

1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক নাম

ডিওবি ডি.টি.এম. ওয়াই.ওয়াই.ওয়াই.ওয়াই. লিঙ্গ: পুরুষ নারী অন্যান্য জাতীয়তা

বর্তমান ঠিকানা

ল্যান্ডমার্ক শহর

জেলা অবস্থা পার্সোনাল আইডেন্টিফিকেশন নম্বর

ল্যান্ডলাইন নম্বর মোবাইল নম্বর

ই-মেইল আইডি বিকল্প সংখ্যা

সিকিওয়াইসি নম্বর (ঐচ্ছিক): প্যান নম্বর

বার্ষিক আয় (টাকা)

এমপ্লয়মেন্ট বেতনভোগী 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 বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/ ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার ডিএনডি রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইজ করে আমার ডিএনডি রেজিস্ট্রেশনের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি

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, সরকারী সংস্থার সিনিয়র এক্সিকিউটিভ, গুরুত্বপূর্ণ দলীয় কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রশ্নাবলী পূরণ করুন)

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 পলিসিটি একটি 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 আর্থিক নিদামান ই-সিকিউরিটি বীমা প্রোগ্রামের মাধ্যমে নিদামান চুক্তি স্থাপন করা হবে।

2. 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:

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

পরিকল্পনা বাছাই: ক্লাসিক পরিকল্পনা উন্নত পরিকল্পনা

বীমাকৃত রাশি: (টাকা) ৩ হ্রদ ৪ হ্রদ ৫ হ্রদ ৭.৫ হ্রদ 10 হ্রদ 15 হ্রদ 20 হ্রদ ২৫ হ্রদ

পলিসির মেয়াদ: ১ বছর ২ বছর ৩ বছর

পণ্যের অধীনে ঐচ্ছিক কভারেজ:

a. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার: হ্যাঁ না

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

এই ঐচ্ছিক সুবিধার আওতায় জীবন কি কোনও বিমান বা সমুদ্রগামী জাহাজে কর্মী হিসাবে কাজ করা, ভূগর্ভস্থ খনন বা টানেলিং, সশস্ত্র বাহিনী বা সুরক্ষা বাহিনী, কোনও অ্যাডভেঞ্চার স্পোর্টসে অংশ নেওয়া (মোটর স্পিড প্রতিযোগিতা সহ) সম্পর্কিত কোনও চাকরি বা পেশার সাথে জড়িত?

হ্যাঁ না

b. ক্রিটিক্যাল ইলেনেস কভার: হ্যাঁ না

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

c. ই-কনসালটেশন: হ্যাঁ না

d. রক্ষাকবচ (আরোহী): হ্যাঁ না

e. হাসপাতালের নগদ টাকা: হ্যাঁ না (5 লক্ষ টাকা বা তার কম বীমাকৃত রাশির জন্য, দৈনিক নগদ সুবিধা প্রতিদিন 1,000 টাকা এবং 5 লক্ষ টাকার বেশি বীমাকৃত রাশির জন্য, প্রতিদিন 2,000 টাকা)

f. বর্ধিত নো ক্লেম বোনাস: হ্যাঁ না

g. বর্ধিত রি-ফিল বেনিফিট: হ্যাঁ না

3. বীমার জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

প্রাপ্তবয়স্ক 1

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) 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/পুত্র/পুত্রবধূ/কন্যা/জামাই/বাবা/শাশুড়ি/শাশুড়ি/দাদা/দাদী/নাতনি/নাতনি/ভাই/বোন/শ্যালিকা/ভাগ্নে/ভাগ্নে/ভাগ্নি/নিয়োগকর্তা-কর্মচারী

প্রাপ্তবয়স্ক 2

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক পত্নী 1 ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

শিশু ১

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্ক ১ এর কন্যা ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

শিশু ২

নাম

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

কোমররেখা (ইঞ্চি) জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং এবং ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্ক ১ এর কন্যা ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

নাম

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

কোমরবেধ (ইঞ্চি) জন্মতারিখ (D D M M এবং এবং এবং এবং)

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্ক 5 এর কন্যা ভারতীয় না হলে টিক চিহ্ন দিন

নাম

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

কোমরবেধ (ইঞ্চি) জন্মতারিখ (D D M M এবং এবং এবং এবং)

সম্পর্ক: প্রাপ্তবয়স্ক 1 এর ছেলে প্রাপ্তবয়স্ক 5 এর কন্যা ভারতীয় না হলে 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

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

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 আন্ডাররাইটিংয়ের 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					
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন		এ 1	এ 2	C1	C2	C3	C4
i.	আপনি কি কখনও 5 দিনেরও বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন, কোনও অস্ত্রোপচার পদ্ধতি সহ করার পরামর্শ দিয়েছেন বা কোনও গুরুত্বপূর্ণ গুরুত্বপূর্ণ / 14 দিনেরও বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? গুরুত্বপূর্ণ ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক ওষুধ এবং সাময়িক অ্যানালগেসিক অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
ii.	আপনি কি কখনও খাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল পরীক্ষা, অ্যাক্সিওগ্রাফি, ইকোকর্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এফএনএসিসির মতো কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন?	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 কোনও প্রাক-বিদ্যমান রোগ / শর্ত রয়েছে?	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N	এবং N
v.	আপনি কি কখনও কোনও জিনগত / 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

বিভাগ বি: (আবেদনকারী ধূমপান / গুটখা / পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করলে তবেই এই বিভাগটি পূরণ করুন)		আবেদনকারী নম্বর					
		এ 1	এ 2	C1	C2	C3	C4
i.	চিবানো যায় এমন তামাক / গুটখা / পান মশলা - দয়া করে প্রতিদিন পাউচের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন						
ii.	অ্যালকোহল - দয়া করে প্রতি সপ্তাহে মিলি এবং / অথবা দৈনিক পানীয় নির্দিষ্ট করুন	<input type="checkbox"/> ডেইলি ড্রিংকার	<input type="checkbox"/> ডেইলি ড্রিংকার	<input type="checkbox"/> ডেইলি ড্রিংকার	<input type="checkbox"/> ডেইলি ড্রিংকার	<input type="checkbox"/> ডেইলি ড্রিংকার	<input type="checkbox"/> ডেইলি ড্রিংকার
iii.	সিগারেট / বিড়ি / সিগার - দয়া করে প্রতিদিন খরচ নির্দিষ্ট করুন						

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 এম/ওয়াই/ওয়াইওয়াই						শুরুর তারিখ (ডিউ / বিবরণ এম/ওয়াই/ওয়াইওয়াই)
		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 বামা 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 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

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 প্রস্তাবকের 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 তাৎপর্য সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব
ফর্মটি আমার নির্দেশে দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

11. প্রিমিয়ামের বিশদ বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক ডিমান্ড ড্রাফট
 ক্রেডিট কার্ড ডেবিট কার্ড নেট ব্যাংকিং
 নগদ টাকা অন্যদের

প্রিমিয়ামের পরিমাণ

অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:

তারিখ এবং

ব্যাংকের নাম/শাখা

নিভা বুপা শাখার অবস্থান

কোড নং

ব্যবসার উৎস:
 উপদেষ্টা / ডি.এসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল

কোড নং

নাম

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে: এবং

গ্রাহক ID:

12. শুধুমাত্র ব্যাঙ্কসুরের 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)

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 আবেদনকারী 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 এবং

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 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।

15. আবহা আইডি

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

16. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার অপশন: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম

ব্যাংকের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর আইএফএসসি কোড

অ্যাকাউন্টের ধরন

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

Delhi-110024 Disclaimer: বীমা হল অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যান্ন বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 1451) '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।

শেখ হাসিনার স্বাক্ষর

স্বাস্থ্য পালস

কী বৈশিষ্ট্য নথি (কে.এফডি)

নিম্নে 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 প্যাটি ক্রয় শেষ করার আগে আপনার নীতির সমস্ত বিবরণ পড়তে উত্সাহিত করি।

হেলথ পালস আপনাকে বিস্তৃত সুবিধা সরবরাহ করে যা আপনাকে এবং আপনার পরিবারকে দুর্দান্ত মূল্য দেয়। সুবিধার মধ্যে রয়েছে হাসপাতালে ভর্তির কভারেজ, বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা, ডে কেয়ার এবং বিকল্প চিকিত্সা। আপনি ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার, গুরুতর অসুস্থতার কভারেজ, বর্ধিত রিফিল বেনিফিট, ই-পরামর্শ, বর্ধিত নো ক্লেম বোনাস এবং হাসপাতালের নগদের মতো ঐচ্ছিক সুবিধাগুলি দিয়ে আপনার কভারেজকে বাড়িয়ে তুলতে পারেন।

আপনার নীতিতে নিম্নলিখিত অন্তর্নির্মিত সুবিধা রয়েছে, নীতি চুক্তিতে উল্লিখিত কিছু সীমাবদ্ধতা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে:

- রুম ভাড়া এবং আইসিইউ চার্জ সহ একটি হাসপাতালে রোগীদের যত্ন
- রুম ভাড়া / বিভাগ:
- বীমাকৃত রাশির জন্য 3 লক্ষ টাকা বা 4 লক্ষ টাকা - প্রতিদিন বা একক ব্যক্তিগত ঘরের মূল বীমাকৃত রাশির 1% পর্যন্ত, যেটি কম। আইসিইউ চার্জগুলি প্রতিদিন বেস বীমাকৃত রাশির 2% পর্যন্ত আচ্ছাদিত হয় - 5 লক্ষ টাকা এবং তার বেশি বীমাকৃত রাশির জন্য - একক ব্যক্তিগত ঘর। আইসিইউ চার্জ বীমাকৃত অর্থরাশি পর্যন্ত আচ্ছাদিত হয়
- হাসপাতালে ভর্তির আগে ও পরে যথাক্রমে 30 ও 60 দিনের খরচ
- বিকল্প চিকিত্সা
- ডে কেয়ার ট্রিটমেন্ট
- জীবন্ত অঙ্গ প্রতিস্থাপন
- আবাসিক হাসপাতালে ভর্তি
- জরুরি গ্রাউন্ড অ্যাম্বুলেন্স
- পলিসি বছরের সময়, বিভিন্ন অসুস্থতা/অবস্থার জন্য অথবা পলিসির আওতাভুক্ত অন্যান্য বীমাকৃত সদস্যদের জন্য দাবির কারণে বীমাকৃত রাশিটি শেষ হয়ে গেলে 100% বেস পর্যন্ত রিফিল বেনিফিট বীমাকৃত রাশি
- 2য় পলিসি বছর থেকে বার্ষিক স্বাস্থ্য চেক-আপ প্যাকেজ উপলব্ধ
- ফার্মাসি এবং ডায়াগনস্টিক বুকিং পরিষেবা
- কোন দাবি বোনাস: প্রতিটি দাবি মুক্ত বছরের জন্য, পুনর্নবীকরণের সময় মেয়াদোত্তীর্ণ বেস বীমাকৃত রাশির 10% বৃদ্ধি, বেস বীমাকৃত রাশির সর্বাধিক 100% সাপেক্ষে। দাবির ক্ষেত্রে নো ক্লেম বোনাস কমানো হবে না
- মানসিক অসুস্থতার জন্য রোগীদের চিকিত্সার জন্য ব্যয় করা ব্যয়গুলি নীতি চুক্তিতে উল্লিখিত নির্দিষ্ট শর্তগুলির জন্য উপ-সীমা সাপেক্ষে নীতির আওতায় আচ্ছাদিত হয়
- এইচআইভি / এইডস দ্বারা সৃষ্ট বা সম্পর্কিত অবস্থার কারণে হাসপাতালে ভর্তির জন্য ব্যয় (ডে কেয়ার চিকিত্সা সহ) পলিসি চুক্তিতে উল্লিখিত উপ-সীমা সাপেক্ষে পলিসির আওতায় আচ্ছাদিত। এই সুবিধাটি আমাদের সাথে কভার শুরু হওয়ার 48 মাসের অপেক্ষার সাপেক্ষে সরবরাহ করা হয়, এইচআইভি / এইডস একটি সুবিধা হিসাবে আচ্ছাদিত
- ক্লাসিক প্র্যানের অধীনে, মুম্বাই (নেতি মুম্বাই ও থানে সহ), দিল্লি এনসিআর, কলকাতা এবং গুজরাট রাজ্যে চিকিত্সার জন্য ২০% সহ-অর্থ প্রদান প্রযোজ্য হবে
- আধুনিক চিকিত্সা আচ্ছাদিত, সীমাবদ্ধতা সাপেক্ষে

আপনি আপনার নীতি চুক্তিতে উল্লিখিত কিছু সীমা এবং ব্যতিক্রম সাপেক্ষে, নিম্নলিখিত ঐচ্ছিক সুবিধাগুলি সহ আপনার নীতিটি কাস্টমাইজ করতে পারেন:

- দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু, স্থায়ী মোট ও আংশিক অক্ষমতার বিরুদ্ধে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার কভারেজ
- 20 টি বড় গুরুতর অসুস্থতার জন্য গুরুতর অসুস্থতার কভারেজ
- সীমাহীন টেলি / অনলাইন পরামর্শ
- হাসপাতালে ভর্তির ক্ষেত্রে দৈনিক হাসপাতালের নগদ সুবিধা
- পুনর্নবীকরণের সময় মেয়াদোত্তীর্ণ বেস বীমাকৃত রাশির 20% বর্ধিত নো ক্লেম বোনাস, বেস বীমাকৃত রাশির সর্বাধিক 200% সাপেক্ষে।
- বেস বীমাকৃত রাশির 150% পর্যন্ত বর্ধিত রি-ফিল সুবিধা

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

পণ্যের নাম: স্বাস্থ্য পালস, প্যাট ইউআইএন: NBHHLIP22155V032122 | রাইডারের নাম: সেকগার্ড, রাইডার ইউআইএন: NBHHLIA24109V022324

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।

রিসিভারের স্বাক্ষর এবং অফিস সিল

নোট করুন যে অপেক্ষার সময়কাল নীতি অনুযায়ী প্রযোজ্য

- পলিসি শুরু হওয়ার পর থেকে প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল 36 মাস এবং ক্রমাগত পুনর্নবীকরণ। ক্রিটিক্যাল ইলেনেস কভারের জন্যও প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময়কাল 36 মাস হবে।
- দুর্ঘটনার কারণে প্রয়োজনীয় চিকিৎসার প্রয়োজন না হলে 30 দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল। ক্রিটিক্যাল ইলেনেস কভারের জন্য, প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কাল 90 দিন হবে।
- আমাদের সাথে প্রথম পলিসি শুরু হওয়ার পর থেকে 24 মাসের নির্দিষ্ট অপেক্ষার সময়কাল, কিছু তালিকাভুক্ত অসুস্থতার জন্য, যদি না শর্তটি সরাসরি দুর্ঘটনার কারণে ঘটে থাকে (দিন 1 থেকে আচ্ছাদিত)।
- দয়া করে মনে রাখবেন যে অপেক্ষার সময়কাল ফার্মাসি এবং ডায়াগনস্টিক পরিষেবাদি এবং ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার এবং ই-পরামর্শের মতো ঐচ্ছিক সুবিধাগুলিতে (যদি বেছে নেওয়া হয়) প্রযোজ্য হবে না।

নোট করুন যে নীতি চুক্তিতে নির্ধারিত হিসাবে স্ট্যান্ডার্ড ব্যতিক্রমগুলি প্রযোজ্য। উপরন্তু, চিকিৎসা মূল্যায়নের 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 ব্যান্ডের উপর ভিত্তি করে আপনার পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম 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 প্রস্তাবটি ইস্যু করার জন্য প্রত্যাখ্যাত হয়, তাহলে আপনি প্রি পলিসি মেডিকেল চেক-আপ (পিপিএমসি) খরচের 100% বহন করবেন।

। এতদ্বারা কোম্পানিকে সময়ে সময়ে স্বাগত কল, পরিষেবা কল বা অন্য কোনও যোগাযোগ (বৈদ্যুতিন বা অন্যথায়) করার জন্য সম্মতি এবং অনুমোদন দিচ্ছি।

দ্রষ্টব্য: ফ্রি লুক বিধান: আপনি যদি পলিসির শর্তাবলীর সাথে একমত না হন তবে আপনি পলিসি ডকুমেন্ট প্রাপ্তির 15 দিনের (দূরবর্তী বিপণনের মাধ্যমে পলিসি বিক্রি করা হয়ে থাকলে 30 দিন) মধ্যে আপনার কারণগুলি উল্লেখ করে পলিসি বাতিল করতে পারেন তবে শর্ত থাকে যে কোনও সুবিধার অধীনে কোনও দাবি করা হয়নি। কভার পিরিয়ডের জন্য মেডিকেল চেক-আপ, স্ট্যাম্প ডিউটি এবং আনুপাতিক ব্লক প্রিমিয়ামের জন্য চার্জ কেটে নেওয়ার পরে প্রিমিয়ামটি ফেরত দেওয়া হবে। পলিসি নবায়নের সময় ফ্রি লুক বিধান প্রযোজ্য নয়।

প্রিমিয়াম: অনুগ্রহ করে নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের নামে সুরক্ষিত অর্থপ্রদানের মোডের মাধ্যমে প্রিমিয়ামের পরিমাণ 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। এটি আপনার পলিসি সুবিধার ধারাবাহিকতা নিশ্চিত করবে। |
এসিএইচ / এসআই পুনর্নবীকরণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই।

তারিখ: _____

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: _____

স্থান: _____

প্রস্তাবকের নাম: _____

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, ব্লকিং কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ করার আগে দয়া করে বিক্রয় ব্রাশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

8

পণ্যের নাম: স্বাস্থ্য পালস, পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP22155V032122 | রাইডারের নাম: সেফগার্ড, রাইডার ইউআইএন: NBHHLIA24109V022324

এই জায়গাটি ইচ্ছাকৃতভাবে ফাঁকা রাখা হয়েছে।

পণ্যের নাম: স্বাস্থ্য পালস, পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP22155V032122 | রাইডারের নাম: সেফগার্ড, রাইডার ইউআইএন: NBHHLIA24109V022324