

বীমার জন্য আবেদন:

TravelAssurance

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 রয়েছে।

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

১- প্রস্তাবকের বিবরণ:

প্রস্তাবক (জেনাব / মিসেস / মিসেস) F R S T M D D L এবং L S T

লিঙ্গ পুরুষ নারী অন্যান্য জন্মতারিখ D D M M

ঠিকানা

ল্যান্ড মার্ক শহর

জেলা অবস্থা

পিন-কোড ইমেইল আইডি

মোবাইল

প্যান নং জাতীয়তা

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

বার্ষিক আয় (টাকা) _____ গ্রামীণ ও সামাজিক খাত বিভাগ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): আশা কর্মী মো. MGNREGA কর্মী

সিকেওয়াইসি 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)

১. মেসার্স এন.এস.ডি.এল ডাটাবেজ ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড ২. মেসার্স সেন্ট্রাল ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড

৩. মেসার্স কার্ডি ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড ৪. মেসার্স ক্যামাস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড (দেয়া করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন) অথবা

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

আমার কোনও ইআইএ নেই এবং একটি খুলতে চাই না

আমি নিভা বুপা হেলথ ইন্স্যুরেন্স 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 সংস্থার বরিশত আধিকারিক, দলের গুরুত্বপূর্ণ আধিকারিকদের মতো বিশিষ্ট জনসাধারণের কাজগুলি করেছেন বা ন্যস্ত হয়েছেন। (আপনি যদি পিইপি বিরুদ্ধে টিক দিয়ে থাকেন তবে দয়া করে পৃথক পিইপি প্রশ্নাবলী পূরণ করুন)

২- আবেদনকারীদের বিবরণ এবং পরিকল্পনা নির্বাচন:

পরিকল্পনা: আন্তর্জাতিক একক ভ্রমণ আন্তর্জাতিক মাল্টি ট্রিপ আন্তর্জাতিক ছাত্র

সর্বাধিক ভ্রমণের সময়কাল (একাধিক ট্রিপ পরিকল্পনার জন্য): ৩০ দিন ৪৫ দিন ৬০ দিন ৯০ দিন

আন্তর্জাতিক ভৌগোলিক কভারেজ: এশিয়া মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র / কানাডা বাদে বিশ্বব্যাপী বিশ্বব্যাপী

| আবেদনকারী নং | নাম | লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/অন্যান্য) | উচ্চতা (ফুট ও ইঞ্চি) | ওজন (কেজি) | জন্ম তারিখ (দিন/মাস/বছর) | মোবাইল নং | প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক | বীমাকৃত ব্যক্তির রাশি |
|--------------|-----|------------------------------|----------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------------|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |

পূর্ণকালীন কলেজ বা স্কুল শিক্ষার জন্য ছাত্র ভিসায় বিদেশে ভ্রমণকারী শিক্ষার্থীর দ্বারা অতিরিক্ত তথ্য পূরণ করতে হবে

শিক্ষার্থীর নাম: _____

জন্মতারিখ: _____

স্কুল/বিশ্ববিদ্যালয়ের নাম ও ঠিকানা: _____

কোর্সের জন্য বেছে নেওয়া হয়েছে: _____

কোর্সের সময়কাল: _____

স্পনসরের নাম: _____

শিক্ষার্থীর সাথে স্পনসর সম্পর্ক: _____

স্পনসরের ঠিকানা: _____

অন্যান্য বিবরণ

নিভা বুপা স্বাস্থ্য বীমা থেকে বিদ্যমান পলিসির বিবরণ- _____

নিভা বুপা স্বাস্থ্য বীমা থেকে অতীতের ভ্রমণ বীমা পলিসির বিবরণ- _____

3- কভারেজ নির্বাচন:

| বেস কভারেজ: | |
|---|--|
| নীতিমালার ধরণ: | স্বতন্ত্র |
| আচ্ছাদিত জীবনের সংখ্যা: | Adults _____ শিশু _____ |
| পলিসির মেয়াদ: | _____ Days/বছর (যেটি প্রযোজ্য) ট্রিপ শুরুর তারিখ: _____ ট্রিপ শেষ তারিখ: _____ |
| ইনপেশেন্ট মেডিক্যাল ট্রিটমেন্ট (বেস বীমাকৃত রাশি) | |
| মাতৃত্ব | |
| নবজাতক শিশুর আচ্ছাদন | |
| ঐচ্ছিক কভারেজ: | |
| বহির্বিভাগের রোগীদের চিকিৎসা | |
| জরুরী অ্যাম্বুলেন্স | |
| হাসপাতালের দৈনিক নগদ টাকা | |
| দাঁতের চিকিৎসা | |
| মেডিক্যাল ইভাকুয়েশন | |
| ইন-পেশেন্ট কেয়ারে এন্ডটেনশন | |
| ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা | |
| দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু এবং অক্ষমতা (সাধারণ বাহক) | |
| মৃতদেহ প্রত্যাবর্তন | |
| চেক-ইন লাগেজের মোট ক্ষতি | |
| চেক-ইন লাগেজের বিলম্ব | |
| ট্রিপ বিলম্ব | |
| ট্রিপ বাতিল | |
| ট্রিপ বিলম্বিত | |
| পাসপোর্ট হারিয়ে যাওয়া | |
| আন্তর্জাতিক ড্রাইভিং লাইসেন্স বাতিল | |
| মিসড কানেকশন | |
| আর্থিক জরুরী নগদ | |
| ব্যক্তিগত দায়বদ্ধতা | |
| দৈনিক ভাতা হাইজ্যাক করণ | |

| |
|--|
| ল্যাপটপ, ট্যাবলেট, মোবাইল ফোন, ক্যামেরা নষ্ট |
| বাউন্স বুকিং- হোটেল/কমন ক্যারিয়ার |
| সহনুভূতিশীল দর্শন |
| নাবালক শিশুর এসকর্ট |
| অ্যাডভেঞ্চার স্পোর্টস |
| ক্রীড়া সরঞ্জাম ভাড়া |
| ভাড়া করা ক্রীড়া সরঞ্জাম ক্ষতি বা ক্ষতি |
| ক্রীড়া কার্যকলাপ কভারেজ |
| ঋণ প্রটেক্টর |
| জরুরী ভ্রমণ সম্প্রসারণ |
| বিজনেস ক্লাসে উন্নীত করা |
| পড়াশোনায় বিঘ্ন |
| স্পনসর সুরক্ষা |
| ক্যামেরা স্ক্রিনিং এবং ম্যামোগ্রাফি পরীক্ষা |
| জামিন মুচলেকা |
| ছাড়যোগ্য মণ্ডকুফ |
| ঐচ্ছিক কো-পেমেণ্ট |
| ভিসা ফেরত |
| হোম টু হোম কভার |
| সহকর্মীর বদলি |
| প্রাক-বিদ্যমান রোগের কভার সম্পূর্ণ করুন |

৪. মনোনয়ন:

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

৫- চিকিৎসা, অভ্যাস এবং অতীত প্রস্তাব তথ্য:

| S.No। | বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত যে কোনও ব্যক্তির ক্ষেত্রে: | সদস্য ১ | সদস্য ২ | সদস্য ৩ | সদস্য ৪ | সদস্য ৫ | সদস্য ৬ |
|-------|--|---|---|---|---|---|---|
| 1 | নিম্নলিখিত কোনও রোগে ভুগছেন এমন কোনও সদস্যের কি বীমা করার প্রস্তাব দেওয়া হয়েছে? | | | | | | |
| 1.এ | হৃদরোগ যেমন হার্ট অ্যাটাক, হার্ট ফেইলিওর, ইসকেমিক হার্ট ডিজিজ বা করোনারি হার্ট ডিজিজ, এনজাইনা ইত্যাদি। | <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 |
| 1.খ | টিউমার, কোন অঙ্গের ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, সারকোমা | <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 |
| 1.সি | প্রধান অঙ্গ ব্যর্থতা (কিডনি, লিভার, হার্ট, ফুসফুস ইত্যাদি) | <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 |
| 1.ডি | স্ট্রোক, এনসেফালোপ্যাথি, মস্তিষ্কের ফোড়া বা কোনও স্নায়বিক রোগ | <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 |
| 1.ই | পালমোনারি ফাইব্রোসিস, ফুসফুসের পতন বা আন্তঃস্থায়ী ফুসফুসের রোগ (আইএলডি) | <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 |
| 1.ঢ | হেপাটাইটিস বি বা সি, দীর্ঘস্থায়ী লিভারের রোগ, ক্রোহনের রোগ, আলসারেটিভ কোলাইটিস | <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 |
| 1.ণ | আয়রনের ঘাটতিজনিত রক্তাল্পতা ব্যতীত অন্য কোনও রক্তাল্পতা | <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 |

অন্যান্য বিবরণ / ঘোষণা:

6. ঘোষণা প্রস্তাব ফর্ম স্বাক্ষর করার আগে দয়া করে মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং প্রত্যেকের বিরুদ্ধে 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 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 পরিষেবা সরবরাহের 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 (ভাষায়) _____ প্রস্তাবকের কাছে (সাক্ষীর নাম) _____ উপস্থিতিতে ব্যাখ্যা করেছি যিনি এটি বুঝতে পেরেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন। সাক্ষী অবশ্যই কোম্পানির এজেন্ট / কর্মচারী ব্যতীত অন্য কেউ হতে হবে।

তারিখ

DDMM

স্থান

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর:

সাক্ষীর স্বাক্ষর

সার্টিফিকেট প্রদানকারী ব্যক্তির মোবাইল নম্বর:

সাক্ষীর মোবাইল নম্বর:

৭- প্রস্তাবক ও উপদেষ্টার ঘোষণার মাধ্যমে ফরম পূরণ না হলে ঘোষণা:

কোনো কারণে প্রস্তাবক ও সংশ্লিষ্ট অন্যান্য কাগজপত্র প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ করা না হলে ঘোষণাপত্র। প্রস্তাব ফর্মের বিষয়বস্তু আমাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত দিক এবং প্রভাব সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি। প্রস্তাব ফর্মটি আমার নির্দেশে _____ দ্বারা পূরণ করা হয়েছে এবং আমি সমস্ত তথ্য সঠিক ও সম্পূর্ণ বলে মনে করেছি।

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর _____

উপদেষ্টার ঘোষণা: আমি একজন বীমা উপদেষ্টা / কর্পোরেট এজেন্ট / ব্রোকারের অনুমোদিত কর্মচারী / রিলেশনশিপ অফিসারের নির্দিষ্ট ব্যক্তি হিসাবে, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবককে এই পণ্য / প্রস্তাবের সমস্ত বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি

বীমা Advisor _____ মধ্যস্থতাকারীর স্বাক্ষর code _____

৪- প্রিমিয়াম বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য):

প্রিমিয়াম প্রদানের বিকল্প চেক ডিম্যান্ড ড্রাফট ক্রেডিট কার্ড নেট ব্যাংকিং নগদ টাকা অন্যদের

প্রিমিয়ামের পরিমাণ _____ দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়াম _____

প্রস্তাবকের সাথে সম্পর্ক _____ অনলাইন পেমেন্ট লেনদেন আইডি: _____

ব্যাংকের নাম/শাখা _____ তারিখ _____

নিভা বুপা শাখার অবস্থান _____ কোড নং _____

ব্যবসা সূত্র: উপদেষ্টা / ডিএসটি / কর্পোরেট এজেন্সি / অন্যান্য চ্যানেল _____ কোড নং _____

নাম _____

প্রস্তাব গৃহীত হয়েছে: DDMMYYYY _____ গ্রাহক ID: _____

প্রস্তাবক বা আবেদনকারী কি একজন কর্মী? হ্যাঁ না

৯- দাবি ফেরত এবং পরিশোধের জন্য বিশদ

পেমেন্ট পাওয়ার বিকল্প: ব্যাংক ট্রান্সফার

উপকারভোগীর নাম _____

ব্যাংকের নাম _____

আইএফএসসি কোড _____

অ্যাকাউন্টের ধরন _____

অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

১০- নবায়ন*:

পুনর্নবীকরণ পেমেন্ট সাইন-আপ:

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদান কোম্পানির সাথে আপনার বিদ্যমান অটোমেটেড ক্রিয়ারিং 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।

Dated _____ Place _____ Proposer _____ স্বাক্ষর

* একক ট্রিপ পলিসির জন্য পুনর্নবীকরণ প্রযোজ্য নয়।

11- শুধুমাত্র ব্যাকস্যুরেস চ্যানেলের জন্য অতিরিক্ত বিবরণ (শুধুমাত্র অফিসে ব্যবহারের জন্য):

শাখা কোড _____ এসপি কোড _____ আরএম/এলজি কোড _____

গ্রাহকের অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

12- বিধিবদ্ধ সতর্কতা:

রেয়াত 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।

(২) কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব্যর্থ হইলে তিনি দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত অর্থদণ্ডে দণ্ডনীয় হইবেন।

১৩- কোম্পানীর স্বীকারোক্তি:

আবেদন নং _____

তারিখ ___/___/___

আমরা ধন্যবাদের সাথে আপনার প্রস্তাব প্রাপ্তি এবং চেক / ডিমান্ড ড্রাফ্ট / Others _____ of
টাকার পরিমাণ _____ তারিখ _____ তারিখে গ্রহণ _____

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 _____

14- 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="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 | | <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 | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না |

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 'হাটবিট' 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।