

সরল সুরক্ষা বীমা, নিভা বুপা স্বাস্থ্য

বীমা কোং লিমিটেড - প্রস্তাব ফর্ম

বীমা চুক্তিও 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 কতটা প্রাসঙ্গিক এবং এটি আপনার নীতিতে প্রভাবিত। সুতরাং এটি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ যে আপনি সমস্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করুন এবং এটি কতটা প্রাসঙ্গিক তা আমরা সিদ্ধান্ত নেব (আমরা এটিকে 'উপাদান

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 পুনরুদ্ধার সহ আপনার বিরুদ্ধে সমস্ত সম্ভাব্য আইনি ব্যবস্থা নেওয়ার অধিকার

রাখেছে। প্রবিধানগুলি আদেশ দেয় যে আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম পাওয়ার পরে এবং ঝুঁকিটি স্পষ্টভাবে গ্রহণ করার পরেই কভারেজটি শুরু হতে পারে।

১-প্রস্তাবকের বিবরণ:

নাম F অমি S T N একটি এবং M অটি D L এবং N একটি এবং L একটি T N একটি এবং

লিঙ্গ পুরুষ নারী তৃতীয় লিঙ্গ জন্মতারিখ D D M M এবং এবং এবং

ঠিকানা

ল্যান্ড মার্ক শহর

জেলা অবস্থা

পিন-কোড ইমেইল আইডি

মোবাইল অ্যাকাউন্ট নম্বর

প্যান নং জাতীয়তা

পেশা: বেতনভোগী স্ব-কর্মসংস্থান ছাত্র গৃহিণী অন্যান্য, দয়া করে _____ নির্দিষ্ট করুন

বার্ষিক আয় (টাকা) _____ CKYC নম্বর (ঐচ্ছিক): _____

আপনি কি পলিসি কিটের ফিজিক্যাল কপি চান হ্যাঁ না

আমি শিশুদের জন্য গ্রহণ সংরক্ষণের জন্য আমার কিছুটা করব। আমি সবুজ হয়ে যাব। আমাকে শুধু সফট কপি পাঠান। কঠোরভাবে কোন কাগজ দয়া করে

আমি এই নীতিটি একটি ইআইএতে জমা দিতে চাই।
বিদ্যমান ই-বীমা হিসাব নং _____ বীমা সংগ্রহস্থলের নাম (আপনি আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

1. মেসার্স এনএসডিএল ডাটাবেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড 2. মেসার্স সেন্ট্রাল ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড
3. মেসার্স কার্ভি ইস্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড 4. মেসার্স সিএএমএস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

আপনি যদি আমাদের আপনার জন্য একটি ইআইএ অ্যাকাউন্ট খুলতে সহায়তা করতে চান তবে দয়া করে সেকেন্ড ৩, এনইএফটি ও ব্যালেন্সের বিশদটি পূরণ করুন অথবা

আমার কোনও ইআইএ নেই এবং একটি খুলতে চাই না

আমি নিভা বুপা হেলথ ইস্যুরেন্স বা তার কোনও এজেন্ট এবং/অথবা তৃতীয় পক্ষ(গুলি)/সহযোগীদের আমার নিবন্ধিত ফোন নম্বরে এসএমএস / ইমেল / ফোন / হোয়াটসঅ্যাপ / ফেসবুক বা অন্য কোনও মোডের মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছি যাতে আমার 'ডিএনডি' রেজিস্ট্রেশনকে ওভাররাইড করে ওয়েলকাম কল / এসএমএস, সার্ভিস কল / এসএমএস, নীতি সম্পর্কিত তথ্য বা অন্য কোনও বাণিজ্যিক যোগাযোগ করতে পারে।

আপনি অথবা প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের মধ্যে কেউ কি রাজনৈতিকভাবে উদ্ভাসিত ব্যক্তি (পিইপি) হ্যাঁ না

#PEP এমন কেউ যিনি কেন্দ্রীয় বা রাজ্য সরকারের প্রধান/মন্ত্রী, বরিশত রাজনীতিবিদ, উর্ধ্বতন সরকারি, বিচার বিভাগীয় বা সামরিক কর্মকর্তা, সরকারী সংস্থাগুলির বরিশত আধিকারিক, দলের গুরুত্বপূর্ণ আধিকারিকদের মতো বিশিষ্ট জনসাধারণের কাজগুলি করেছেন বা ন্যস্ত হয়েছেন। (আপনি যদি পিইপির বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রশ্নাবলী পূরণ করুন)

২- আবেদনকারীদের বিবরণ এবং পরিকল্পনা নির্বাচন:

আবেদনকারী নম্বর	নাম	লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/অন্যান্য)	উচ্চতা (ফুট ও ইনক)	ওজন (কেজি)	জন্ম তারিখ (দিন/মাস/বছর)	মোবাইল নম্বর	প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক	বীমাকৃত ব্যক্তির রাশি
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

3- কভারেজ নির্বাচন:

বেস কভারেজ:	
নীতিমালার ধরণ:	<input type="checkbox"/> স্বতন্ত্র
আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা:	Adults _____ ছেলেমেয়েদের _____
মৃত্যু (বেস বীমাকৃত রাশি)	
স্থায়ী সম্পূর্ণ অক্ষমতা (পিটিডি)	বেস বীমাকৃত রাশি পর্যন্ত
স্থায়ী আংশিক অক্ষমতা (পিপিডি)	বেস বীমাকৃত রাশি পর্যন্ত
পলিসির মেয়াদ:	<input type="checkbox"/> ১ বছর

ঐচ্ছিক কভারেজ:	
অস্থায়ী সম্পূর্ণ অক্ষমতা (টিটিডি)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
দুর্ঘটনার কারণে হাসপাতালে ভর্তির ব্যয়	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
শিক্ষা অনুদান	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

4- মনোনয়ন:

প্রস্তাবকের মৃত্যু হলে নমিনির নিকট দাবী পরিশোধ করা হবে। অন্যান্য বীমাকৃত ব্যক্তিদের জন্য, প্রস্তাবক মনোনীত হন। নমিনিকে অর্থ প্রদান কোম্পানির সম্পূর্ণ দায়বদ্ধতার শ্রাব গঠন করে।

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 _____

5- চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাবের তথ্য:

বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত যে কোনও ব্যক্তির ক্ষেত্রে:	সদস্য ১	সদস্য ২	সদস্য ৩	সদস্য ৪	সদস্য ৫	সদস্য ৬
আপনি কি ভাল স্বাস্থ্যের অধিকারী এবং / অথবা জন্মের পর থেকে বা পরে কোনও মানসিক / শারীরিক বৈকল্য এবং/অথবা বিকৃতি এবং/অথবা অক্ষমতায় ভুগছেন না?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

6- ঘোষণা:

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 চাইছেন যার কাছে বীমা / প্রস্তাবক 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 পরিশোধ সর্ববরাহের একমাত্র উদ্দেশ্যে বীমাকৃত / প্রস্তাবকের মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার/আমাদের প্রস্তাব সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করে নেওয়ার অনুমোদন দিই।

প্রস্তাবক যদি স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করে থাকেন: এই ফর্মের বিষয়বস্তু আমি ব্যাখ্যা করেছি, _____ প্রত্যয়নকারী ব্যক্তির নাম
ভাষায় _____ সাক্ষীর চাপে প্রস্তাবকের উপস্থিতিতে যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন।

সাক্ষী অবশ্যই কোম্পানির এজেন্ট / কর্মচারী ব্যতীত অন্য কেউ হতে হবে।

Dated _____ স্থান _____ Proposer _____ স্বাক্ষর

সার্টিফিকেট প্রদানকারীর স্বাক্ষর Person _____ সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর _____

Witness _____ স্বাক্ষর _____ সাক্ষীর মোবাইল নম্বর _____

14- দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার অপশনঃ



ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম: _____

ব্যাংকের নাম: _____

আইএফএসসি: _____

অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____

অ্যাকাউন্টের ধরন: _____

15- কোম্পানীর স্বীকারোক্তি:

আবেদন নং _____

তারিখ __/__/__

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব প্রাপ্তি স্বীকার করি এবং চেক / ডিম্যান্ড ড্রাফ্ট /

Others _____ of টাকার পরিশোধ _____

উপর আঁকা

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।

প্রাপক ও অফিসের নাম ও স্বাক্ষর seal _____

নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড; রেজিস্টার্ড অফিস:- C-98, First Floor, LaJপত nagar, Part 1, New

Delhi-110024 Disclaimer: বীমা হল অনুরোধের বিষয়। নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (পূর্বে ম্যান্ন বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড নামে পরিচিত) (আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং 145)।

'বুপা' এবং 'হার্টবিট' লোগো তাদের নিজ নিজ মালিকদের নিবন্ধিত ট্রেডমার্ক এবং নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স 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 ব্রোশিওরটি সাবধানে পড়ুন।