীতে কর্মী হিসাবে কাজ করার সাথে সম্পর্কিত কোনও চাকরি বা পেশায় জড়িত থাকেন, কোনও অ্যাডভেঞ্চার স্পোর্টসে অংশ নেন (মোটর গতির প্রতিযোগিতা সহ)।						
6.	দয়া করে ক্রিটিক্যাল ইলনেস কভার বেছে নিলে টিক চিহ্ন দিন (এই বিকল্পটি কেবল 18 বছর বা তার বেশি বয়সের আবেদনকারীদের জন্য উপলব্ধ)। কভারেজের পরিমাণটি বেছে নেওয়া হয়েছে <input type="checkbox"/> - যদি ক্রিটিক্যাল ইলনেস কভার বেছে নেওয়া হয়, তবে দয়া করে ক্রিক করুন যে আবেদনকারী যদি কোনও দীর্ঘস্থায়ী অবস্থার জন্য নির্ণয় করা হয় বা চিকিৎসা নিচ্ছেন যা হার্ট, মস্তিষ্ক, ফুসফুস, কিডনি, লিভার, অগ্ন্যাশয়, গ্লীহা, অস্ত্র, রক্তনালী, হাড় / জয়েন্টগুলি বা ছোটখাটো মেডিকেল অসুস্থতা ব্যতীত শরীরের অন্য কোনও অঙ্গকে প্রভাবিত করে।						
7.	হেলথ ইন্সুরেন্স বেনিফিট প্রদানের ক্ষেত্রে, আমি সম্মত হই যে সংস্থাটি সুবিধার অধীনে পরিষেবাগুলি সরবরাহ করার জন্য আবেদনকারীর সাথে যোগাযোগ করার জন্য পরিষেবা সরবরাহকারীকে আবেদনকারীর প্রাসঙ্গিক বিবরণ সরবরাহ করতে পারে। আমি আরও সম্মত হই এবং সম্মত হই যে মোবাইল অ্যাপ্লিকেশনটিতে ট্র্যাকিংয়ের বিশদ বিবরণ সংস্থা এবং পরিষেবা সরবরাহকারীর প্রয়োজনীয়। আমি আমার নিজের স্বাধীন ইচ্ছার মাধ্যমে এবং কোনও চাপ ছাড়াই ঘোষণা করছি এবং সম্মতি দিচ্ছি যে সংস্থা এবং তার অনুমোদিত পরিষেবা সরবরাহকারী পর্যায়ক্রমিক ভিত্তিতে এই বিবরণগুলি অ্যাক্সেস এবং রেকর্ড করতে পারে।						
8.	রক্ষাকবচ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	রক্ষাকবচ	<input type="checkbox"/>	রক্ষাকবচ

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

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: সুবিধাজোগীর নাম:

ব্যাঙ্কের নাম		অ্যাকাউন্টের ধরন	সংরক্ষণ	বর্তমান
অ্যাকাউন্ট নম্বর		আইএফএসসি কোড		

5. চিকিৎসা এবং অভ্যাস সম্পর্কিত 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 আন্তররাইটিংয়ের ভিত্তি তৈরি করবে। দয়া করে নোট করুন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভুল, আংশিক সঠিক তথ্য আপনার দাবি এবং / অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে।

বিভাগ এ: দয়া করে চিকিৎসা শর্ত সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করুন	আবেদনকারী নম্বর					
	1	2	3	4	5	6
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন						
i. আপনি কি কখনও 5 দিনেরও বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন, কোনও অস্ত্রোপচার পদ্ধতি সহ করার পরামর্শ দিয়েছেন বা কোনও গুরুত্বপূর্ণ / 14 দিনেরও বেশি সময় ধরে কোনও নরুপ রয়েছে? ঔষধ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ঔষধ এবং সাময়িক অ্যান্টিবায়োটিক অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
ii. আপনি কি কখনও কোনও ডায়গনস্টিক পরীক্ষা অথবা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন যেমন	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
iii. আপনার কি ডায়াবেটিস বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
iv. আপনার কি কোন প্রাক-বিদ্যমান রোগ/অবস্থা আছে?	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
v. আপনি কি কখনও কোনও জেনেটিক / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করেছেন?	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
vi. আপনি কি কখনও কোনও মানসিক / মানসিক রোগের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করেছেন?	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
vii. আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী এবং / অথবা বর্তমান অথবা পূর্ববর্তী গর্ভাবস্থায় কোনও জটিলতা রয়েছে বা কোনও ধরনের উর্বরতার চিকিৎসা চলেছে / চলেছে? (১৮ থেকে ৫০ বছর বয়সী মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N

বিভাগ B: (আবেদনকারী যদি ধূমপান করেন বা তামাক/গুঁড়া/পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করেন তবে এই বিভাগটি পূরণ করুন)	i. চিবানো যায় তামাক / গুঁড়া / পান মশলা - যদি হ্যাঁ হয় তবে দয়া করে প্রতিদিন পাউন্ডের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতি সপ্তাহে মিলি নির্দিষ্ট করুন		iii. সিগারেট / বিড়ি / সিগার। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতিদিন খরচ নির্দিষ্ট করুন
	1-10	>>১০	<= 450	>450	
আবেদনকারী ১ জন					
আবেদনকারী ২					
আবেদনকারী ৩					
আবেদনকারী ৪					
আবেদনকারী ৫					
আবেদনকারী ৬					

বিভাগ সি: বিভাগ এ 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				ঔষধ (সমূহ)	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান)	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের	ডায়াবেটিস হলে সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)	
	ডায়াবেটিস HbA1c লেভেল হলে	উচ্চ রক্তচাপ বিপি লেভেল হলে		অন্য কোন বিবরণ						শুরুর তারিখ (ডিডি / এম.এম./ওয়াইওয়াইওয়াই)
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক							

6. অতীত প্রস্তাব

আবেদনকারীর জীবনের জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা গুরুতর অসুস্থতা বীমার কোনও প্রস্তাব কি কখনও প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন কোনও বীমা সংস্থা দ্বারা বর্জন করা	আবেদনকারী নম্বর					
	1	2	3	4	5	6
	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং 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?

হ্যাঁ না

8. 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 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 করা / প্রস্তাবক ব্যক্তির উপর বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্ডাররাইটিং

আমি সংস্থাকে প্রস্তাব এবং / অথবা দাবি নিষ্পত্তির একমাত্র উদ্দেশ্য 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

9. 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 প্রোপোজারের স্বাক্ষর

10. 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 তত্ত্বাবধানে সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব ফর্মটি আমার নির্দেশের _____ under পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

11. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক ডিমাল্ড ড্রাফট

ক্রেডিট কার্ড ডেবিট কার্ড নেট ব্যাংকিং

নগদ টাকা অন্যদের

প্রিমিয়ামের পরিমাণ

অনলাইন পেমেণ্ট লেনদেন আইডি:

তারিখ

নিজা বুপা শাখার অবস্থান

কোড নং

ব্যবসার উৎস:

উপদেষ্টা / ডিএসপি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল

কোড নং

নাম

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:

গ্রাহক ID:

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

শাখা কোড এসপি কোড

RM/LG কোড

গ্রাহক অ্যাকাউন্ট নম্বর

13. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

1. আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্কিত? হ্যাঁ/না; যদি হ্যাঁ, সম্পর্কের প্রকৃতি?

2. প্রস্তাবককে আপনি কতদিন ধরে চেনেন?

3. প্রস্তাবকের পরিচয় নিয়ে আপনি কি সন্তুষ্ট? হ্যাঁ না

4. প্রস্তাবক বা কোন আবেদনকারীর কি কোন শারীরিক বিকৃতি/ক্রটি বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে? হ্যাঁ না

5. আপনি কি প্রস্তাবিত নীতির শর্তাবলী, নবায়নযোগ্যতার শর্তাবলী, ব্যতিক্রম, পলিসির অপেক্ষার সময়কাল ব্যাখ্যা করেছেন এবং প্রস্তাবক ব্যক্তিগতভাবে স্বাস্থ্য ঘোষণাটি সম্পন্ন? হ্যাঁ না

6. আপনি কি নৈতিক বিপদ সহ সমস্ত কারণ বিবেচনা করে এই প্রস্তাব ফর্মটি গ্রহণের পরামর্শ দেন? হ্যাঁ না

7. আপনি কি নিরপেক্ষভাবে প্রস্তাবককে পরামর্শ দিয়েছেন এবং প্রস্তাবককে তার আর্থিক সর্বোত্তম প্রচ্ছদে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম করার জন্য সমস্ত তথ্য সরবরাহ করেছেন? হ্যাঁ না

তারিখ

বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর

14. 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 পরোচনা 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।

15. আবেদন আইডি

সদস্যের নাম	আপনার কি আবেদন আইডি আছে?		আবেদন 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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেণ্ট পাওয়ার অপশন: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর

অ্যাকাউন্টের ধরন

আইএফএসসি কোড

নিজা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড
নিবন্ধিত অফিস: সি-98, প্রথম তল, লাজপত নগর, অংশ 1, নয়াদিল্লি -110024

অধীকৃতি: বীমা একটি অনুরোধের বিষয়। নিজা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাক্স বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 1451) 'বুপা' এবং 'হাটবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিজা 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

এই ডকুমেন্টটি অক্ষয়কান্ত কবি দ্বারা তৈরি।

নিজা বৃশা 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।

'স্বাস্থ্য প্রিমিয়া' আপনাকে ইনপেপেন্ট বেনিফিটগুলির একটি বিস্তৃত পরিসীমা সরবরাহ করে। এছাড়াও, গোল্ড এবং প্র্যাটিনাম প্র্যানের অধীনে কিছু অতিরিক্ত সুবিধা রয়েছে যা নীচে উল্লেখ করা হয়েছে। পশাপাশি আপনি যদি নিজের কভারটি বাড়াতে চান তবে আপনার কেনার জন্য এচ্ছিক সুবিধাও রয়েছে।

আপনার নীতিতে উল্লিখিত কিছু সীমা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে নিম্নলিখিত বেস বেনিফিটগুলি সরবরাহ করা হয়: রৌপ্য, সোনা ও প্র্যাটিনাম পরিকল্পনার অধীনে বেস বেনিফিট

- রুম ভাড়া (আপনার নির্বাচিত পরিকল্পনা অনুযায়ী) এবং আইসিইউ চার্জ সহ একটি হাসপাতালে রোগীদের যত্ন
- যথাক্রমে 90 ও 180 দিনের জন্য হাসপাতালে ভর্তির আগে ও পরে ব্যয়
- ডে কেয়ার চিকিৎসা
- আবাসিক হাসপাতালে ভর্তি
- বিকল্প চিকিৎসা
- জীবিত অঙ্গ দাতা প্রতিস্থাপন
- জরুরী অ্যাম্বুলেন্স
- সীমাহীন টেলি / অনলাইন চিকিৎসা পরামর্শ
- মাতৃস্বকালীন বেনিফিট 24 মাসের অপেক্ষার সময়কালের পরে 2 টি গর্ভাবস্থা বা সমাপ্তির জন্য আচ্ছাদিত; প্র্যাটিনাম পরিকল্পনার অধীনে, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে এবং কানাডা ব্যতীত বিশ্বব্যাপী আচ্ছাদিত।
- নবজাতক শিশু (নবজাতক শিশুর টিকা সহ)
- স্বাস্থ্য পরীক্ষা, প্রথম দিন থেকে শুরু
- বীমাকৃত বেস সাম পর্যন্ত রিফিল বেনিফিট কেবলমাত্র স্বতন্ত্র ও পারিবারিক ফ্লোটের পরিকল্পনার অধীনে উপলব্ধ। Family First পরিকল্পনায় রিফিলের সুবিধা নেই।
- পলিসিধারক (যিনি একজন বীমাকৃত ব্যক্তিও হওয়া উচিত) মারা যান বা নিশ্চয় করা হয় বা প্রথমবার চিকিত্সা করা হয়, পলিসি চলাকালীন নির্দিষ্ট অসুস্থতার সাথে (স্বতন্ত্র কভারের জন্য উপলব্ধ নয়) 1 বছরের জন্য স্বয়ংক্রিয় বিনামূল্যে এক্সটেনশন
- ফার্মাসি এবং ডায়গনস্টিক ব্লকিং পরিষেবা
- আনুগত্য সংযোজন: একটি পলিসি বছর শেষ হওয়ার পরে, মেয়াদোত্তীর্ণ বেস বীমাকৃত রাশির 10% যোগ করা, বেস বীমাকৃত রাশির সর্বাধিক 100% সাপেক্ষে
- চিকিৎসা রেফারেল, জরুরি চিকিৎসা সরিয়ে নেওয়া, চিকিৎসা প্রত্যাশন, সহানুভূতিশীল পরিদর্শন, নাবালক শিশুদের যত্ন এবং/অথবা পরিবহন এবং নশ্বর দেহাবশেষ ফেরতের জন্য জরুরি সহায়তা পরিষেবা
- এইচআইভি / এইডস দ্বারা সৃষ্ট বা সম্পর্কিত অবস্থার কারণে হাসপাতালে ভর্তির জন্য ব্যয় (ডে কেয়ার চিকিত্সা সহ) পলিসিতে উল্লিখিত উপ-সীমা সাপেক্ষে পলিসির আওতায় আচ্ছাদিত।
- মানসিক অসুস্থতার জন্য রোগীদের চিকিৎসার জন্য ব্যয় করা ব্যয়গুলি পলিসিতে উল্লিখিত নির্দিষ্ট শর্তগুলির জন্য উপ-সীমা সাপেক্ষে পলিসির আওতায় আচ্ছাদিত।
- আধুনিক চিকিত্সা আচ্ছাদিত, সীমাবদ্ধতা সাপেক্ষে

স্বর্ণ ও প্র্যাটিনাম পরিকল্পনার অধীনে অতিরিক্ত বেস সুবিধা

- লেজার সার্জারি পলিসিতে উল্লিখিত উপ-সীমা সাপেক্ষে আচ্ছাদিত।
- জরুরি হাসপাতালে ভর্তি, জরুরি চিকিৎসা সরিয়ে নেওয়া, ওপিডি কভার (20% সহ-অর্থ প্রদানের সাথে), সহানুভূতিশীল পরিদর্শন, পাসপোর্টের ক্ষতি, নাবালক শিশুদের যত্ন এবং / অথবা পরিবহন, চেক-ইন লাগেজ হ্রাস, মৃতদেহের প্রত্যাবর্তন, ট্রিপ বাতিল ও বাধা, ট্রিপ বিলম্ব, চেক-ইন লাগেজের বিলম্ব, মেডিকেল রেফারেল এবং মেডিকেল প্রত্যাশনের জন্য ভারতের বাইরে আন্তর্জাতিক কভারেজ; নীতিমালায় উল্লিখিত উপ-সীমা সাপেক্ষে। - জনপ্রতি সর্বোচ্চ 1৫ দিনের জন্য একটি একক ট্রিপ গোল্ড প্র্যানের আওতাভুক্ত। - বার্ষিক মাল্টি ট্রিপগুলি একক ট্রিপে সর্বাধিক 45 দিনের জন্য প্র্যাটিনাম প্র্যানের আওতায় আচ্ছাদিত।

প্র্যাটিনাম পরিকল্পনার অধীনে আরও অতিরিক্ত বেস সুবিধা

- নির্দিষ্ট অসুস্থতা বা পরিকল্পিত অস্ত্রোপচারের নির্ণয়ের বিষয়ে দ্বিতীয় মেডিকেল মতামত (বিশ্বব্যাপী)
- চাইল্ড কেয়ার বেনিফিট (টিকা দেওয়ার জন্য পরিদর্শনকালে পুষ্টি ও বৃদ্ধির জন্য একটি পরামর্শ সহ 12 বছর পর্যন্ত শিশুদের জন্য টিকা)
- নির্দিষ্ট অসুস্থতার কভার মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র ও কানাডা ব্যতীত ভারতের বাইরে
- কোনও সহ-অর্থ প্রদান ছাড়াই ওপিডি চিকিৎসা ও ডায়াগনস্টিক পরিষেবাদি

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

- দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু, স্থায়ী মোট ও আংশিক অক্ষমতার বিরুদ্ধে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার কভারেজ
- 20 টি বড় গুরুতর অসুস্থতার জন্য গুরুতর অসুস্থতার কভারেজ
- হাসপাতালে ভর্তি ফেরে দৈনিক হাসপাতালের নগদ সুবিধা
- বর্ষিত আনুগত্য পুনর্নবীকরণে মেয়াদোত্তীর্ণ বেস বীমাকৃত রাশির 20% সংযোজন, বেস বীমাকৃত রাশির সর্বাধিক 200% সাপেক্ষে।
- আন্তর্জাতিক কভারেজ এক্সটেনশন - আন্তর্জাতিক কভারেজ বাড়ানোর জন্য নীচের বিকল্পগুলি উপলব্ধ:
 - একক ট্রিপ ভিত্তিতে অতিরিক্ত ট্রিপ উপলব্ধ; গোল্ড প্ল্যানের অধীনে 1 দিন থেকে 30 দিন পর্যন্ত -
 - ‘আন্তর্জাতিক কভারেজ’ সুবিধার জন্য বীমাকৃত রাশি দ্বিগুণ হতে পারে
- প্র্যাটিনাম পরিকল্পনা এবং আন্তর্জাতিক কভারেজ বেস বেনিফিটের আওতায় মাতৃকালীন সুবিধা এবং নির্দিষ্ট অসুস্থতার জন্য মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র ও কানাডায় কভার প্রসারিত করার জন্য বর্ষিত ভৌগলিক সংযোগ
- প্রতি পলিসি বছরে যে কোনও 90 দিনের জন্য 18 বছর ও তার বেশি বয়সের বীমাকৃতদের জন্য ব্যক্তিগতকৃত স্বাস্থ্য কোচ

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 24 মাসের প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল ও ক্রমাগত পুনর্নবীকরণ সাপেক্ষে।
30 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল যদি না প্রয়োজনীয় চিকিৎসার প্রয়োজন হয় একটি দুর্ঘটনার ফলাফল।
- কিছু তালিকাভুক্ত অসুস্থতার জন্য 12 মাসের নির্দিষ্ট অপেক্ষার সময়কাল, যদি না শর্তটি সরাসরি ক্যাপার (30 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়ের পরে আচ্ছাদিত) বা কোনও দুর্ঘটনা (1 দিন থেকে আচ্ছাদিত) দ্বারা সৃষ্ট হয়।
- পলিসি শুরু হওয়ার পর থেকে নিম্নলিখিত সুবিধাগুলির 36 মাসের অপেক্ষার সময় থাকবে এবং ক্রমাগত পুনর্নবীকরণ সাপেক্ষে:-
মানসিক ব্যাধি চিকিৎসা
- লেজার সার্জারি
- এইচআইভি / এইডস কভারের জন্য, নীতি শুরু হওয়ার পর থেকে 48 মাসের অপেক্ষার সময় থাকবে এবং ক্রমাগত পুনর্নবীকরণ সাপেক্ষে।
- ক্রিটিক্যাল ইলেনেস কভারের জন্য, 90 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল সহ 3 বছরের প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল এবং 30 দিনের বৈচে থাকার সময়কাল বাদ দেওয়া সমস্ত শর্তের জন্য প্রযোজ্য হবে।

নোট করুন যে নীতি চুক্তিতে নির্ধারিত মান ব্যতিক্রমগুলি প্রযোজ্য। উপরন্তু, আন্তররাইটিং ফলাফলের উপর ভিত্তি করে, কিছু নির্দিষ্ট ব্যতিক্রম বা ব্যক্তিগত অপেক্ষার সময়কাল আপনার নীতিতে প্রযোজ্য হতে পারে।

এই জায়গাটি ইচ্ছাকৃতভাবে ফাঁকা রাখা হয়েছে।

আপনার পলিসির অন্যান্য মূল বৈশিষ্ট্যগুলি নিম্নরূপ:

- স্বতন্ত্র বা পারিবারিক ফ্লোর কভার (৪ টি সন্তান পর্যন্ত) বা ফ্যামিলি ফ্লোর কভার (১৫ টি সম্পর্ক পর্যন্ত), পলিসিতে কোনও সদস্য (গুলি) এর কোনও সংযোজন বা মুছে ফেলা কেবল পুনর্নির্ধারণের সময়ই করা হচ্ছে।
- বীমাকৃত রাশি (প্রথমে পরিবারের ক্ষেত্রে): আপনার পরিচালনাটি একই পলিসিতে পৃথক বীমাকৃত রাশি এবং ফ্লোর উভয়ই বীমাকৃত রাশি সরবরাহ করে। উদাহরণস্বরূপ, ৫ লক্ষ + ৩০ লক্ষ টাকার বীমাকৃত অর্থরাশি সহ ৬ জন সদস্যের (যেমন নিজে, স্ত্রী, বাবা-মা এবং দুই সন্তান) জন্য একটি ফ্যামিলি ফ্লোর পলিসি বেছে নেওয়া হয়। যে কোনও সদস্য তার ব্যক্তিগত বীমাকৃত রাশি থেকে ৫ লক্ষ টাকা পর্যন্ত দাবি করতে পারেন। ৫ লক্ষের বেশি যে কোনও দাবি ৩০ লক্ষ টাকার বীমাকৃত ফ্লোরের মাধ্যমে আচ্ছাদিত হবে। সুতরাং, কোনও স্বতন্ত্র সদস্য একক দাবিতে ৩৫ লক্ষ টাকা পর্যন্ত দাবি করতে পারেন, তবে পলিসি বছরে একসাথে সমস্ত সদস্যের জন্য ফ্লোর বীমাকৃত রাশিটি কেবল ৩০ লক্ষ টাকা পর্যন্ত ব্যবহার করা যেতে পারে। একটি পলিসি বছরে একটি ক্রমবর্ধমান ভিত্তিতে, মোট দাবি করা যেতে পারে ৬০ লক্ষ (অর্থাৎ ৬ জন সদস্য * প্রতিটি ৫ লক্ষ + ৩০ লক্ষ ফ্লোর বীমাকৃত রাশি)।
- আপনার নিশ্চিতকরণ ও সময়মত প্রিমিয়াম প্রদানের সাপেক্ষে আপনার পলিসির আজীবন পুনর্নির্ধারণযোগ্যতা
- আপনার বয়স বাড়ার সাথে সাথে আপনার পুনর্নির্ধারণ প্রিমিয়াম বৃদ্ধি পাবে তবে আপনার দাবির অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে পরিবর্তন হবে না।
ভবিষ্যতে আইআরডি/এআই-এর অনুমোদন সাপেক্ষে এবং সময়ে সময়ে প্রযোজ্য আইআরডি/এআই-এর নিয়মকানুন অনুসারে পণ্যের পুনর্নির্ধারণ প্রিমিয়ামের হারগুলি সংশোধন করা যেতে পারে।
- যদি আপনার প্রস্তাবটি ইস্যু করার জন্য প্রত্যাখ্যাত হয়, তাহলে আপনি প্রি পলিসি মেডিকেল চেক-আপ (পিপিএমসি) খরচের ১০০% বহন করবেন।
- ফ্রি লুক প্রডিশন: আপনি যদি পলিসির শর্তাবলীর সাথে একমত না হন তবে আপনি পলিসি ডকুমেন্ট প্রাপ্তির ১৫ 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 আনুষ্ঠানিক ঝুঁকি প্রিমিয়ামের জন্য চার্জ কেটে নেওয়ার পরে প্রিমিয়ামটি ফেরত দেওয়া হবে।
পলিসি নবায়নের সময় ফ্রি লুক বিধান প্রযোজ্য নয়।

নোট:

- প্রিমিয়াম: অনুগ্রহ করে ম্যাজ বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের নামে পেমেন্টের একটি সুরক্ষিত মোডের মাধ্যমে প্রিমিয়ামের পরিমাণ জমা দিন।
- কোনও প্রশ্ন অথবা দাবির ক্ষেত্রে, দয়া করে আমাদের গ্রাহক হেল্পলাইন নং: ১৪৬০-৫০০-৪৪৪৪ এর সাথে যোগাযোগ করুন।
আমি এতদ্বারা কোম্পানিকে সময়ে সময়ে কোম্পানির প্রত্যাভিত বা বিদ্যমান নীতি সম্পর্কিত ওয়েলকাম কল, সার্ভিস কল বা অন্য কোনও যোগাযোগ (ইলেকট্রনিক বা অনাথায়) করার জন্য সম্মতি দিচ্ছি এবং অনুমোদন দিচ্ছি।

পুনর্নির্ধারণ পেমেন্ট সাইন-আপ

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নির্ধারণ 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 পুনর্নির্ধারণ করা যেতে পারে, তবে আপনি কোম্পানির প্রয়োজন অনুসারে তথ্য এবং ডকুমেন্টেশনের সমস্ত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করার সাপেক্ষে। এটি আপনার পলিসি সুবিধার ধারাবাহিকতা নিশ্চিত করবে।

। এসিএইচ / এসআই পুনর্নির্ধারণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই।

তারিখ: _____

স্বাক্ষর প্রস্তাবক: _____

স্থান: _____

Pr এর নাম অপোজার: _____

নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস: C-98, First Floor, LaJung nagar, Part 1, New Delhi-110024 Disclaimer: বীমা হল অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাজ বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডি/এআই 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: ১৪৬০-৫০০-৪৪৪৪। 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।

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 সময়মতে

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।

রিসিভারের স্বাক্ষর এবং অফিস সিল
