

রিআসিওর

প্রপোজাল ফর্ম

ইউআরএন: 015

1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক	নাম							
ডিওবি	লিঙ্গ:	পুরুষ	নারী	অন্যান্য	জাতীয়তা			
বর্তমান ঠিকানা	D	D	M	M	এবি	এবি	এবি	এবি
ল্যান্ডমার্ক					শহর			
জেলা	অবস্থা			পার্সোনাল আইডেন্টিফিকেশন নম্বর				
ন্যান্ডলাইন নম্বর					মোবাইল নম্বর			
ই-মেইল আইডি					বিকল্প সংখ্যা			
পাননম্বর	(নগদ 50,000 টাকার বেশি প্রিমিয়ামের জন্য বাধ্যতামূলক এবং অন্যান্য উপায়ে 1 লক্ষ টাকা)							
বার্ষিক আয় (রপ্তি)				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 আবেদন ফর্মটিতে এখানে উল্লিখিত ইমেল আইডিতে আপনার সমস্ত নীতি ও পরিষেবা সম্পর্কিত যোগাযোগ প্রেরণের জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন দিয়ে কাগজ বাচাতে সহায়তা করতে চাই?

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

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

প্রাসঙ্গিক: এই শর্তাবলী পূর্ণ পিইপি ফর্ম, এমন একটি ফর্মটি পূরণ করা হয় যেখানে কোনও বা রাজ্য সরকারের প্রদত্ত নথি, পলি গ্রান্ট/সিভিল, উর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সমরিতক কর্মকর্তা, সরকারী বা স্বায়ত্তশাসিত প্রতিষ্ঠান, গুরুত্বপূর্ণ নথি কর্মকর্তা। কোম্পানি ডি.এন.ডি রেজিস্ট্রেশন দিয়ে আবেদন করে যাতে পূর্ণ পিইপি প্রক্রিয়া পূর্ণ হয়।

গ্রামীণ ও সামাজিক খাত বিভাগ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): আশা কর্মী মে. MGNREGA কর্মী

তুমি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চাও? হ্যাঁ না

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 এন.এস.ডি.এল ডাটাবেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড	<input type="checkbox"/> মেসার্স সেন্ট্রাল ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড
<input type="checkbox"/> মেসার্স কার্ভ 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-ইস্যুরেন্স হিসাব তৈরি করতে আগ্রহী (অনুগ্রহ করে প্রাসঙ্গিক নথি সহ ইলেক্ট্রনিক বীমা হিসাব খোলার ফর্ম (ইআইএ ফর্ম) জমা দিন)।

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্লিয়ারিং হাউস (এসি.এইচ) / 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 এসি.এইচ/এসআই পুনর্নবীকরণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই ও এর ফলে পলিসি পুনর্নবীকরণের সময় পর্যন্ত প্রিমিয়ামে 2.5% ছাড় পেতে চাই।

তারিখ	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 / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে / কর্মচারী											
	যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে দয়া করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর											
আবেদনকারী ২	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
	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): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে												
যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে দয়া করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর												
আবেদনকারী ৩	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
	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): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে												
যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে দয়া করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর												
আবেদনকারী ৪	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
	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): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে												
যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে দয়া করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর												
আবেদনকারী ৫	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
	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): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে												
যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে দয়া করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর												
আবেদনকারী ৬	ii. কাউন্সিলের নাম											
	iii. কর্মস্থলের ঠিকানা											
	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): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে												
যদি একজন রেজিস্টার্ড মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার* থাকেন, তাহলে দয়া করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর												

* প্রিমিয়ামের উপর ৫% ছাড়ের সুবিধা নিন। 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 এখতিয়ারের মধ্যে ঔষধ অনুশীলন করার অধিকারী, এবং তার লাইসেন্সের সুযোগ এবং এখতিয়ারের মধ্যে কাজ করছে। টীকা:

১. যদি প্রস্তাবকের সাথে আবেদনকারী ১-এর সম্পর্ক কর্মচারী হয়, তাহলে অন্যান্য আবেদনকারীর সম্পর্ক আবেদনকারী ১-এর সাথে ২. লাইভ

হেলদি বেনিফিটের জন্য, যোগ্য বীমাকৃত ব্যক্তির হবেন: ক। সমস্ত সদস্য একটি পারিবারিক ফ্লোটের নীতির অধীনে পুত্র / কন্যা আশা করে

খ। স্বতন্ত্র পলিসির অধীনে কমপক্ষে ১৪ বছর বয়সী যে কোনও

3. কভারেজ নির্বাচন:

আপনি কি বহনযোগ্যতার জন্য আবেদন করছেন:	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না											
বেস কভারেজ:												
নীতিমালার ধরণ:	<input type="checkbox"/> স্বতন্ত্র			<input type="checkbox"/> ফ্যামিলি ফ্লোটার								
বেস বিমাকৃত রাশি: (টাকা)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	
	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	ফাঁদ	
পলিসির মেয়াদ:	<input type="checkbox"/> বছর		<input type="checkbox"/> 2 বছর				<input type="checkbox"/> 3 বছর					
ঐচ্ছিক কভারেজ:												
1. হাসপাতালের নগদ: প্রতিদিন 1,000 টাকা (5 লক্ষ টাকা পর্যন্ত বিমাকৃত অর্থরাশির জন্য), প্রতিদিন 2,000 টাকা (7.5 লক্ষ টাকা থেকে 15 লক্ষ টাকা পর্যন্ত বিমাকৃত রাশির জন্য) এবং প্রতিদিন 4,000 টাকা (15 লক্ষ টাকার বেশি বিমাকৃত অর্থরাশির জন্য)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না											
2. রক্ষাকবচ+	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না											
3. রক্ষাকবচ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না											
4. স্মার্ট হেলথ+ (ডিজিজ ম্যানেজমেন্ট) * সমস্ত প্রভাবিত সদস্যদের একটি বৈকল্পিক চয়ন করতে হবে- সোনার বা প্র্যাটিনাম।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	সোনা	প্র্যাটিনাম	না									
	1	2	3	4	5	6						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5. স্মার্ট হেলথ+ (অ্যাক্টিভ কেয়ার) *দুটির যে কোনও একটি বেছে নেওয়া যেতে পারে	<input type="checkbox"/> সেবা পরামর্শ <input type="checkbox"/> সর্বোত্তম যত্ন <input type="checkbox"/> না											
	বেস্ট কেয়ার সাম ইনসিওরড অপশনস:											
	আইএনআর ৫,০০০	১০,০০০ টাকা	১৫,০০০ টাকা	২০ হাজার টাকা								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
6. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার বেছে নেওয়ার ক্ষেত্রে দয়া করে টিক চিহ্ন দিন (এই বিকল্পটি কেবল 18 বছর বা তার বেশি বয়সের আবেদনকারীদের জন্য উপলব্ধ)	আবেদনকারী নম্বর											
	1	2	3	4	5	6						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. 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"/>	1,00,000
8. 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%
9. প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময় পরিবর্তন	<input type="checkbox"/>	অপ্ট করা হয়নি	<input type="checkbox"/>	১ বছর	<input type="checkbox"/>	2 বছর	<input type="checkbox"/>	৪ বছর				
10. রুমের ধরন পরিবর্তন	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	স্ট্যান্ডার্ড একক রুম	<input type="checkbox"/>	শেয়ার্ড রুম						
11. আধুনিক চিকিৎসা+	<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না								

4. মনোনয়ন:

প্রস্তাবকের মৃত্যুর ক্ষেত্রে, পলিসির অধীনে প্রাপ্য যে কোনও অর্থ নীচে নামযুক্ত মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদানযোগ্য হবে। নিম্নের দ্বারা এই জাতীয় অর্থ প্রদানের প্রাপ্তি পলিসির অধীনে কোম্পানির দায়বদ্ধতার প্রাব গঠন করবে।

মনোনীত ব্যক্তির নাম	জন্মতারিখ	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	নিম্নের ঠিকানা, মোবাইল নম্বর ও ইমেল আইডি	নিয়োগকারীর নাম (যদি মনোনীত ব্যক্তির বয়স 18 বছরের কম হয়)

নিম্নের ব্যক্তি বিবরণ: উপকারভোগীর নাম:

ব্যাংকের নাম: অ্যাকাউন্টের ধরন:

অ্যাকাউন্ট নম্বর: আইএফএসসি কোড:

5. চিকিৎসা, অভ্যাস ও অতীত প্রত্যাহার 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 নিতা বুপা দ্বারা আন্তররাইটিংয়ের ভিত্তি তৈরি করবে। দয়া করে নোট করুন যে কোনও অসম্পূর্ণ, ভুল, আংশিক সঠিক তথ্য আপনার চিকিৎসা দাবি ও/অথবা কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে।

বিভাগ এ: দয়া করে চিকিৎসা শর্ত সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করুন											
প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন।											
দয়া করে হ্যাঁ (ওয়াই) বা না (এন) বৃত্ত করুন											
আবেদনকারী নম্বর											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
i. সাধারণ সর্দি, ফুলু, সংক্রমণ, ছোটখাটো আঘাত বা অন্যান্য ছোটখাটো অসুস্থতা ব্যতীত; আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও রোগ নির্ণয় করা হয়েছে এবং/অথবা 5 দিনের বেশি সময় ধরে হাসপাতালে ভর্তি করা হয়েছে এবং/অথবা কোনও অস্ত্রোপচার প্রক্রিয়া সহ করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে এবং/অথবা কোনও গুণ্ডা সেবন করা হয়েছে / 14 দিনের বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? গুণ্ডা ইনহেলার, ইনজেকশন, মৌখিক গুণ্ডা এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যাপ্রিকেশন অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।											
ii. আবেদনকারী কি কখনও থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রিডমিল পরীক্ষা, অ্যান্টিওগ্রাফি, ইকোকার্ডিওগ্রাফি, এস্ট্রোজেন, আলট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এফ.এন.এসি সম্পর্কিত কোনও ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন?											
iii. আবেদনকারী কি ডায়াবেটিস বা প্রাক-ডায়াবেটিস রয়েছে বা তার কি কখনও উচ্চ রক্তে শর্করা ছিল?											
iv. আবেদনকারী কি উচ্চ রক্তচাপ বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?											
v. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও জিনগত / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?											
vi. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও মানসিক/মানসিক রোগের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?											
vii. আবেদনকারীর জীবনের জীবন, স্বাস্থ্য, হাসপাতালের দৈনিক নগদ বা জটিল অসুস্থতা বীমার কোনও প্রস্তাব কি কখনও প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, লোড বা কোনও বিশেষ শর্ত যেমন কোনও বীমা সংস্থা দ্বারা বাদ দেওয়া হয়েছে?											

বিভাগ B: (আবেদনকারী যদি ধূমপান করেন বা তামাক/গুঁটা/পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করেন তবেই এই বিভাগটি পূরণ করুন)	i. চিবানো যায় তামাক / গুঁটা / পান মশলা। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতিদিন পাউচের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতি সপ্তাহে এমএল সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন		iii. সিগারেট/বিডি/সিগার। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতিদিন খরচ নির্দিষ্ট করুন		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	ডেইলি ড্রিংকার	1-10	> 10
আবেদনকারী ১ জন							
আবেদনকারী ২							
আবেদনকারী ৩							
আবেদনকারী ৪							
আবেদনকারী ৫							
আবেদনকারী ৬							

বিভাগ সি: উপরের বিভাগে 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	গুণ্ডা (সমূহ)	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান)	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের	সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)	
	যদি ডায়াবেটে HbA1c লেভেল হয়	উচ্চ রক্তচাপ হলে বিপি লেভ		অন্য কোন বিবরণ							শুক্রুর তারিখ (ডিডি / এমএম/
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক								

6. বৈদ্যুতিন নীতি পরিস্পৃতি 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 বাচাতে সহায়তা করতে চান?

 হ্যাঁ না

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 পলিসির ভিত্তি গঠন করবে, বীমাকারীর বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতি সাপেক্ষে ও চার্জযোগ্য প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থ প্রদানের পরেই নীতিটি কার্যকর হবে।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে প্রস্তাব জমা দেওয়ার পরে কিন্তু কোম্পানির ঝুঁকি গ্রহণের বিষয়ে যোগাযোগের আগে বীমাকারী/প্রস্তাবক হওয়ার জন্য জীবনের পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্যের যে কোনও পরিবর্তন ঘটলে আমি লিখিতভাবে অবহিত করব।

আমি ঘোষণা করছি যে আমি যে কোনও ডাক্তার বা হাসপাতালের কাছ থেকে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য চাইতে সম্মত হই যিনি/ যিনি যে কোনও সময়ে বীমাকারী/প্রস্তাবক বা কোনও অতীত বা বর্তমান নিয়োগকর্তার কাছ থেকে এমন কোনও বিষয়ে উপস্থিত ছিলেন যা ব্যক্তির শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের উপর প্রভাব ফেলে এমন কোনও বিষয়ে বীমাকারী/প্রস্তাবক এবং যে কোনও বীমাকারীর কাছ থেকে তথ্য চাওয়া হয় যার কাছে বীমা করা/ প্রস্তাবকারী ব্যক্তির উপর বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্ডাররাইটিং উদ্দেশ্যে।

আমি সংস্কারকে 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

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:	<input type="text"/>	সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর:	<input type="text"/>	সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:	<input type="text"/>
সাক্ষীর নাম	<input type="text"/>	সাক্ষীর স্বাক্ষর	<input type="text"/>	সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:	<input type="text"/>
				প্রস্তাবকের স্বাক্ষর	<input type="text"/>

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 তত্ত্বপূর্ণ সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব

ফর্মটি আমার নির্দেশের অধীনে দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটি সঠিক এবং সম্পূর্ণ বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

পণ্যের নাম: আশ্বাস | পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP25037V032425

অ্যাড-অন নাম: হার্ট স্বাস্থ্য + | অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA22164V012122; অ্যাড-অন নাম: সংরক্ষণ করুন, অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA24070V012324

এই জায়গাটি ইচ্ছাকৃতভাবে ফাঁকা রাখা হয়েছে।

15. দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার অপশনঃ

ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম

ব্যাংক র নাম

অ্যাকাউন্ট নম্বর

অ্যাকাউন্টের ধরন

আইএফএসসি কোড

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 করেন 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।

প্রাপকের নাম ও স্বাক্ষর এবং অফিস সীল

নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, First Floor, La'জপত 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 'আর্টবিট' 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।

পণ্যের নাম: আশ্বাস | পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP25037V032425

অ্যাড-অন নাম: স্বাটি স্বাস্থ্য + | অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA22164V012122; অ্যাড-অন নাম: সংরক্ষণ করুন, অ্যাড-অন ইউআইএন: NBHHLIA24070V012324