

রিঅ্যাসিউর 3.0 প্রপোজাল ফর্ম

URN: 032

ইনসিউরেন্স কন্ট্রোল একটি আইনগত চুক্তি ও এবং এটি বিশ্বাসের ভিত্তিতে তৈরি, এবং আমরা আপনার প্রতি বিশ্বাস রাখি। আমরা বুঝতে পারি যে, আপনি হয়তো জানেন না আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কতটা প্রাসঙ্গিক এবং তা আপনার পলিসির ওপর কী প্রভাব ফেলতে পারে। তাই, এটি খুবই গুরুত্বপূর্ণ যে, আপনি সমস্ত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করুন এবং আমরা সিদ্ধান্ত নেব এটি কতটা প্রাসঙ্গিক (আমরা এটিকে 'ম্যাটেরিয়াল ফ্যাক্ট' বলি)।
যদি প্রস্তাবিত সকল ইনসিউরেন্স সনদসমূহ সম্পর্কে সঠিক ও সম্পূর্ণ তথ্য প্রদান না করা হয়, আমরা আপনার পলিসি বাতিল করতে পারি, কোনো ক্রেইম পরিশোধ করব না, প্রদত্ত প্রিমিয়াম ফেরত দেব না এবং পূর্বে প্রদত্ত সুবিধা ফেরত নেওয়ার সহ সমস্ত সম্ভাব্য আইনগত ব্যবস্থা গ্রহণের অধিকার রাখি। নিম্নে অনুযায়ী, কভারেজ কেবল তখনই কার্যকর হবে যখন আমরা পূর্ণ প্রিমিয়াম গ্রহণ করেছি এবং স্পষ্টভাবে খুঁকি গ্রহণ করেছি।

1. প্রস্তাবকের বিবরণ:

টাইটেল (উপাধি)	নাম	লিঙ্গ:	পুরুষ	মহিলা	অন্যান্য	জাতীয়তা
জন্মের তারিখ	বর্তমান ঠিকানা					
ল্যান্ডমার্ক					শহর	
জেলা		রাজ্য				পিনকোড
ল্যান্ডলাইন নম্বর					মোবাইল নম্বর	
ইমেল আইডি					বিকল্প নম্বর	
PAN নম্বর						
বার্ষিক আয় (টাকা)				CKYC নম্বর		
পেশা	বেতনভুক্ত	স্ব-নিযুক্ত	ছাত্র/ছাত্রী	গৃহিণী (হাউজ ওয়াইফ)	অন্যান্য, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন	
প্রিমিয়াম পেমেন্ট করেছেন				প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক		

☐ আমি পরিবেশ রক্ষা করতে এবং কাগজ বাঁচাতে ইচ্ছুক এবং এজন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিতে চাই যে, তারা সমস্ত পলিসি এবং সার্ভিস সম্পর্কিত যোগাযোগ আমার দেওয়া ইমেইল ID পাঠাবে, যা এই আবেদন ফর্ম উল্লেখ করা হয়েছে।
☐ আমি সমস্ত শর্তাবলী ও নিয়মাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এখানে নিজ বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স অথবা এর কোনো এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ/অফিসিয়েটদের আমার রেজিস্টার্ড ফোন নম্বরে SMS / ইমেইল / ফোন / হোয়াটসঅ্যাপ / ফেসবুক অথবা অন্যান্য যেকোনো মাধ্যমে যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছি, যা আমার 'DND' রেজিস্ট্রেশনকে অগ্রাহ্য করে, ওয়েলকাম কল / SMS সার্ভিস কল / SMS বা অন্য কোনো বাণিজ্যিক যোগাযোগের জন্য।

আপনি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনি বা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি একজন PEP? ☐ হ্যাঁ ☐ না

একজনকে বলা হবে একজনকে বলা হবে (PEP) এমন ব্যক্তি যারা বিশিষ্ট জনহিতকর কার্যভারপ্রাপ্ত অথবা ছিলেন, যেমন - কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, ঊর্ধ্বতন রাজনীতিবিদ, ঊর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারি সংস্থার ঊর্ধ্বতন নির্বাহী, গুরুত্বপূর্ণ মালিক কর্মকর্তা। (যদি আপনি PEP-এর বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে পৃথক PEP প্রারবনী পূরণ করুন)

ব্যাঙ্কের বিবরণ:

ব্যাঙ্কের নাম	
অ্যাকাউন্ট নম্বর	IFSC কোড
অ্যাকাউন্টের ধরণ	সেভিংস
	কারেন্ট
	শাখা
	শহর

ইলেকট্রনিক ইন্স্যুরেন্স অ্যাকাউন্টের (eIA) বিবরণ

আপনি কি এই পলিসিটিকে একটি eIA-তে জমা করতে চান? (অনুগ্রহ করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)

☐ না, আমার কোনো eIA নেই এবং আমি এটা খুলতে চাই না ☐ হ্যাঁ, এই পলিসিটি আমার ই-ইন্স্যুরেন্স (বীমা) অ্যাকাউন্টে জমা করুন

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে বিদ্যমান ই-ইন্স্যুরেন্স অ্যাকাউন্ট নম্বর দিন

অনুগ্রহ করে ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরীর নাম নির্বাচন করুন (আপনি যার সাথে আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

☐ মেসার্স NSDL ডেটাবেস ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড	☐ মেসার্স সেন্ট্রাল ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরী লিমিটেড
☐ মেসার্স কার্ভি ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরী লিমিটেড	☐ মেসার্স CAMS রিপোজিটরী সার্ভিসেস লিমিটেড (অনুগ্রহ করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা
☐ আমার বর্তমানে কোনো বিদ্যমান ই-ইনসিউরেন্স অ্যাকাউন্ট নেই এবং আমি একটি নতুন ই-ইনসিউরেন্স অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে আগ্রহী। (দয়া করে সংশ্লিষ্ট নথি সহ ইলেকট্রনিক ইনসিউরেন্স অ্যাকাউন্ট খোলার ফর্ম (eIA ফর্ম) জমা দিন)।	

নবায়ন পেমেন্ট সাইন-আপ: আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির নবায়ন প্রিমিয়াম প্রতি বছর কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান স্বয়ংক্রিয় ক্রিয়ারিং হাউস (ACH) / স্থায়ী নির্দেশাবলী (SI) চালিয়ে হাওয়ার মাধ্যমে করা যেতে পারে। এই বিকল্পের অধীনে আমাদের পলিসি নবায়ন করা যেতে পারে, তবে শর্ত থাকে যে আপনি কোম্পানি দ্বারা প্রয়োজনীয় সমস্ত অতিরিক্ত তথ্য এবং ডকুমেন্টেশন সম্পূর্ণ করেছেন।

☐ আমি ACH/SI নবায়ন অপশন গ্রহণ করতে চাই এবং এর মাধ্যমে প্রিমিয়ামের উপর 2.5% ছাড় উপভোগ করতে চাই, যতক্ষণ পর্যন্ত পলিসিটি একইভাবে নবায়ন করা হচ্ছে।

তারিখ স্থান প্রোপজারের স্বাক্ষর

2. ইন্দুরেজের জন্য আবেদনকারীদের বিবরণ:

আবেদনকারী 1	নাম											
	লিঙ্গ	পুরুষ	মহিলা	অন্যান্য	উচ্চতা	(ফুট)	(ইঞ্চি)	ওজন	(কেজি)			
	মোবাইল নম্বর	জন্মের তারিখ						যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন				
	প্রভাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বপুত্র/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
আবেদনকারী 2	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কাজের জায়গার ঠিকানা											
	নাম											
	লিঙ্গ	পুরুষ	মহিলা	অন্যান্য	উচ্চতা	(ফুট)	(ইঞ্চি)	ওজন	(কেজি)			
আবেদনকারী 3	মোবাইল নম্বর	জন্মের তারিখ						যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন				
	প্রভাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বপুত্র/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কাজের জায়গার ঠিকানা											
আবেদনকারী 4	নাম											
	লিঙ্গ	পুরুষ	মহিলা	অন্যান্য	উচ্চতা	(ফুট)	(ইঞ্চি)	ওজন	(কেজি)			
	মোবাইল নম্বর	জন্মের তারিখ						যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন				
	প্রভাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বপুত্র/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
আবেদনকারী 5	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কাজের জায়গার ঠিকানা											
	নাম											
	লিঙ্গ	পুরুষ	মহিলা	অন্যান্য	উচ্চতা	(ফুট)	(ইঞ্চি)	ওজন	(কেজি)			
আবেদনকারী 6	মোবাইল নম্বর	জন্মের তারিখ						যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন				
	প্রভাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বপুত্র/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কাজের জায়গার ঠিকানা											

*প্রিমিয়ারের উপর 5% ছাড় পান।

মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার বলতে এমন একজন ব্যক্তিকে বোঝানো হয় যিনি কোনো রাজ্য বা ভারতের মেডিক্যাল কাউন্সিল, ভারতীয় মেডিসিন কাউন্সিল বা হোমিওপ্যাথি কাউন্সিল থেকে বৈধ নিবন্ধন প্রাপ্ত এবং সেই নিবন্ধনের আওতায় তার স্বাধীন বিচারবাহীন এলাকায় চিকিৎসা প্র্যাকটিস করার অধিকারী; এবং তিনি তার লাইসেন্সের পরিসর এবং বিচারবাহীন এলাকায় কাজ করছেন।

বিঃদ্রঃ:

1. যদি আবেদনকারী 1-এর প্রভাবকের সঙ্গে সম্পর্ক কর্মচারী হয়, তবে অন্যান্য আবেদনকারীদের সম্পর্ক আবেদনকারী 1-এর সঙ্গে হবে।

3. কভারেজ নির্বাচন									
বেস কভারেজ									
পলিসির ধরন#	ইন্ডিভিডুয়াল (ব্যক্তিগত)		ফ্যামিলি প্ল্যান		মাল্টি মেম্বর (একাধিক সদস্য) ইন্ডিভিডুয়াল (ব্যক্তিগত)				
যতজনের জীবন বীমা করা হবে তার সংখ্যা	প্রাপ্তবয়স্ক		বাচ্চা						
ভেরিয়েন্ট	ক্লাসিক		সিলেট		এলিট		ব্ল্যাক		
বেস বীমাকৃত পরিমাণ	সীমাহীন		₹ 5,00,000		₹ 10,00,000				
পলিসির মেয়াদ	1 বছর		2 বছর		3 বছর		4 বছর		5 বছর
ঐচ্ছিক কভারেজ									
1. ক্যান্সার-ব্যাপ+	হ্যাঁ	না							
2. টায়ার্ড নেটওয়ার্ক ⁽¹⁾	হ্যাঁ	না							
3. লিভিংবুশাওয়ার্ন ⁽²⁾	হ্যাঁ	না							
4. বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা ⁽³⁾ (শুধুমাত্র ক্যান্সার)	হ্যাঁ	না							
5. বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা ⁽³⁾ (ক্যান্সার + রিইন্সার্সমেন্ট)	হ্যাঁ	না							
6. ডেডসআপ ⁽⁴⁾	হ্যাঁ	না							
7. হাসপাতাল ডেইলি ক্যান	হ্যাঁ	না							
8. ক্রেইম সেকগার্ড+	হ্যাঁ	না							
9. তৃতীয় মেডিক্যাল মতামত	হ্যাঁ	না							
10. দ্বিতীয় মেডিক্যাল মতামত - এক্সপ্রেস	হ্যাঁ	না							
11. মেডিক্যাল সরঞ্জাম	হ্যাঁ	না							
12. প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য মানসিক সুস্থতা	হ্যাঁ	না							
13. মানসিক সুস্থতা কাউন্সেলিং	হ্যাঁ	না							
14. যৌন স্বাস্থ্য সুস্থতা	হ্যাঁ	না							
15. স্বাস্থ্য ঝুঁকি মূল্যায়ন	হ্যাঁ	না							
16. দুর্ঘটনা সেবা	হ্যাঁ	না							
17. হেলথ ভাউচার	হ্যাঁ	না							
18. সহানুভূতিশীল পরিদর্শন	হ্যাঁ	না							
19. ফ্লাইট-মোড	হ্যাঁ	না							
20. টিকাকরণ কভার	হ্যাঁ	না							
21. সুস্থতা সুবিধা	হ্যাঁ	না							
22. আধুনিক চিকিৎসা+ (ক্লাসিক এবং সিলেক্টের জন্য)	হ্যাঁ	না							
23. এয়ার অ্যাম্বুলেন্স+ (ক্লাসিক এবং সিলেক্টের জন্য)	হ্যাঁ	না							
24. নির্ভরশীলদের আবাসন সুবিধা	হ্যাঁ	না							
25. আন্তর্জাতিক কভার	হ্যাঁ	₹ _____	না						
26. ক্রিটিক্যাল ইলনেস	হ্যাঁ	₹ _____	না	না					
27. ওয়েলকনসান্ট+	1x	2x	3x	4x	5x	না			
28. এক্সটারওয়ান	ভেরিয়েন্ট 1	ভেরিয়েন্ট 2	ভেরিয়েন্ট 3	ভেরিয়েন্ট 4		না			
29. বিন্যাস রোগের জন্য অপেক্ষার সময় পরিবর্তন	12 মাস	24 মাস	না						
30. নির্দিষ্ট রোগের জন্য অপেক্ষার সময় পরিবর্তন	12 মাস	36 মাস	না						
31. কো-পেমেন্ট ⁽⁵⁾	10%	20%	30%	40%	50%	না			
32. বার্ষিক মোট ডিজাস্ট্রল ⁽⁶⁾	₹ 10,000	₹ 20,000	₹ 30,000	₹ 50,000	₹ 1,00,000				
	₹ 2,00,000	₹ 3,00,000	₹ 4,00,000	₹ 5,00,000	না				
33. হাসপাতাল থেকে ছাড়ার পরবর্তী সময়ের পরিবর্তন	30 দিন	60 দিন	90 দিন	270 দিন	365 দিন				
34. হাসপাতালে ভর্তি পূর্ববর্তী সময়ের পরিবর্তন	30 দিন	90 দিন	180 দিন	না					
35. প্রাথমিক অপেক্ষার সময় পরিবর্তন	7 দিন	10 দিন	15 দিন	না					
36. মহিলাদের জন্য সুস্থতা	প্র্যান 1	প্র্যান 2	প্র্যান 3	প্র্যান 4	প্র্যান 5	প্র্যান 6	না		

প্রস্তাবিত বিশ্বাকারীর নাম যার জন্য পোর্টেবিলিটির অনুরোধ করা হয়েছে	প্রথম পলি সি শুরু তারিখ	কোভিড নিরুতি স্থাপনা পোর্টেবিলিটির জন্য যে পরিমাণ বছর কভারেজ প্রার্থনা করা হয়েছে তা উল্লেখ করুন।	অতীতের পলিসিতে ক্রাইম (দাবী) করা হয়েছে	বর্তমান নো ক্রাইম বোনাস	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 1 (সবথেকে পূর্বনো)	বীমাকৃত টাকার প রিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 2	বীমাকৃত টাকার প রিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 3	বীমাকৃত টাকার প রিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 4 (সেয়াদ উত্তীর্ণ হওয়া পলিসি)

5. নমিনেশন (মনোনয়ন)

প্রস্তাবকারীর মৃত্যুর ক্ষেত্রে, পলিসির অধীনে যেকোনো প্রদেয় অর্থ নিচে উল্লিখিত মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদেয় হবে। মনোনীত ব্যক্তির দ্বারা এই ধরনের অর্থ গ্রহণ কোম্পানির পলিসির অধীনে ন্যায়বদ্ধতা মুক্ত করবে।

মনোনীত ব্যক্তির (নমিনী) নাম	জন্মের তারিখ	প্রাপকজনের সাথে সম্পর্ক	মনোনীত ব্যক্তির ঠিকানা, মোবাইল নম্বর এবং ইমেইল ID	নিয়োগকারীর নাম (যদি মনোনীত ব্যক্তি (নমিনী) বয়স 18 বছরের কম হয়)

মনোনীত ব্যক্তির ব্যাঙ্কের বিবরণ: বেনিফিশিয়ারির নাম:

ব্যাঙ্কের নাম

অ্যাকাউন্টের ধরণ

সেভিংস

কারেন্ট

অ্যাকাউন্ট নম্বর

IFSC কোড

6. চিকিৎসা, অডায়স এবং অতীত প্রস্তাবের তথ্য

গুরুত্বপূর্ণ: দয়া করে নিশ্চিত করুন যে, এই সেকশনের সব প্রশ্ন সঠিকভাবে এবং সম্পূর্ণভাবে উত্তর দেওয়া হয়েছে, কারণ আপনি যে তথ্য এখানে প্রদান করবেন তা নিভা বুপা দ্বারা আন্ডাররাইটিংয়ের ভিত্তি হবে। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন যে, কোনো অসম্পূর্ণ, ভুল বা আংশিক সঠিক তথ্য আপনার মেডিকেল ক্রেইম এবং/অথবা কভারেজের উপর প্রভাব ফেলতে পারে।

বিভাগ A: অনুগ্রহ করে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য দিন												
আবেদনকারীর জন্য অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলির উত্তর দিন। অনুগ্রহ করে হ্যাঁ (Y) বা না (N) পোল করুন।	আবেদনকারীর নম্বর											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
i. সাধারণ সর্দি, জ্বর, সংক্রমণ, ছোটখাটো আঘাত বা অন্যান্য ছোটখাটো অসুস্থতা ব্যতীত; আবেদনকারী কি কখনও কোনও রোগে আক্রান্ত হয়েছেন এবং / অথবা 5 দিনের বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন এবং / অথবা কোনও অস্ত্রোপচার পদ্ধতি গ্রহণ করেছেন / পরামর্শ দিয়েছেন এবং / অথবা কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন / 14 দিনের বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ দেখা দিয়েছে? ওষুধের মধ্যে ইনহেলার, ইনজেকশন, যৌথিক ওষুধ এবং শরীরের অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বাহ্যিক চিকিৎসা প্রয়োগ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে তবে সীমাবদ্ধ নয়।	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
ii. খাইরয়েভ প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রিগলি পরিমাপ, অ্যাজিওগ্রাফি, ইকোকর্ডিওগ্রাফি, এণ্ডোঅ্যাস্টি, আল্ট্রাসাউন্ড, CT স্ক্যান, MRI, বায়োপসি এবং FNAC সম্পর্কিত কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে আবেদনকারীর কি কখনও প্রতিকূল ফলাফল পাওয়া গেছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
iii. আবেদনকারী কি ডায়াবেটিস বা প্রি-ডায়াবেটিসে আক্রান্ত, অথবা তিনি কি কখনও উচ্চ রক্তচাপের সমস্যায় ভুগেছেন?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
iv. আবেদনকারীর কি হাইপারটেনশন বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
v. আবেদনকারীর কি কখনও কোনো জেনেটিক/বংশগত ব্যাধি বা HIV / AIDS জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
vi. আবেদনকারীর কি কখনও কোনো মানসিক/মনো-চিকিৎসাগত ব্যাধির জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
vii. আবেদনকারীর জীবনের জন্য লাইফ, হেলথ, হাসপাতাল ডেইলি ক্যাস বা ক্রিটিক্যাল ইলনেস ইনসিউরেন্সের কোনো প্রপোজাল কখনও কোনো ইনসিউরেন্স কোম্পানি দ্বারা প্রত্যাখ্যাত, স্থগিত, অতিরিক্ত প্রিমিয়ামযুক্ত বা বিশেষ শর্ত যেমন বর্তন আত্মোপিত হয়েছে কি?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

বিভাগ B: (অনুগ্রহ করে এই বিভাগটি পূরণ করুন যদি আবেদনকারী ধূমপান করেন বা তামাক/গুটখা/পান মশালা খান বা মদ্যপান করেন)	i. চিবিমে যাওয়া তামাক / গুটখা / পান মশালা। যদি হ্যাঁ, তবে দৈনিক কতটি পাউচ যাওয়া হয় তা উল্লেখ করুন।		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রতি সপ্তাহে কতটা মিলি পান করেন তা উল্লেখ করুন		iii. সিগারেট / বিড়ি / চুড়ট। যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রতিদিন কতগুলি ব্যবহার করেন তা উল্লেখ করুন		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	প্রতিদিন মদ্যপান করেন	1-10	> 10
আবেদনকারী 1							
আবেদনকারী 2							
আবেদনকারী 3							
আবেদনকারী 4							
আবেদনকারী 5							
আবেদনকারী 6							

বিভাগ C: উপরের বিভাগে হ্যাঁ (Y) চিহ্নিত প্রশ্নগুলির জন্য, অনুগ্রহ করে নিচে দেওয়া তথ্যগুলি নির্দিষ্ট করুন:											
আবেদনকারীর নম্বর	উপসর্গ(গুলি) বা অনুসন্ধান(গুলি) বা নির্ণয় বা পদ্ধতি / অপারেশনের (সার্জারি) বিবরণ					কতটা দিন ধরে এমন শারীরিক অবস্থা রয়েছে	ওষুধ(গুলি)	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (যেমন সম্পূর্ণ/ আংশিকভাবে সুস্থ বা ডিকম্পেন্সেড)	যে ডাক্তার ডিকম্পেন্সেডের নাম ও যোগাযোগের বিবরণ	অ্যাকাউন্ট করা (সংযুক্ত) ডকুমেন্ট (নথি) (হ্যাঁ/না)
	ডায়াবেটিস হলে HbA1c লেভেল	হাই প্রেসার (উচ্চ রক্তচাপ) হলে BP লেভেল		অন্য কোনও বিবরণ	শুরু করার তারিখ (DD/ MM/ YYYY)						
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক								

7. ঘোষণা (দয়া করে মনোযোগ দিয়ে পড়ুন এবং প্রপোজাল ফর্ম সই করার আগে প্রতিটির পাশে চেক মার্ক দিন)

- ☐ আমি এ ঘোষণা করছি, আমার পক্ষে এবং সমস্ত প্রস্তাবিত ইনসিউরড ব্যক্তির পক্ষে, যে আমার প্রদত্ত উপরোক্ত বিবৃতি, উত্তর এবং/অথবা তথ্যসমূহ আমার জ্ঞানের সর্বোচ্চ সীমা অনুযায়ী সত্য এবং সম্পূর্ণ, এবং আমি এই অন্যান্য ব্যক্তিদের পক্ষে প্রস্তাব দেওয়ার অনুমোদিত।
- ☐ আমি বুঝতে পারছি যে, আমার প্রদত্ত তথ্য ইনসিউরেন্স পলিসির ভিত্তি হবে, এটি ইনসিউরারের বোর্ড-অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং পলিসির আওতাভুক্ত এবং পলিসি কেবল পূর্ণ প্রিমিয়াম প্রদানের পরই কার্যকর হবে।
- ☐ আমি আরও ঘোষণা করছি যে, প্রপোজাল জমা দেওয়ার পরে কিন্তু কোম্পানি দ্বারা ঝুঁকি গ্রহণ সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত জানানোর আগে, ইনসিউরড/প্রপোজারের পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্যের কোনো পরিবর্তন ঘটলে আমি তা লিখিতভাবে কোম্পানিকে জানাব।
- ☐ আমি ঘোষণা করছি যে, আমি কোম্পানিকে সম্মতি দিচ্ছি তারা যে কোনো ডাক্তার বা হাসপাতাল থেকে মেডিকেল তথ্য সংগ্রহ করতে পারে, যারা কোনো সময় ইনসিউরড/প্রপোজারকে চিকিৎসা দিয়েছে, অথবা কোনো প্রাক্তন বা বর্তমান নিয়োগকর্তা থেকে এমন কোনো তথ্য সংগ্রহ করতে পারে যা ইনসিউরড/প্রপোজারের শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের ওপর প্রভাব ফেলে। এছাড়াও, কোম্পানি যেকোনো ইনসিউরার থেকে তথ্য সংগ্রহ করতে পারে, যাদের কাছে ইনসিউরড/প্রপোজারের জন্য ইনসিউরেন্সের আবেদন করা হয়েছে, যা প্রপোজাল আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা ক্রেইম সেটেলমেন্টের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে।
- ☐ আমি কোম্পানিকে অনুমোদন দিচ্ছি যে, আমার প্রপোজাল সম্পর্কিত তথ্য, যার মধ্যে ইনসিউরড/প্রপোজারের মেডিকেল রেকর্ড রয়েছে, শুধুমাত্র প্রপোজাল আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা ক্রেইম সেটেলমেন্টের উদ্দেশ্যে এবং যেকোনো সরকারি এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের সঙ্গে শেয়ার করতে পারে।
- ☐ আমি/আমরা কোম্পানিকে অনুমোদন দিচ্ছি যে, আমার/আমাদের প্রপোজাল সম্পর্কিত তথ্য সহ ইনসিউরড/প্রপোজারের মেডিকেল রেকর্ড শুধুমাত্র সার্ভিস ডেলিভারি উদ্দেশ্যে আমাদের এমপ্লয়েন্ট প্রোভাইডারের সঙ্গে শেয়ার করতে পারে।

তারিখ: স্থান: প্রপোজারের স্বাক্ষর:

8. আঞ্চলিক ভাষার ঘোষণা

(যদি প্রপোজার স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করে থাকেন সেক্ষেত্রে সার্টিফিকেশন (কোম্পানির এজেন্ট/কর্মচারী দ্বারা অন্য কাউকে সাক্ষী থাকতে হবে)। এই ফর্মের বিষয়বস্তু এবং এর বিবরণ আমি স্থানীয় ভাষায় প্রপোজারকে ব্যাখ্যা করেছি যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন:

যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর নাম: যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর স্বাক্ষর: যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর মোবাইল নম্বর:

সাক্ষীর নাম: সাক্ষীর স্বাক্ষর: সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

প্রপোজারের স্বাক্ষর:

9. প্রোগ্রামকারীর ঘোষণা

(যেখানে কোনও কারণে প্রোগ্রাম (প্রোগ্রাম) এবং অন্যান্য সম্পর্কিত কাগজপত্র প্রোগ্রামারের দ্বারা পূরণ করা হয়নি সে ক্ষেত্রে সার্টিফিকেশন)। প্রোগ্রাম ফর্ম এবং সম্পর্কিত ডকুমেন্টের (নথিপত্র) বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত চুক্তির তাৎপর্য সম্পূর্ণভাবে বুঝতে পেরেছি। আমার নির্দেশে _____ প্রোগ্রাম ফর্মটি পূরণ করেছেন এবং আমার মনে হয় এটি সঠিক ও সম্পূর্ণ।

প্রোগ্রামারের স্বাক্ষর

10. প্রিমিয়ামের বিবরণ (গুণমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম পেমেন্টের বিবরণ	☐ চেক	☐ ডিমান্ড ড্রাফট	☐ ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড	☐ নেট ব্যাংকিং	☐ নগদ	☐ অন্যান্য
প্রিমিয়ামের পরিমাণ	অনলাইন পেমেন্টের ট্রানজ্যাকশন (নেটদেন) আইডি:		তারিখ			
ব্যাঙ্কের নাম/শাখা			বীমা বোপা শাখার লোকেশন			
কোড নম্বর	বিজনেসকে সোর্স করেছেন: অ্যাডভাইজার (উপদেষ্টা)/DST/কর্পোরেট এজেন্সি/অন্যান্য চ্যানেল					
কোড নম্বর						
নাম						
প্রোগ্রাম (প্রোগ্রাম) পাওয়ার তারিখ:			কাস্টমার (গ্রাহক) আইডি:			
প্রোগ্রাম বা আবেদনকারী কি একজন স্টাফ?	☐ হ্যাঁ	☐ না				

11. গুণমাত্র স্বাক্ষর/স্বাক্ষর চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (গুণমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

শাখার কোড		SP কোড		RM/LG কোড	
C গ্রাহক অ্যাকাউন্ট	সংখ্যা				

12. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (গুণমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

আমি, কর্পোরেট এজেন্টের / ব্রোকারের অনুমোদিত কর্মচারী / ক্লিনশিপ অফিসার হিসেবে বা ইনসিউরেন্স এডভাইজার / স্পেসিফিকড পারসন হিসেবে, ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রোগ্রাম ফর্মের সকল বিষয়বস্তু প্রোগ্রামারকে ব্যাখ্যা করেছি, যার মধ্যে এই ফর্মে থাকা প্রশ্নগুলোর প্রকৃতি, তার উত্তরসহ তথ্য এবং যে কোনো বিবৃতি/তথ্য যা প্রোগ্রামার এই ফর্মে প্রদান করেছেন বা প্রদান করবেন। এই তথ্যগুলো কোম্পানি যদি পলিসি ইস্যু করার জন্য প্রোগ্রামটি গ্রহণ করে, তবে কোম্পানি এবং প্রোগ্রামারের মধ্যে ইনসিউরেন্স কন্ট্রাক্টের ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে।

আমি আরও ব্যাখ্যা করেছি যে, যদি এই প্রোগ্রাম ফর্ম / এডভাইজার, অফিসভেটি, বিবৃতি বা অন্যান্য প্রদানকৃত তথ্য কোনো অসিদ্ধ তথ্য / উত্তর থাকে, অথবা কোনো গুরুত্বপূর্ণ তথ্য প্রকাশ না করা হয়, তবে কোম্পানি এই প্রোগ্রাম অনুসারে প্রোগ্রামারের নামে ইস্যুকৃত পলিসিকে শূন্য ও অকার্যকর হিসেবে গণ্য করতে পারে এবং পলিসির আওতার প্রদত্ত সকল প্রিমিয়াম কোম্পানির হকভুক্ত হতে পারে।

তারিখ

ইন্স্যুরেন্স অ্যাডভাইজারের (বীমা উপদেষ্টা) স্বাক্ষর

13. বিবিধ সতর্কীকরণ

ছাড়ের ক্ষেত্রে নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938-এর ধারা 41 অনুযায়ী)

- কোনো ব্যক্তি ভারতে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত যে কোনো ধরনের ঝুঁকির ক্ষেত্রে বীমা গ্রহণ করা, রিনিউ করা বা চালিয়ে যাওয়ার জন্য কোনো ব্যক্তিকে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে প্ররোচনা হিসেবে, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় সেওয়ার বা পলিসিতে সেখানে প্রিমিয়ামের ক্ষেত্রে কোনো ছাড় সেওয়ার, ছাড়ের প্রস্তাব সেওয়ার অনুমতি সেবেন না, ইনসিউরারের (বীমাকারী) প্রকাশিত গ্রসপেটাস বা টেবিল অনুযায়ী অনুমোদিত ছাড় ছাড়া কোনো ব্যক্তি পলিসি গ্রহণ করার, রিনিউ করার বা অব্যাহত রাখার জন্য কোনো ছাড় গ্রহণ করবেন না।
- যদি কোনো ব্যক্তি এই ধরনের নিয়মাবলী পালন করতে না পারেন তাহলে তাঁকে দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানা দিতে হতে পারে।

14. গ্রামীণ এবং সামাজিক সেবায় বিভাগ (যদি প্রযোজ্য হয়):

আপা কর্মী		MGNREGA কর্মী	
-----------	----------------------	---------------	----------------------

15. ABHA আইডি

সনদের নাম	আপনার কাছে কি ABHA আইডি আছে?	ABHA আইডি	ABHA-এর মাধ্যমে ইনসিওরার/TPA-এর সাথে ডিক্টিশনার রেকর্ড শেয়ার করার ব্যাপারে সন্মতি
	☐ হ্যাঁ ☐ না		☐ হ্যাঁ ☐ না
	☐ হ্যাঁ ☐ না		☐ হ্যাঁ ☐ না
	☐ হ্যাঁ ☐ না		☐ হ্যাঁ ☐ না
	☐ হ্যাঁ ☐ না		☐ হ্যাঁ ☐ না
	☐ হ্যাঁ ☐ না		☐ হ্যাঁ ☐ না
	☐ হ্যাঁ ☐ না		☐ হ্যাঁ ☐ না

16. ফেরতের এবং দাবি পরিশোধের বিবরণ

পেমেন্ট গ্রহণের বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার ☐

বেনিফিশিয়ারির নাম

ব্যাঙ্কের নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর

অ্যাকাউন্টের ধরণ

IFSC কোড

নিজা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড রেজিস্টার্ড অফিস: - C-98, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পার্ট 1, সিউ দিল্লি-110024

ডিসক্লেমার: ইনসিউরেন্স একটি আর্থনামূলক বিষয়। নিজা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (IRDAI রেজিস্ট্রেশন নং. 145) — 'বুপা' এবং 'হাটবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক, যা নিজা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের আওতায় ব্যবহার করছে। কাস্টমার হেল্পলাইন: 1860-500-8888 ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com
CIN: L66000DL2008PLC182918 বিস্তারিত শর্তাবলি, বর্জন, কুঁকি উপাদান, অসুস্থতা সময়কাল ও সুবিধাসমূহ সম্পর্কে জানানোর জন্য বিস্তারিত ব্রোশিওরটি ভালোভাবে পড়ে নিল বিতরণ সম্পন্ন করার আগে।

নিভা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পোর্ট 1, নিউ দিল্লি-110024

ডিসক্লেমার: ইনসিউরেন্স একটি আত্মানুসূলক বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (IRDAI রেজিস্ট্রেশন নং. 145) — 'বুপা' এবং 'হাটবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক, যা নিভা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড লাইসেন্সের আওতায় ব্যবহার করছে। কাস্টমার হেল্পলাইন: 1860-500-8888 ওয়েবসাইট: www.nivabupa.com
CIN: L66000DL2008PLC182918 বিস্তারিত শর্তাবলি, বর্তন, বুকিং উপাদান, আপেক্ষা সময়কাল ও সুবিধাসমূহ সম্পর্কে জ্ঞানার জন্য বিক্রয় প্রেশিওরটি ভালোভাবে পড়ে নিন। বিক্রয় সম্পন্ন করার আগে।

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627

কোম্পানির দ্বারা প্রাপ্তি স্বীকার

অ্যাসিটেশন (আবেদন) নং

তারিখ

আমরা কৃতজ্ঞতার সঙ্গে স্বীকার করছি যে, আমরা আপনার প্রস্তাব এবং অর্থ চেকের মাধ্যমে/ডিম্যান্ড ড্রাফট/অন্যান্য _____ এর মাধ্যমে পেয়েছি, যার পরিমাণ Rs. _____ এবং তারিখ _____, যা _____ ব্যাংকে ড্র করা হয়েছে। ইনসিউরেন্সের জন্য পূর্ণাঙ্গ প্রস্তাব জমা দেওয়া বা পলিসি ইস্যুর জন্য অর্থ প্রদান করা—এই দুটি কাজের কোনোটিই আমাদেরকে পলিসি ইস্যু করতে বাধ্য করে না। পলিসি ইস্যু করার সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণভাবে আমাদের একান্ত ও নিরকুশ বিবেচনার ওপর নির্ভরশীল। যদি আমরা ইনসিউরেন্স প্রস্তাব গ্রহণ করি, তা হবে পলিসির নির্ধারিত শর্তাবলীর ভিত্তিতে। আমরা কোনোভাবেই দায়ী থাকব না যদি প্রিমিয়াম সম্পূর্ণভাবে এবং সময়মতো আমাদের কাছে না পৌঁছায় বা তা বাস্তবে আদায় না হয়। যদি আমরা প্রস্তাবটি গ্রহণ না করি, তাহলে আমরা আপনাকে জানাব এবং আপনার কাছ থেকে প্রাপ্ত অর্থ, যদি কোনো মেডিকেল টেস্টের খরচ থাকে তবে তা বাদ দিয়ে, কোনো সুদ ছাড়াই আপনাকে ফেরত দেব।

যিনি গ্রহণ করছেন তাঁর নাম ও সাক্ষর এবং অফিসের সিল

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627