

রিঅ্যাসিউর 3.0

প্রপোজাল ফর্ম

URN: 032

ইনসিউরেন্স কন্ট্রাক্ট একটি আইনগত চুক্তি 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 ইনসিউরড সদস্যের সম্পর্কে সঠিক ও সম্পূর্ণ তথ্য প্রদান না করা হয়, আমরা আপনার পলিসি বাতিল করতে পারি, কোনো ক্লেইম পরিশোধ করব না, প্রদত্ত প্রিমিয়াম ফেরত দেব না এবং পূর্বে প্রদত্ত সুবিধা ফেরত নেওয়ার সহ সমস্ত সম্ভাব্য আইনগত ব্যবস্থা গ্রহণের অধিকার রাখি। নিয়ম অনুযায়ী, কভারেজ কেবল তখনই কার্যকর হবে যখন আমরা পূর্ণ প্রিমিয়াম গ্রহণ করেছি এবং স্পষ্টভাবে বুঝি গ্রহণ করেছি।

1. প্রস্তাবকের বিবরণ:

টাইটেল (উপাধি)	নাম			লিঙ্গ:			পুরুষ	মহিলা	অন্যান্য	জাতীয়তা
জন্মের তারিখ	D D M M Y Y Y Y Y Y			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 ফর্মে উল্লেখ করা হয়েছে।
☐ আমি সমস্ত শর্তাবলী ও নিয়মাবলী পড়েছি, বুঝেছি এবং গ্রহণ করেছি এবং এখানে নিভা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স অথবা এর কোনো এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ/অ্যাফিলিয়েটেডের 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

#রাজনৈতিকভাবে এক্সপোজড ব্যক্তিরা (PEP) এমন ব্যক্তি যারা বিশিষ্ট জনহিতকর কার্যভারপ্রাপ্ত অথবা ছিলেন, যেমন - কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, উর্ধ্বতন রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারি সংস্থার উর্ধ্বতন নির্বাহী, গুরুত্বপূর্ণ দলের কর্মকর্তা। (যদি আপনি PEP-এর বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে পৃথক PEP প্রশ্নাবলী 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 যাওয়ার মাধ্যমে করা যেতে পারে। এই বিকল্পের অধীনে আমাদের পলিসি দ্রুত 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. ইন্স্যুরেন্সের 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							
	প্রস্তাবকারীর সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটিতে টিক দিন): স্ব/পত্নী/পিতা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/পুত্র/মেয়ে/কর্মচারী															
	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)							
	মোবাইল নম্বর						জন্মের তারিখ		যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন							
আবেদনকারী 3	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে															
	যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর															
	ii. কাউন্সিলের নাম															
	iii. কাজের জায়গার ঠিকানা															
	নাম															
আবেদনকারী 4	লিঙ্গ	☐ পুরুষ	☐ মহিলা	☐ অন্যান্য	উচ্চতা	(ফুট)	(ইঞ্চি)	ওজন	(কেজি)							
	মোবাইল নম্বর						জন্মের তারিখ		যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন							
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে															
	যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর															
	ii. কাউন্সিলের নাম															
আবেদনকারী 5	iii. কাজের জায়গার ঠিকানা															
	নাম															
	লিঙ্গ	☐ পুরুষ	☐ মহিলা	☐ অন্যান্য	উচ্চতা	(ফুট)	(ইঞ্চি)	ওজন	(কেজি)							
	মোবাইল নম্বর						জন্মের তারিখ		যদি ভারতীয় না হন তবে টিক চিহ্ন দিন							
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে															
আবেদনকারী 6	যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর															
	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							
	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক (অনুগ্রহ করে বিকল্পটি টিক দিন): স্বামী/স্ত্রী/বাবা/মা/স্বশুর/শাশুড়ি/ছেলে/মেয়ে															
	যদি একজন নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার* হন, অনুগ্রহ করে প্রদান করুন: i. মেডিকেল রেজিস্ট্রেশন নম্বর															
	ii. কাউন্সিলের নাম															
	iii. কাজের জায়গার ঠিকানা															

*প্রিমিয়ামের 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 স্থানীয় বিচারাধীন এলাকায় চিকিৎসা প্র্যাকটিস করার অধিকারী; এবং তিনি তার লাইসেন্সের পরিসর এবং বিচারাধীন এলাকায় কাজ করছেন।

বিঃদ্রঃ:

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

3. কভারেজ নির্বাচন

বেস কভারেজ

পলিসির ধরন#

ইন্ডিভিজুয়াল (ব্যক্তিগত)

ফ্যামিলি ফ্লোটার

মাল্টি মেম্বার (একাধিক সদস্য) ইন্ডিভিজুয়াল (ব্যক্তিগত)

যতজনের জীবন বীমা করা হবে তার সংখ্যা

প্রাপ্তবয়স্ক

বাচ্চা

ভেরিয়েন্ট

ক্লাসিক

সিলেক্ট

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. ক্যাশ-ব্যাগ+

হ্যাঁ

না

2. টায়ার্ড নেটওয়ার্ক⁽¹⁾

হ্যাঁ

না

3. নিভাবুপাওয়ান⁽²⁾

হ্যাঁ

না

4. বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা⁽²⁾ (শুধুমাত্র ক্যাশলেস)

হ্যাঁ

না

5. বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা⁽²⁾ (ক্যাশলেস + রিইন্সার্সমেন্ট)

হ্যাঁ

না

6. হেডসআপ⁽¹⁾

হ্যাঁ

না

7. হাসপাতাল ডেইলি ক্যাশ

হ্যাঁ

না

8. ক্রেইম সেফগার্ড+

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. ওয়েলকনসাল্ট+

1x

2x

3x

4x

5x

না

28. এন্ডারওয়ান

ভেরিয়েন্ট 1

ভেরিয়েন্ট 2

ভেরিয়েন্ট 3

ভেরিয়েন্ট 4

না

29. বিদ্যমান 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⁽³⁾

10%

20%

30%

40%

50%

না

32. বার্ষিক মোট ডিডাক্টিবল⁽³⁾

₹ 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 ভর্তির 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

প্ল্যান 1

প্ল্যান 2

প্ল্যান 3

প্ল্যান 4

প্ল্যান 5

প্ল্যান 6

না

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

37. আইগার্ড	প্ল্যান 1 প্ল্যান 2 প্ল্যান 3 প্ল্যান 4 প্ল্যান 5 প্ল্যান 6 প্ল্যান 7 না
38. লাইভ-ফিট	প্ল্যান 1 প্ল্যান 2 প্ল্যান 3 প্ল্যান 4 প্ল্যান 5 প্ল্যান 6 প্ল্যান 7 প্ল্যান 8 প্ল্যান 9 প্ল্যান 10 প্ল্যান 11 প্ল্যান 12 না
39. পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট ⁽⁵⁾ আনলিমিটেড সাম ইনসিউরড অপশনের জন্য: বিমা রাশির বিকল্প: ₹1 কোটি পর্যন্ত, ₹5 লক্ষ PA-এর গুণিতকে বেছে নেওয়া হয়েছে	হ্যাঁ; ₹ না বেস সাম ইনসিউরড বিকল্পের জন্য ₹লক্ষ ও 10 লক্ষ (নিচের বিকল্পগুলি থেকে বেছে নিন) 1X 2X 3X 4X 5X আবেদনকারী 1 আবেদনকারী 2 আবেদনকারী 3 আবেদনকারী 4 আবেদনকারী 5 আবেদনকারী 6
40. পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট লাইট ⁽⁵⁾ আনলিমিটেড সাম ইনসিউরড অপশনের জন্য: বিমা রাশির বিকল্প: ₹1 কোটি পর্যন্ত, ₹5 লক্ষ PA-এর গুণিতকে বেছে নেওয়া হয়েছে	হ্যাঁ; ₹ না বেস সাম ইনসিউরড বিকল্পের জন্য ₹লক্ষ ও 10 লক্ষ (নিচের বিকল্পগুলি থেকে বেছে নিন) 1X 2X 3X 4X 5X আবেদনকারী 1 আবেদনকারী 2 আবেদনকারী 3 আবেদনকারী 4 আবেদনকারী 5 আবেদনকারী 6
41. পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট প্রো ⁽⁵⁾ আনলিমিটেড সাম ইনসিউরড অপশনের জন্য: বিমা রাশির বিকল্প: ₹1 কোটি পর্যন্ত, ₹5 লক্ষ PA-এর গুণিতকে বেছে নেওয়া হয়েছে	হ্যাঁ; ₹ না বেস সাম ইনসিউরড বিকল্পের জন্য ₹লক্ষ ও 10 লক্ষ (নিচের বিকল্পগুলি থেকে বেছে নিন) 1X 2X 3X 4X 5X আবেদনকারী 1 আবেদনকারী 2 আবেদনকারী 3 আবেদনকারী 4 আবেদনকারী 5 আবেদনকারী 6
42. বর্ডারলেস ⁽⁴⁾ সাম ইনসিউরড অপশন: ক্লাসিক: NA; সিলেক্ট: ₹10 লক্ষ পর্যন্ত এলিট: ₹50 লক্ষ পর্যন্ত ব্ল্যাক: ₹5 কোটি পর্যন্ত	হ্যাঁ; ₹ না
বেস সাম ইনসিউরড অপশনগুলির জন্য - ₹5 লক্ষ: শুধুমাত্র ₹5 লক্ষ -₹10 লক্ষ: ₹5 লক্ষ বা ₹10 লক্ষ	
কো-পেমেন্ট	0% 20% 30% 40% 50%
43. নির্দিষ্ট অসুস্থতার জন্য বর্ডারলেস ⁽⁴⁾ সাম ইনসিউরড অপশন: ক্লাসিক: NA; সিলেক্ট: ₹10 লক্ষ পর্যন্ত এলিট: ₹50 লক্ষ পর্যন্ত ব্ল্যাক: ₹5 কোটি পর্যন্ত	হ্যাঁ; ₹ না
বেস সাম ইনসিউরড অপশনগুলির জন্য - ₹5 লক্ষ: শুধুমাত্র ₹5 লক্ষ -₹10 লক্ষ: ₹5 লক্ষ বা ₹10 লক্ষ	
কো-পেমেন্ট	0% 20% 30% 40% 50%

#ফ্যামিলি ফ্লোটার বিমা রাশি সমস্ত বিমাত্মক সদস্যদের জন্য সাধারণ। ফ্লোটার মানে ব্যক্তিগতভাবে বা সম্মিলিতভাবে, সমস্ত বিমাত্মক সদস্য এই সীমা পর্যন্ত দাবি করতে পারেন। (1) পলিসিতে হয় টায়ার্ড নেটওয়ার্ক বা হেডসআপ সুবিধা বেছে নেওয়া যেতে পারে (2) পলিসিতে হয় নিভাবূপাওয়ান বা বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা সুবিধা বেছে নেওয়া যেতে পারে। (3) পলিসিতে হয় কো-পেমেন্ট বা বার্ষিক মোট ডিডাক্টিবল বেছে নেওয়া যেতে পারে (4) পলিসিতে হয় বর্ডারলেস বা নির্দিষ্ট অসুস্থতার জন্য বর্ডারলেস বেছে নেওয়া যেতে পারে। (5) পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট বা পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট লাইট বা পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট প্রো থেকে শুধুমাত্র একটি সুবিধা বেছে নেওয়া যেতে পারে।

4. পোর্টবিলিটি				
পলিসি নম্বর	ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি (বীমা সংস্থা)	বুঁকির শুরুর তারিখ	বুঁকির শেষ তারিখ	পোর্টিংয়ের কারণ

প্রস্তাবিত বিমাকারীর নাম যার জন্য পোর্টেবিলিটির অনুরোধ করা হয়েছে	প্রথম পলি সি শুরুর তারিখ	কোনো বিরতি ছাড়া পোর্টেবিলিটির জন্য যে পরিমাণ বছর কভারেজ প্রার্থনা করা হয়েছে তা উল্লেখ করুন।	অতীতের পলিসিতে ক্লেইম (দাবী) করা হয়েছে	বর্তমান নো ক্লেইম বোনাস	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 1 (সবথেকে পুরনো)	বীমাকৃত টাকার প রিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 2	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 3	বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (সাম ইনসিওর্ড) - বছর 4 (মেয়াদ 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 দায়বদ্ধতা মুক্ত করবে।

মনোনীত ব্যক্তির (নমিনী) নাম	জন্মের তারিখ	প্রোপজারের সাথে সম্পর্ক	মনোনীত ব্যক্তির ঠিকানা, মোবাইল নম্বর এবং ইমেল 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, অভ্যাস 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 ক্লেইম 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) গোল করুন।	আবেদনকারীর নম্বর											
	1		2		3		4		5		6	
সাধারণ সর্দি, ফ্লু, 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, মৌখিক ওষুধ এবং শরীরের অঙ্গ-প্রত্যঙ্গে বাহ্যিক চিকিৎসা প্রয়োগ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে তবে সীমাবদ্ধ নয়।	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
ii. থাইরয়েড প্রোফাইল, লিপিড প্রোফাইল, ট্রেডমিল পরীক্ষা, অ্যাক্সিওগ্রাফি, ইকোকার্ডিওগ্রাফি, এন্ডোস্কোপি, 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 ক্যাশ বা ক্রিটিক্যাল ইলনেস ইনসিউরেন্সের কোনো প্রপোজাল কখনও কোনো ইনসিউরেন্স কোম্পানি দ্বারা প্রত্যাখ্যাত, স্থগিত, অতিরিক্ত প্রিমিয়ামযুক্ত বা বিশেষ শর্ত যেমন বর্জন আরোপিত 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. চিবিয়ে খাওয়া তামাক / গুটখা / পান মশালা। যদি হ্যাঁ, তবে দৈনিক কতটি পাউচ খাওয়া হয় তা উল্লেখ করুন।		ii. অ্যালকোহল। যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রতি সপ্তাহে কতো মিলি পান করেন তা উল্লেখ করুন			iii. সিগারেট / বিড়ি / চুরুট। 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					কতো দিন ধরে এমন শারীরিক অবস্থা রয়েছে	ওষুধ(গুলি)		ডোজ	বর্তমান অবস্থা (যেমন সম্পূর্ণ/ আংশিকভাবে সুস্থ বা চিকিৎসা চলছে)	যে ডাক্তার চি কিৎসা করছেন তার নাম ও যোগাযোগের বিবরণ	অ্যাটাচ ক রা (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 ফর্মে 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 ক্লেইম 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 ক্লেইম 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 এমপ্লয়নেন্ট প্রোভাইডারের সঙ্গে শেয়ার করতে পারে।

তারিখ

DDMMYYYY

স্থান _____প্রোপজারের স্বাক্ষর

8. আঞ্চলিক ভাষার ঘোষণা

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

যিনি সার্টিফাই করছেন
তার নাম:

যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর স্বাক্ষর:

যিনি সার্টিফাই করছেন তাঁর মোবাইল নম্বর:

সাক্ষীর নাম

সাক্ষীর স্বাক্ষর

সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

প্রোপজারের স্বাক্ষর

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

প্রাপজারের স্বাক্ষর

10. প্রিমিয়ামের বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

প্রিমিয়াম পেমেন্টের বিকল্প	চেক	ডিম্যান্ড ড্রাফ্ট	ক্রেডিট কার্ড / ডেবিট কার্ড	নেট ব্যাঙ্কিং	নগদ	অন্যান্য
প্রিমিয়ামের পরিমাণ	অনলাইন পেমেন্টের ট্রানজ্যাকশন (লেনদেন) আইডি:			তারিখ		
ব্যাঙ্কের নাম/শাখা				নীড়া বোপা শাখার লোকেশন		
কোড নম্বর				বিজনেসকে সোর্স করেছেন: অ্যাডভাইজর (উপদেষ্টা)/DST/কর্পোরেট এজেন্সি/অন্যান্য চ্যানেল		
কোড নম্বর						
নাম						
প্রস্তাব (প্রোপজাল) পাওয়ার তারিখ:	DD	MM	YY	YY	YY	YY
প্রোপজার বা আবেদনকারী কি একজন স্টাফ?	হ্যাঁ	না				

11. শুধুমাত্র ব্যাংকসুরেন্স চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

শাখার কোড SP কোড RM/LG কোড
 গ্রাহক অ্যাকাউন্ট সংখ্যা

12. বীমা উপদেষ্টার প্রতিবেদন (শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য)

আমি, কর্পোরেট এজেন্টের / ব্রোকারের অনুমোদিত কর্মচারী / রিলেশনশিপ অফিসার হিসেবে বা ইনসিউরেন্স এডভাইজার / স্পেসিফায়ড পারসন হিসেবে, ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রপোজাল ফর্মের সকল বিষয়বস্তু প্রপোজারকে ব্যাখ্যা করেছি, যার মধ্যে এই ফর্মে থাকা প্রশ্নগুলোর প্রকৃতি, তার উত্তরসহ তথ্য এবং যে কোনো বিবৃতি/তথ্য যা প্রপোজার এই ফর্মে প্রদান করেছেন বা প্রদান করবেন। এই তথ্যগুলো কোম্পানি যদি পলিসি ইস্যু করার জন্য প্রপোজালটি গ্রহণ করে, তবে কোম্পানি এবং প্রপোজারের মধ্যে ইনসিউরেন্স কন্ট্রাক্টের ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে।

আমি আরও ব্যাখ্যা করেছি যে, যদি এই প্রপোজাল ফর্মে / এডেন্ডাম, আফিডেভিট, বিবৃতি বা অন্যান্য প্রদানকৃত তথ্যে কোনো অমিথ্যা তথ্য / উত্তর থাকে, অথবা কোনো গুরুত্বপূর্ণ তথ্য প্রকাশ না করা হয়, তবে কোম্পানি এই প্রপোজাল অনুসারে প্রপোজারের নামে ইস্যুকৃত পলিসিকে শূন্য ও অকার্যকর হিসেবে গণ্য করতে পারে এবং পলিসির আওতায় প্রদত্ত সকল প্রিমিয়াম কোম্পানির হকভুক্ত হতে পারে।

তারিখ

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

ইন্স্যুরেন্স অ্যাডভাইজরের (বীমা উপদেষ্টা) স্বাক্ষর

13. বিধিবদ্ধ সতর্কীকরণ

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

1. কোনো ব্যক্তি ভারতে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত যে কোনো ধরণের ঝুঁকির ক্ষেত্রে বীমা গ্রহণ করা, রিনিউ করা বা চালিয়ে যাওয়ার জন্য কোনো ব্যক্তিকে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে প্ররোচনা হিসেবে, প্রদেয় কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ছাড় দেওয়ার বা পলিসিতে দেখানো প্রিমিয়ামের ক্ষেত্রে কোনো ছাড় দেওয়ার, ছাড়ের প্রস্তাব দেওয়ার অনুমতি দেবেন না, ইনসিওরারের (বীমাকারী) প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা টেবিল অনুযায়ী অনুমোদিত ছাড় ছাড়া কোনো ব্যক্তি পলিসি গ্রহণ করার, রিনিউ করার বা অব্যাহত রাখার জন্য কোনো ছাড় গ্রহণ করবেন না।
2. যদি কোনো ব্যক্তি এই ধারার নিয়মাবলী পালন করতে না পারেন তাহলে তাঁকে দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানা দিতে হতে পারে।

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

আশা করি MGNREGA করি

15. ABHA আইডি

সদস্যের নাম	আপনার কাছে কি ABHA আইডি আছে?	ABHA আইডি	ABHA-এর মাধ্যমে ইনসিওরার/TPA-এর সাথে চিকিৎসার রেকর্ড শেয়ার করার ব্যাপারে সম্মতি
	☐ 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

নিভা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পার্ট 1, নিউ দিল্লি-110024
 ডিসক্লেমার: ইনসিউরেন্স একটি আস্থানমূলক 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, বর্জন, বুকিং উপাদান, অপেক্ষা সময়কাল ও সুবিধাসমূহ সম্পর্কে জানার জন্য বিক্রয় রোশিওরটি ভালোভাবে পড়ে নিন বিক্রয় সম্পন্ন করার আগে।

নিভা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, ফার্স্ট ফ্লোর, লাজপত নগর, পার্ট 1, নিউ দিল্লি-110024
ডিসক্লেমার: ইনসিউরেন্স একটি আস্থানমূলক বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইনসিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (IRDAI রেজিস্ট্রেশন নং. 145) — ‘বুপা’ এবং ‘হার্টবিট’ 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, বর্জন, বুকিং উপাদান, অপেক্ষা সময়কাল ও সুবিধাসমূহ সম্পর্কে জানার জন্য বিক্রয় ব্রোশিওরটি ভালোভাবে পড়ে নিন বিক্রয় সম্পন্ন করার আগে।

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

কোম্পানির দ্বারা প্রাপ্তি স্বীকার

অ্যাপ্লিকেশন (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 নিরঙ্কুশ 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: NBHHLIP26047V012526