

ইউআরএন: 023

বীমা চুক্তি একটি আইনি চুক্তি এবং এটি ট্রাস্টের উপর ভিত্তি করে এবং আমরা আপনাকে বিশ্বাস করি। আমরা বুঝতে পারি যে আপনি জানেন না যে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য এবং আপনার নীতিতে তার প্রভাব কতটা প্রাসঙ্গিক। অতএব, এটি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ যে আপনি সমস্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করুন এবং আমরা সিদ্ধান্ত নেব যে এটি কতটা প্রাসঙ্গিক (আমরা এটিকে 'বস্তুগত সত্য' বলি)। আমরা আপনার নীতি বাতিল করব, কোনও দাবি পরিশোধ করব না, প্রদত্ত কোনও প্রিমিয়াম ফেরত দেব না এবং বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত সমস্ত সদস্যদের সম্পর্কে সঠিক ও সম্পূর্ণ তথ্য সরবরাহ না করা হলে আগে প্রদত্ত সুবিধাগুলি পুনরুদ্ধারের জন্য আপনার সমস্ত সম্ভাব্য পা নেওয়ার অধিকার রয়েছে। প্রবিধানগুলি আদেশ দেয় যে কভারেজটি কেবল তখনই শুরু হতে পারে যখন আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম পেয়েছি এবং স্পষ্টভাবে ঝুঁকিটি গ্রহণ

1. প্রস্তাবকের বিস্তারিত:

শীর্ষক	নাম					
ডিওবি	লিঙ্গ:	পুরুষ	নারী	অন্যান্য	জাতীয়তা	
বর্তমান ঠিকানা						
ল্যান্ডমার্ক					শহর	
জেলা	অবস্থা				পার্সোনাল আইডেন্টিফিকেশন নম্বর	
ল্যান্ডলাইন নম্বর					মোবাইল নম্বর	
ই-মেইল আইডি					বিকল্প সংখ্যা	

বার্ষিক আয় (রুপি)				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 বাঁচাতে 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 কোন নম্বরে এস.এম.এস / ইমেল / ফোন / হোয়াটসঅ্যাপ / ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমোদন দিচ্ছি আমার ডিএনডি/রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইজ করে ওয়েলকাম কল / এস.এম.এস, সার্ভিস কল / এস.এম.এস বা অন্য কোনও বাণিজ্যিক যোগাযোগ।

তুমি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চাও? হ্যাঁ না

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

#Politically এক্সপোজড 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, সরকারি সংস্থার সিনিয়র এলেকিউট, গুরুত্বপূর্ণ দায়ী কর্মকর্তা। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রশ্নাবলী পূরণ করুন)

ব্যাংক বিবরণ:

ব্যাংকের নাম						
অ্যাকাউন্ট নম্বর					আইএফএসসি 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 ডাটাভেজ ম্যানজমেন্ট লিমিটেড	<input type="checkbox"/> মেসার্স সেন্ট্রাল ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড
<input type="checkbox"/> মেসার্স কার্ভি ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড	<input type="checkbox"/> মেসার্স সি.এম.এস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

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

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

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্লিয়ারিং হাউস (এসিএইচ) / স্থায়ী নির্দেশাবলী (এসআই) চালিয়ে যাওয়ার মাধ্যমে প্রতি বছর করা যেতে পারে। এই বিকল্পের অধীনে, আপনার নীতি অবিলম্বে পুনর্নবীকরণ করা যেতে পারে, তবে আপনি কোম্পানির প্রয়োজন অনুসারে তথ্য এবং ডকুমেন্টেশনের সমস্ত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করার সাপেক্ষে।

আমি এসিএইচ/এসআই পুনর্নবীকরণ বিকল্পটি বেছে নিতে চাই ও এর ফলে পলিসি পুনর্নবীকরণের সময় পর্যন্ত প্রিমিয়ামে 2.5% ছাড় পেতে চাই।

তারিখ স্থান প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

2. বিমার 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

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ২

নাম

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

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

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে

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

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৩

নাম

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

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

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে

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

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৪

নাম

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

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

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে

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

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৫

নাম

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

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

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে

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

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

আবেদনকারী ৬

নাম

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

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

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (দয়া করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্বী / বাবা / মা / স্বশুর / শাশুড়ি / ছেলে / মেয়ে

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

ii. কাউন্সিলের নাম

iii. কর্মস্থলের ঠিকানা

* প্রিমিয়ারের উপর 5% ছাড়ের সুবিধা নিন। মেডিকেল প্র্যাকটিশনার অর্থ গ্রহণ 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 বেধ নিবন্ধীকরণ রাখেন এবং এর ফলে তার প্রকৃতির মধ্যে ঔষধ অনুশীলন করার অধিকারী; এবং তার লাইসেন্সের সুযোগ এবং প্রকৃতির মধ্যে কাজ করছে। টিকা: ১. যদি প্রস্তাবকের সাথে আবেদনকারী ১ এর সম্পর্ক কর্মচারী হয়, তাহলে অন্যান্য আবেদনকারীর সম্পর্ক আবেদনকারী ১-এর সাথে।

3. কভারেজ সেলেক্ট করুন:

বেস কভারেজ:

পলিসির ধরন#: স্বতন্ত্র ফ্যামিলি ফ্লোটার মাল্টি মেম্বার ইন্ডিভিজুয়াল

আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা: প্রাপ্তবয়স্কদের ছেলেমেয়েদের

বৈকল্পিক: রোগ সিলভার সোনা রোগ+ সিলভার+
 গোল্ড+ হীরক+ প্র্যাটিনাম+ টাইটানিয়াম+

বেস বীমাকৃত রাশি: _____

পলিসির মেয়াদ: 1 বছর 2 বছর 3 বছর

ঐচ্ছিক কভারেজ:

1. হাসপাতালের নগদ টাকা হ্যাঁ না

2. রক্ষাকবচ \$ হ্যাঁ না

3. রক্ষাকবচ+ \$ হ্যাঁ না

4. সোনা প্র্যাটিনাম না

স্মার্ট হেলথ+ (ডিজিটাল ম্যানেজমেন্ট) *
সমস্ত প্রভাবিত সদস্যদের একটি বৈকল্পিক গোল্ড বা প্র্যাটিনাম চয়ন করতে হবে।

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

5. সেরা পরামর্শ সর্বোত্তম যত্ন না

স্মার্ট হেলথ+ (অ্যাক্টিভ কেয়ার)
*দুটির যে কোনও একটি বেছে নেওয়া যেতে পারে

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. দয়া করে 'ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার' এর জন্য ঐচ্ছিক হলে 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"/>					

7. বার্ষিক সামগ্রিক ছাড়যোগ্য বিকল্পগুলি: না

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. কো-পেমেণ্ট না 20% 30% 40% 50%

9. প্রাক-বিদ্যমান রোগের অপেক্ষার সময় পরিবর্তন না 8 বছর

10. ক্রমের ধরন পরিবর্তন না একক ব্যক্তিগত ক্রম শেয়ার্ড ক্রম

*সমস্ত বীমাকৃত সদস্যদের জন্য স্ট্রেটার বীমাকৃত রাশি সাধন। স্ট্রেটার মানে একক বা যৌথভাবে সমস্ত বীমাকৃত ঐচ্ছিক হতে পারে।
 বা স্ট্রেটার - বেছে নেওয়া যেতে পারে

4. বহনযোগ্যতা

নীতিমালা নং	বীমা কোম্পানি	ঝুঁকি শুরুর তারিখ	ঝুঁকি সমাপ্তির তারিখ	শোটিং এর কারণ

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

5. মনোনয়ন

প্রস্তাবকের মৃত্যুর ক্ষেত্রে, পুলিশের অধীনে প্রাপ্য যে কোনও অর্থ নিচে নামযুক্ত মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদানযোগ্য হবে। নমিনির দ্বারা এই জাতীয় অর্থ প্রদানের প্রাপ্তি পুলিশের অধীনে কোম্পানির দায়বদ্ধতার স্রাব গঠন করবে।

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

নমিনির ব্যাঙ্ক বিবরণ:

উপকারভোগীর নাম:

ব্যাঙ্কের নাম

অ্যাকাউন্টের ধরন

সংরক্ষণ

বর্তমান

অ্যাকাউন্ট নম্বর

আইএফএসসি কোড

6. চিকিৎসা, অভ্যাস ও অতীত প্রস্তাবের 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 চিকিৎসা দাবি ও/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. সাধারণ সর্দি, ফুলু, সংক্রমণ, ছোটখাটো অসুস্থতা 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 সহ্য করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে এবং/অথবা কোনও গুরুত্বপূর্ণ সেরন করা হয়েছে / 14 দিনের বেশি সময় ধরে কোনও লক্ষণ রয়েছে? ঔষধ ইনফেকশন, ইনজেকশন, মৌখিক ঔষধ এবং শরীরের অঙ্গ উপর বহিরাগত চিকিৎসা অ্যান্টিবায়োটিক অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়।	এবং	N	এবং	N	এবং	N
ii. আবেদনকারী কি কখনও থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল পরীক্ষা, অ্যাক্সিওগ্রাফি, ইকোকর্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, আল্ট্রাসাউন্ড, সিটি স্ক্যান, এমআরআই, বায়োপসি এবং এফএনএস সম্পর্কিত কোনও ডায়গনস্টিক পরীক্ষা বা তদন্তে বিরূপ ফলাফল পেয়েছেন?	এবং	N	এবং	N	এবং	N
iii. আবেদনকারীর কি ডায়াবেটিস বা প্রাক-ডায়াবেটিস রয়েছে বা তার কি কখনও উচ্চ রক্ত শর্করা ছিল?	এবং	N	এবং	N	এবং	N
iv. আবেদনকারীর কি উচ্চ রক্তচাপ বা উচ্চ রক্তচাপ আছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N
v. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও জিনগত / বংশগত ব্যাধি বা এইচআইভি / এইডসের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N
vi. আবেদনকারীকে কি কখনও কোনও মানসিক/মানসিক রোগের জন্য নির্ণয় বা চিকিৎসা করা হয়েছে?	এবং	N	এবং	N	এবং	N
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?	এবং	N	এবং	N	এবং	N

বিভাগ B: (আবেদনকারী যদি ধূমপান করেন বা তামাক/গুটখা/পান মশলা বা অ্যালকোহল সেবন করেন তবেই এই বিভাগটি পূরণ করুন)	i. মনো যায় তামাক / গুটখা / পান মশলা। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতি # পাউন্ডের সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন। দিন		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতি সপ্তাহে এমএল সংখ্যা নির্দিষ্ট করুন		iii. সিগারেট/সিগার। যদি হ্যাঁ, দয়া করে প্রতিদিন খরচ নির্দিষ্ট করুন	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	1-10	> 10
আবেদনকারী ১ জন					ডেইলি ড্রিংকার	
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	ঔষধ (সমূহ)	ডোজ	বর্তমান অবস্থা (উদাঃ সম্পূর্ণ / আংশিক পুনরুদ্ধার বা চলমান	চিকিৎসা করা ডাক্তারের নাম ও যোগাযোগের	সংযুক্ত নথি (হ্যাঁ/না)	
	যদি ডায়াবেট HbA1c লেভেল হয়	উচ্চ রক্তচাপ হলে বিপি লেভেল		অন্য কোন বিবরণ							শুষ্ক তারিখ (ডিউডি / এমএম/
		সিস্টোলিক	ডায়াস্টোলিক								

7. ঘোষণা (অনুগ্রহ করে মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং প্রস্তাব ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার আগে প্রত্যেকের বিপরীতে একটি চেক টিক রাখুন)

- আমি এতদ্বারা আমার পক্ষ থেকে এবং বিমা 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 বিমা পলিসির ভিত্তি গঠন করবে, বিমাকারীর 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 ব্লক গ্রহণের বিষয়ে যোগাযোগের আগে বিমাকারী/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 বিমাকারী/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 বিমাকারী/প্রস্তাবক এবং যে কোনও বিমাকারীর কাছ থেকে তথ্য চাইছেন যার কাছে বিমা / প্রস্তাবক ব্যক্তির উপর বিমার জন্য আবেদন করা হয়েছে প্রস্তাব এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির আন্ডাররাইটিং উদ্দেশ্যে।
- আমি সংস্থাকে প্রস্তাব এবং / অথবা দাবি নিষ্পত্তির একমাত্র উদ্দেশ্যে এবং কোনও সরকারী এবং / অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের সাথে বিমাকারী/প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার অনুমোদন দিই।
- আমি/আমরা কোম্পানিকে আমাদের তালিকাভুক্ত প্রদানকারীর সাথে পরিষেবা সরবরাহের একমাত্র উদ্দেশ্যে বিমাকৃত / 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:

সাটিকিট প্রদানকারী

সাটিকিট প্রদানকারী

ব্যক্তির নাম:

ব্যক্তির স্বাক্ষর:

সাটিকিট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:

সাক্ষীর নাম

সাক্ষীর

স্বাক্ষর

সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

প্রস্তাবকের

স্বাক্ষর

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 তাত্পর্য সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব

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

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

10. প্রিমিয়ামের বিবরণ (কেবল অফিসে ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম প্রদানের বিবরণ	<input type="checkbox"/> চেক	<input type="checkbox"/> ডিমান্ড ড্রাফট	<input type="checkbox"/> ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড	<input type="checkbox"/> নেট ব্যাংকিং	<input type="checkbox"/> কাশ আদার
প্রিমিয়ামের পরিমাণ	অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি:				তারিখ
ব্যাংকের নাম/শাখা	নিজ বৃদ্ধা শাখার অবস্থান				
কোড নং	বাসসূত্র: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল				
কোড নং					
নাম					
প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে:	গ্রাহক ID:				
প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না			

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

শাখা কোড	<input type="text"/>	এসপি কোড	<input type="text"/>	RM/LG কোড	<input type="text"/>
c উত্তমার অ্যাকাউন্ট নম্বর	<input type="text"/>				

12. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য)

আমি, কর্পোরেট এজেন্ট/রোকর/রিলেশনশিপ অফিসারের অনুমোদিত কর্মচারীর একজন বীমা উপদেষ্টা/নির্দিষ্ট ব্যক্তি হিসাবে আমার ক্ষমতায়, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রস্তাব ফর্মের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি, যার মধ্যে এই প্রস্তাব ফর্মটিতে থাকা প্রশ্নগুলির প্রকৃতি সহ প্রস্তাবক ফর্মটিতে তার জমা দেওয়া বিবৃতি (গুলি), তথ্য এবং প্রতিক্রিয়া (গুলি) সহ, এখানে থাকা প্রশ্নগুলি বা এখন চাওয়া কোনও বিবরণ ভিত্তি তৈরি করবে কোম্পানি এবং প্রস্তাবকের মধ্যে বীমা চুক্তির, যদি এই প্রস্তাবটি পলিসি ইস্যু করার জন্য কোম্পানি কর্তৃক গৃহীত হয়।

আমি আরও ব্যাখ্যা করেছি যে যদি কোনও অসত্য বিবৃতি (গুলি) / তথ্য / প্রতিক্রিয়া (গুলি) এই প্রস্তাব ফর্ম / সংযোজন (গুলি), হলফনামা, বিবৃতি, জমা দেওয়া, সজ্জিত / সরবরাহ করা হবে এবং আরও যদি কোনও বস্তুগত তথ্য প্রকাশ না করা হয়, তবে এই প্রস্তাব অনুসারে তার পক্ষে জারি করা নীতিটি কোম্পানি বাতিল এবং অকার্যকর হিসাবে গণ্য করতে পারে এবং পলিসির অধীনে প্রদত্ত সমস্ত প্রিমিয়াম সংহকে বাজেয়াপ্ত করা যেতে পারে।

তারিখ

বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর

13. বিধিবদ্ধ সতর্কতা

ছাড় নিষিদ্ধকরণ (বীমা আইন 1938 এর ধারা 41 এর অধীনে)

1. 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।

2. কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব্যর্থ হলে তিনি দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানার জন্য দায়ী থাকবেন।

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

আশা কর্মী মো.	<input type="text"/>	MGNREGA কর্মী	<input type="text"/>
---------------	----------------------	---------------	----------------------

15. আবহা আইডি

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

নিজা বৃদ্ধা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস: C-98, First Floor, LaJungpura nagar, Part 1, New

Delhi-110024 Disclaimer: বীমা হল অনুরোধের বিষয়। নিজা বৃদ্ধা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যাক্স বৃদ্ধা হেলথ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 145)।

বৃদ্ধা এবং হার্বিট লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিজা বৃদ্ধা 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 রেশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

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, ঝুঁকির কারণ, অপেক্ষার সময়কাল ও বেনিফিট সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, বিক্রয় শেষ

করার আগে দয়া করে রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।

পণ্যের নাম: আস্থাস 2.0, পণ্য ইউআইএন: NBHHLIP23169V012223 | রাইডারের নাম: আর্ট হেলথ, রাইডার ইউআইএন: NBHHLIA22164V012122

কোম্পানির পক্ষ থেকে স্বীকারোক্তি

আবেদন নং

তারিখ

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফট / অন্যান্য টাকার পরিমাণ প্রাপ্তি স্বীকার করি তারিখে 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।

প্রাপকের নাম ও স্বাক্ষর এবং অফিস সীল