ওয়ানহেল্‌থ 10.0

প্রস্তাবপত্র

প্রস্তাবপত্র নম্বর: _____

1. কেবলমাত্র দাপ্তরিক ব্যবহারের জন্য			
শাখার মাধ্যমে বিক্রয় হওয়া পলিসির জন্য			
শাখার নাম (মধ্যস্থতাকারীর)*		শাখার কোড (মধ্যস্থতাকারীর)*	
শাখা/অফিসের মোবাইল নম্বর (মধ্যস্থতাকারীর)*		শাখা/অফিসের ইমেল অ্যাড্রেস (মধ্যস্থতাকারীর)*	
মধ্যস্থতাকারীর নাম*		মধ্যস্থতাকারীর কোড*	
এসপি/বিকিউপি/ পিওএসপি/মনোনীত ব্যক্তি/অনুমোদিত যাচাইকারী/অনুমোদিত বিক্রয়কর্মচারীর নাম*		এসপি/বিকিউপি/পিওএসপি/মনোনীত ব্যক্তি/অনুমোদিত যাচাইকারী/ অনুমোদিত বিক্রয়কর্মীর ফাংশানাল আইডি/ইউনিক আইডি*	
বিক্রয় চ্যানেলের ধরণ		যদি পিওএসপি হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত প্রদান করুন:-* a) পিওএসপি-র প্যান b) পিওএসপি-র আধার নম্বর	
ডিজিটাল মাধ্যমে বিক্রয় হওয়া পলিসির জন্য			
মুখ্য আধিকারিকের নাম*		মুখ্য আধিকারিকের মোবাইল নম্বর/ টেলিফোন নম্বর*	
মুখ্য আধিকারিকের ইমেল অ্যাড্রেস*			
প্রস্তাব প্রাপ্তির তারিখ			

ফর্ম পূরণ করার নির্দেশিকা (প্রস্তাবকারী দ্বারা পূরণ করা হবে)

অনুগ্রহ করে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর সম্পূর্ণ এবং সঠিকভাবে প্রদান করুন। এই প্রস্তাবটি আমাদের দ্বারা জারি করা যে কোনও সম্ভাব্য ইন্স্যুরেন্স পলিসির ভিত্তি হবে। আপনি যে ব্যক্তিদের বীমা করানো হবে, তাদের সম্পর্কে সমস্ত প্রাসঙ্গিক তথ্য আপনাকে অবশ্যই জানাতে হবে, কারণ এই তথ্যগুলি পলিসি প্রদানের ক্ষেত্রে আমাদের সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করতে পারে, যার মধ্যে রয়েছে এর মূল্য, শর্তাবলী, নিয়মকানুন এবং ব্যতিক্রমী বিষয়সমূহ। যদি প্রস্তাবপত্র /ব্যক্তিগত বিবৃতি, ঘোষণাপত্র এবং এর সঙ্গে সংযুক্ত নথিপত্রে কোনও কিছু ভুল বা বিকৃতভাবে উপস্থাপন করা হয়, অথবা যদি কোনও গুরুত্বপূর্ণ তথ্য বাদ দেওয়া বা গোপন করা হয়, তা প্রস্তাবকারী দ্বারা হোক বা তার পক্ষে অন্য কেউ করুক, তাহলে আমাদের একক বিবেচনার ভিত্তিতে এই পলিসিটি বাতিল করা হবে।
অনুরোধ করা বা অন্য কোনও তথ্য প্রদানের জন্য পর্যাপ্ত জায়গা না থাকলে, অনুগ্রহ করে একটি আলাদা কাগজ সংযুক্ত করুন। আপনার যদি কোনও বিষয়ে সংশয় থাকে, অনুগ্রহ করে আমাদের কোম্পানির প্রতিনিধি অথবা আপনার বীমা উপদেষ্টার সাহায্য নিন। যদি আমরা বীমার কোনও প্রস্তাব গ্রহণ করি, তবে তা পলিসির শর্ত ও নিয়মাবলীর সাপেক্ষে হবে এবং যদি আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম সময়মতো না পেয়ে থাকি, অথবা প্রিমিয়াম প্রদান না করা হয়ে থাকে, বা পলিসি-পূর্ববর্তী স্বাস্থ্য পরীক্ষা না করা হয়ে থাকে, বা যদি আমাদের দ্বারা প্রস্তাবটি গ্রহণ না করা হয়ে থাকে, তবে পলিসির অধীনে কোনও অর্থ পরিশোধ করতে আমরা বাধ্য থাকব না।

**চিহ্নিত সমস্ত ফিল্ড/বিবরণ পূরণ করা বাধ্যতামুলক।*

2. প্রস্তাবকারীর বিবরণ

অনুগ্রহ করে আপনার নিজের জন্য এবং প্রত্যেক প্রস্তাবিত বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য ফর্মটি বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করুন

প্রস্তাবকারী/বীমাকৃত ব্যক্তির নাম * (শ্রী/কুমারী /শ্রীমতি/ অন্যান্য)					
	(নামের প্রথম অংশ)		(নামের মধ্য অংশ)		(নামের শেষ অংশ)
বৈবাহিক অবস্থা	☐ অবিবাহিত		☐ বিবাহিত		
লিঙ্গ	☐ পুরুষ ☐ মহিলা ☐ তৃতীয় লিঙ্গ				
জাতীয়তা *		**জন্ম তারিখ ***		দিন মাস বছর	
পেশা	☐ বেতনভুক্ত ☐ স্ব-নিযুক্ত ☐ পেশাজীবী ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন).....				
শিক্ষাগত যোগ্যতা					
বার্ষিক আয় (ভারতীয় মুদ্রায়)	☐ < 3,00,000 ☐ 3,00,000 – 10,00,000 ☐ 10,00,001 – 25,00,000 ☐ >25,00,000				
যোগাযোগের ঠিকানা*					
		গ্রাম পঞ্চায়েতের নাম -			
শহর					
ল্যান্ডমার্ক		**রাজ্য**		**পিনকোড**	
ফোন নম্বর এসটিডি কোড		**ল্যান্ডলাইন নং.**		**মোবাইল নং***	
জিএসটি নম্বর :	xxxxx (না থাকলে প্রযোজ্য নয়)				
ইমেল আইডি *					
স্থায়ী ঠিকানা					
শহর		**ল্যান্ডমার্ক**			
রাজ্য		**পিনকোড**			
ফোন নম্বর এসটিডি কোড		**মোবাইল নং***			

আপনি কি ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের একজন কর্মী? যদি হ্যাঁ হয়, এমপ্লয়ী আইডি দিন :	**আপনার কি ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের অন্য কোনও পলিসি আছে** ☐ হ্যাঁ ☐ না		
আবাসিক অবস্থা	☐ আবাসিক ☐ অনাবাসী ভারতীয় ☐ বিদেশি নাগরিক ☐ ভারতীয় বংশোদ্ভূত ব্যক্তি		
আপনার যদি কোনও প্রতিবন্ধকতা থাকে, তবে অনুগ্রহ করে নিচের তথ্যগুলো প্রদান করুন, যাতে আমরা আপনাকে জরুরী সুলভ পরিষেবাগুলি প্রদান করতে পারি। **প্রতিবন্ধকতার ধরণ** **প্রতিবন্ধকতার মাত্রা**			
প্যান*/ ফর্ম 97		**পাসপোর্ট নম্বর**	
ভোটার আইডি		**ড্রাইভিং লাইসেন্স নম্বর**	
আধার সংখ্যা		**সিকেওয়াইসি নম্বর**	

অনুগ্রহ করে কেওয়াইসির জন্য পরিচয়পত্রের প্রমাণ, ঠিকানা প্রমাণ এবং সর্বশেষ ফটোগ্রাফ শেয়ার করুন। প্যান বাধ্যতামূলক। বিদেশী নাগরিক, অনাবাসী ভারতীয় (এনআরআই) এবং ভারতীয় বংশোদ্ভূত ব্যক্তিদের (পিআইও) জন্য প্রয়োজনীয় নথিগুলির মধ্যে রয়েছে (ক) পাসপোর্ট, (খ) ড্রাইভিং লাইসেন্স, অথবা (গ) ভোটার পরিচয়পত্র। এছাড়াও, ভারতে অবস্থিত বিদেশী দূতাবাস বা মিশন দ্বারা প্রদত্ত একটি চিঠি এবং তাদের নিজ নিজ দেশের দ্বারা প্রদান করা পরিচয়পত্রও প্রয়োজন।

আমি/আমরা এতদ্বারা কোম্পানিকে প্রযোজ্য কেওয়াইসি প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন করার উদ্দেশ্যে আমার/আমাদের পরিচয়/ঠিকানার প্রমাণপত্র এবং বীমাগ্রহীতার পরিচয়/ঠিকানার প্রমাণপত্র যাচাই করার এবং কেন্দ্রীয় কেওয়াইসি রেজিস্ট্রি, ইউআইডিএআই বা অন্য কোনও অনুমোদিত মাধ্যম থেকে তা সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি।

☐ হ্যাঁ ☐ না

3. প্ল্যানের বিবরণ *

পলিসির ধরণ	☐ ব্যাক্তিগত ☐ ফ্যামিলি ফ্লোটার ☐ একাধিক ব্যক্তি	**পলিসি মেয়াদ**	☐ 1 বছর ☐ 2 বছর ☐ 3 বছর ☐ 4 বছর ☐ 5 বছর
যদি 'ফ্যামিলি ফ্লোটার'* হয়, তবে আওতাভুক্ত হতে পারে এমন ব্যক্তির সংখ্যা: প্রাপ্তবয়স্ক: ___ শিশু:___		**প্রিমিয়াম পরিশোধের জন্য কিস্তির ধরণ**	☐ একক প্রিমিয়াম ☐ মাসিক কিস্তি ☐ ত্রৈমাসিক কিস্তি ☐ অর্ধ-বার্ষিক কিস্তি

নির্বাচিত এলাকা	

একাধিক ব্যক্তির ক্ষেত্রে, ঐচ্ছিক কভারের জন্য অনুগ্রহ করে পরিশিষ্টটি পূরণ করুন

বীমাকৃত অর্থ (লক্ষে)	☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 7.5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 15 লক্ষ ☐ 20 লক্ষ ☐ 25 লক্ষ ☐ 30 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 1 কোটি ☐ 2 কোটি ☐ 3 কোটি ☐ সীমাহীন				
মোট কর্তনযোগ্য বিকল্প	☐ হ্যাঁ ☐ না (যদি হ্যাঁ হয়, তবে নির্বাচিত বীমাকৃত অর্থ অনুযায়ী অনুগ্রহ করে নিচের তালিকা থেকে কর্তনযোগ্য বিকল্পটি বেছে নিন))				
	বীমাকৃত অর্থের প্ল্যান	**মোট কর্তনযোগ্য**			
	5 লক্ষ	☐ 25 হাজার ☐ 50 হাজার ☐ 1 লক্ষ ☐ 2 লক্ষ ☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ			
	7.5 লক্ষ	☐ 25 হাজার ☐ 50 হাজার ☐ 1 লক্ষ ☐ 2 লক্ষ ☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ			
	10 লক্ষ, 15 লক্ষ, 20 লক্ষ, 25 লক্ষ	☐ 25 হাজার ☐ 50 হাজার ☐ 1 লক্ষ ☐ 2 লক্ষ ☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ			
	30 লক্ষ, 50 লক্ষ	☐ 25 হাজার ☐ 50 হাজার ☐ 1 লক্ষ ☐ 2 লক্ষ ☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ			
	1 কোটি এবং তার বেশি	☐ 25 হাজার ☐ 50 হাজার ☐ 1 লক্ষ ☐ 2 লক্ষ ☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 15 লক্ষ			
স্বেচ্ছায় কো-পেমেন্ট	☐ হ্যাঁ ☐ না (যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে নিচের বিকল্পগুলি থেকে বেছে নিন) ☐ 10% ☐ 20%		**হাসপাতাল নগদ (ভারতীয় মুদ্রায়)**	☐ 500 ☐ 1000 ☐ 1500	
মাতৃত্ব সম্পর্কিত সুবিধা **বীমাকৃত রাশি**	☐ বিকল্প ক ☐ 1,00,000 ☐ 2,00,000 ☐ বিকল্প খ ☐ 1,00,000 ☐ 2,00,000	**বাড়িতে থেকে চিকিৎসায় অতিরিক্ত দৈনিক নগদ (হ্যাঁ হলে, প্রতিদিন 1,000 ভারতীয় মুদ্রায়)**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**প্রদেয় নয় এমন ব্যয় কভার**	☐ হ্যাঁ ☐ না
স্মার্ট ফ্লেক্সি সেভার (কেবলমাত্র মোট কর্তনযোগ্য বিকল্পটি বেছে নিলে এটি উপলব্ধ হবে)	☐ হ্যাঁ ☐ না	**এয়ার অ্যাম্বুলেন্স কভার**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**বাধ্যতামূলক কো– পেমেন্ট অপসারণ**	☐ হ্যাঁ ☐ না
আউট পেশেন্ট কভার	☐ 10,000 ☐ 20,000	**সুইচ অন সুইচ অফ**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**গ্লোবাল কভার**	☐ হ্যাঁ ☐ না
চোখের ছানির জন্য বর্ধিত উপ-সীমা	☐ প্রতিটি চোখের জন্য, প্রতি বছর ভারতীয় মুদ্রায় 1,00,000 টাকা ☐ প্রতিটি চোখের জন্য, প্রতি বছর বীমাকৃত অর্থ 20%	**বর্ধিত কভারেজ**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম কভার**	☐ হ্যাঁ ☐ না

	বৃদ্ধি, যা সর্বোচ্চ বীমাকৃত অর্থের 50% পর্যন্ত বৃদ্ধি হতে পারে।				
		বীমাকৃত রাশির সীমাহীন অতিরিক্ত রিচার্জ	☐ হ্যাঁ ☐ না	**বর্ধিত রোড অ্যাম্বুলেন্স কভার**	☐ হ্যাঁ ☐ না
সারোগেসি কভার (এই কভারটি বেছে নেওয়া হলে অনুগ্রহ করে প্রস্তাবপত্রের সঙ্গে সংযুক্ত পরিশিষ্টটি পূরণ করুন)	☐ হ্যাঁ ☐ না	**ওসাইট ডোনার কভার (যদি এই কভারেজটি বেছে নেওয়া হয়, তবে প্রস্তাবপত্রের সঙ্গে সংযুক্ত পরিশিষ্টটি পূরণ করুন)**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**পথ দুর্ঘটনায় কক্ষ পাওয়ার যোগ্যতার কভার**	☐ হ্যাঁ ☐ না
বোনাস বুস্টার প্লাস	☐ হ্যাঁ ☐ না	**ইনফিনিট বোনাস বুস্টার**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**স্মার্ট নেটওয়ার্ক সুবিধা**	☐ হ্যাঁ ☐ না
আনলিমিটেড কেয়ার	☐ হ্যাঁ ☐ না	**ভবিষ্যৎবাদী কভার**	☐ স্বামী/স্ত্রী (মাতৃত্বকালীন সুবিধাসহ) ☐ স্বামী/স্ত্রী (মাতৃত্বকালীন সুবিধা ছাড়া) ☐ স্বামী/স্ত্রী (মাতৃত্বকালীন সুবিধাসহ)+ সন্তান ☐ স্বামী/স্ত্রী (মাতৃত্বকালীন সুবিধা ছাড়া) + সন্তান ☐ সন্তান		
পূর্ব থেকে বিদ্যমান রোগসমূহের জন্য অপেক্ষার সময়কাল হ্রাস	☐ 2 বছর পর্যন্ত হ্রাস ☐ 1 বছর পর্যন্ত হ্রাস ☐ 1 দিন পর্যন্ত হ্রাস	**প্রথম ত্রিশ দিনের অপেক্ষার সময়কাল হ্রাস**	☐ 7 দিন পর্যন্ত হ্রাস ☐ 1 দিন পর্যন্ত হ্রাস	**নির্দিষ্ট রোগের জন্য অপেক্ষার সময়কাল হ্রাস**	☐ 1 বছর পর্যন্ত হ্রাস
কক্ষ ভাড়া সংশোধক	☐ যে কোনও ঘর ☐ দুজনে মিলে ভাগ করে নেওয়া ঘর	**অসুস্থতা পরবর্তী আরোগ্য লাভের সুবিধা**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**'সক্রিয় চিকিৎসার অভাব বা অনুপস্থিতি' মকুব**	☐ হ্যাঁ ☐ না
আধুনিক চিকিৎসা মডিফায়ার	☐ ভারতীয় মুদ্রায় 1,00,000 ☐ বীমাকৃত অর্থের সীমা পর্যন্ত	**আপনার দাম স্থির করুন**	☐ হ্যাঁ ☐ না	**আপনার কভারেজ আপগ্রেড করুন**	☐ 20 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 1 কোটি

সকল খরচ পরিশোধযোগ্য	☐ হ্যাঁ ☐ না	**বার্ষিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা** **বীমাকৃত রাশি**	☐ হ্যাঁ ☐ না বিকল্প ক ভারতীয় মুদ্রায় 2,000 টাকা পর্যন্ত অথবা বিকল্প খ ভারতীয় মুদ্রায় 3,000 টাকা পর্যন্ত অথবা বিকল্প গ ভারতীয় মুদ্রায় 5,000 টাকা পর্যন্ত অথবা বিকল্প ঘ ভারতীয় মুদ্রায় 7,500 টাকা পর্যন্ত অথবা বিকল্প ঙ ভারতীয় মুদ্রায় 10,000 টাকা পর্যন্ত অথবা		

4. সম্ভাব্য বীমাকৃত ব্যক্তিদের বিবরণ

বিবরণ	**বীমাকৃত ব্যক্তি 1**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 2**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 3**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 4**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 5**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 6**
টাইটেল						
নাম *						
লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/এগুলির কোনওটা নয়)						
উচ্চতা* (সেমি)						
ওজন* (কেজি)						
চোখের রিফ্রেক্টিভ এরর ইন্ডেক্স (বাম ও ডান চোখ)						
জন্ম তারিখ * (দিন মাস বছর)						
প্রস্তাবকারীর সঙ্গে সম্পর্ক *	☐ নিজে ☐ স্বামী/স্ত্রী ☐ সন্তান 1 ☐ সন্তান 2 ☐ পিতা/ মাতা/শ্বশুর - শাশুড়ি 1 ☐ পিতা/ মাতা/ শ্বশুর - শাশুড়ি 2 ☐ জামাই ☐ পুত্রবধূ ☐ নাতি-নাতনি(রা) ☐ ভাই ☐ বোন ☐ অন্যান্য	☐ নিজে ☐ স্বামী/স্ত্রী ☐ সন্তান 1 ☐ সন্তান 2 ☐ পিতা/ মাতা/শ্বশুর - শাশুড়ি 1 ☐ পিতা/ মাতা/ শ্বশুর - শাশুড়ি 2 ☐ জামাই ☐ পুত্রবধূ ☐ নাতি-নাতনি(রা) ☐ ভাই ☐ বোন ☐ অন্যান্য	☐ নিজে ☐ স্বামী/স্ত্রী ☐ সন্তান 1 ☐ সন্তান 2 ☐ পিতা/ মাতা/শ্বশুর - শাশুড়ি 1 ☐ পিতা/ মাতা/ শ্বশুর - শাশুড়ি 2 ☐ জামাই ☐ পুত্রবধূ ☐ নাতি-নাতনি(রা) ☐ ভাই ☐ বোন ☐ অন্যান্য	☐ নিজে ☐ স্বামী/স্ত্রী ☐ সন্তান 1 ☐ সন্তান 2 ☐ পিতা/ মাতা/শ্বশুর - শাশুড়ি 1 ☐ পিতা/ মাতা/ শ্বশুর - শাশুড়ি 2 ☐ জামাই ☐ পুত্রবধূ ☐ নাতি-নাতনি(রা) ☐ ভাই ☐ বোন ☐ অন্যান্য	☐ নিজে ☐ স্বামী/স্ত্রী ☐ সন্তান 1 ☐ সন্তান 2 ☐ পিতা/ মাতা/শ্বশুর - শাশুড়ি 1 ☐ পিতা/ মাতা/ শ্বশুর - শাশুড়ি 2 ☐ জামাই ☐ পুত্রবধূ ☐ নাতি-নাতনি(রা) ☐ ভাই ☐ বোন ☐ অন্যান্য	☐ নিজে ☐ স্বামী/স্ত্রী ☐ সন্তান 1 ☐ সন্তান 2 ☐ পিতা/ মাতা/শ্বশুর - শাশুড়ি 1 ☐ পিতা/ মাতা/ শ্বশুর - শাশুড়ি 2 ☐ জামাই ☐ পুত্রবধূ ☐ নাতি-নাতনি(রা) ☐ ভাই ☐ বোন ☐ অন্যান্য

পেশা (বেতনভোগী/স্ব-নিযুক্ত/পেশাদার/ অন্যান্য)						
ঐচ্ছিক কভার: গুরুতর অসুস্থতা বিষয়ক কভারেজ	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না
ঐচ্ছিক কভার: ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভারেজ	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ/না
ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভারের বীমাকৃত অর্থ	☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 7.5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 20 লক্ষ ☐ 25 লক্ষ ☐ 30 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 75 লক্ষ ☐ 1 কোটি ☐ 2 কোটি ☐ 3 কোটি ☐ 4 কোটি ☐ 5 কোটি	☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 7.5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 20 লক্ষ ☐ 25 লক্ষ ☐ 30 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 75 লক্ষ ☐ 1 কোটি ☐ 2 কোটি ☐ 3 কোটি ☐ 4 কোটি ☐ 5 কোটি	☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 7.5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 20 লক্ষ ☐ 25 লক্ষ ☐ 30 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 75 লক্ষ ☐ 1 কোটি ☐ 2 কোটি ☐ 3 কোটি ☐ 4 কোটি ☐ 5 কোটি	☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 7.5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 20 লক্ষ ☐ 25 লক্ষ ☐ 30 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 75 লক্ষ ☐ 1 কোটি ☐ 2 কোটি ☐ 3 কোটি ☐ 4 কোটি ☐ 5 কোটি	☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 7.5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 20 লক্ষ ☐ 25 লক্ষ ☐ 30 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 75 লক্ষ ☐ 1 কোটি ☐ 2 কোটি ☐ 3 কোটি ☐ 4 কোটি ☐ 5 কোটি	☐ 3 লক্ষ ☐ 4 লক্ষ ☐ 5 লক্ষ ☐ 7.5 লক্ষ ☐ 10 লক্ষ ☐ 20 লক্ষ ☐ 25 লক্ষ ☐ 30 লক্ষ ☐ 50 লক্ষ ☐ 75 লক্ষ ☐ 1 কোটি ☐ 2 কোটি ☐ 3 কোটি ☐ 4 কোটি ☐ 5 কোটি
ইন্সটা কভার পলিসিতে তালিকাভুক্ত অসুখগুলির জন্য কভারেজ 1. হাঁপানি 2. উচ্চ রক্তচাপ যাকে চিকিৎসা বিজ্ঞানের ভাষায় হাইপারটেনশন বলা হয় 3. কলেস্টেরল যাকে হাইপারলিপিডেমিয়া বলে 4. ডায়াবেটিস 5. স্থূলতা 6. পিটিসিএ সহ করোনারি আর্টারি ডিসিজ 7. করোনারি আর্টারি বাইপাস গ্রাফট 8. ক্রনিক অবস্ট্রাক্টিভ পাল্মোনারি ডিসিজ (সিওপিডি) কভার করার বিকল্প 1. সমস্ত ব্যাধি (ইন্সটা8) 2. প্রথম চারটি ব্যাধি (ইন্সটা4)	☐ ইন্সটা 8 ☐ প্রথম চারটি ব্যাধি (ইন্সটা4)	☐ ইন্সটা 8 ☐ প্রথম চারটি ব্যাধি (ইন্সটা4)	☐ ইন্সটা 8 ☐ প্রথম চারটি ব্যাধি (ইন্সটা4)	☐ ইন্সটা 8 ☐ প্রথম চারটি ব্যাধি (ইন্সটা4)	☐ ইন্সটা 8 ☐ প্রথম চারটি ব্যাধি (ইন্সটা4)	☐ ইন্সটা 8 ☐ প্রথম চারটি ব্যাধি (ইন্সটা4)

অকুপেশন কেয়ার কভার	☐ আইটি প্রফেশনাল ☐ দোকানদার	☐ আইটি প্রফেশনাল ☐ দোকানদার	☐ আইটি প্রফেশনাল ☐ দোকানদার	☐ আইটি প্রফেশনাল ☐ দোকানদার	☐ আইটি প্রফেশনাল ☐ দোকানদার	☐ আইটি প্রফেশনাল ☐ দোকানদার
আয়ুষ্মান ভারত স্বাস্থ্য অ্যাকাউন্ট (এবিএইচএ) *"আমি/আমরা এতদ্বারা আমার/আমাদের এবিএইচএ-এর সঙ্গে যুক্ত মেডিকেল রেকর্ডগুলি কোম্পানিকে যাচাই করার ও সংগ্রহের সম্মতি দিচ্ছি।"*	☐ হ্যাঁ ☐ না	☐ হ্যাঁ ☐ না	☐ হ্যাঁ ☐ না	☐ হ্যাঁ ☐ না	☐ হ্যাঁ ☐ না	☐ হ্যাঁ ☐ না
যদি 'হ্যাঁ' হয়, তবে অনুগ্রহ করে এবিএইচএ নম্বরটি উল্লেখ করুন। যদি না থাকে, তবে অনুগ্রহ করে আপনার এবিএইচএ নম্বর তৈরি করুন। https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index						
আবাসিক অবস্থা	☐ ভারতীয় ☐ অনাবাসী ভারতীয়	☐ ভারতীয় ☐ অনাবাসী ভারতীয়	☐ ভারতীয় ☐ অনাবাসী ভারতীয়	☐ ভারতীয় ☐ অনাবাসী ভারতীয়	☐ ভারতীয় ☐ অনাবাসী ভারতীয়	☐ ভারতীয় ☐ অনাবাসী ভারতীয়

5. নমিনেশন

সকল বীমাকৃত সদস্যদের জন্য নমিনি ব্যক্তি হলেন পলিসিধারক। নিম্নে প্রদত্ত তথ্য পলিসিধারকের নমিনি ব্যক্তির জন্য*

নমিনির নাম	প্রথম	মধ্য	শেষ
বয়স		**লিঙ্গ**	
নমিনির ইমেল আইডি			
নমিনির ঠিকানা (বর্তমান/স্থায়ী)			
প্রস্তাকারীর সঙ্গে সম্পর্ক		**জন্ম তারিখ**	দিন মাস বছর
নমিনির মোবাইল নম্বর		**নমিনেশনের শতকরা ভাগ**	
নমিনির স্থায়ী ঠিকানা			

নমিনি যদি নাবালক হয়, নিযুক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা এবং নাবালকের সঙ্গে সম্পর্ক:

নিযুক্ত ব্যক্তির নাম	**নমিনির সঙ্গে সম্পর্ক**	**নিযুক্ত ব্যক্তির সঙ্গে যোগাযোগের নম্বর**

নমিনির ব্যাঙ্কের বিবরণ

ক) অ্যাকাউন্ট ধারক(দের) নাম (ব্যাঙ্কের নথিতে যেমনটি আছে)			
খ) ব্যাঙ্ক নাম		গ) ব্যাঙ্ক শাখার নাম	
ঘ) ঠিকানা		ঙ) শাখার শহর	
চ) অ্যাকাউন্টের ধরণ		ছ) অ্যাকাউন্ট নং	
জ) আইএফএসসি কোড		ঝ) 9 অংকের MICR কোড	

যদি একাধিক নমিনি ব্যক্তি থাকেন, অনুগ্রহ করে একটি পৃথক কাগজে অতিরিক্ত নমিনি ব্যক্তিদের তথ্য এবং নমিনেশনের শতাংশ উল্লেখ করে সংযুক্ত করুন।

6. বিদ্যমান/পূর্ববর্তী বীমার বিবরণ

প্রস্তাবকারী বা প্রস্তাবিত ব্যক্তিরা কি ইতিমধ্যেই ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড বা অন্য কোনও বীমা কোম্পানির স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে বীমাভুক্ত আছেন অথবা বিমাভুক্ত হতে প্রস্তাব করেছেন?

☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে নিচে পলিসি/আবেদন নম্বর(গুলি) লিখুন (যদি প্রস্তাবটি বিচারাধীন থাকে, তবে আবেদনপত্র সংখ্যা লিখুন)।

আপনি কতদিন থেকে একটানা বীমাকৃত আছেন: দিন মাস বছর

বীমাকৃত ব্যক্তির নাম (প্রথম, মধ্য ও শেষ নাম)	বীমাকারীর নাম	পলিসি নম্বর/আবেদন পত্র সংখ্যা	বীমার মেয়াদকাল		বীমাকৃত অর্থ (টাকা)	দাবি সংক্রান্ত বিবরণ (যদি থাকে)
			থেকে	পর্যন্ত		
			দিন মাস বছর	দিন মাস বছর		

আপনি যদি আপনার বিদ্যমান বীমা পলিসি থেকে পলিসি স্থানান্তরের সুবিধা গ্রহণ করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে উপরোক্ত তথ্যের পাশাপাশি বিদ্যমান পলিসি সম্পর্কিত সমস্ত নথি আমাদের কাছে (এই প্রস্তাবনা ফর্মের সঙ্গে পরিশিষ্ট রূপে) জমা দিন।

7. চিকিৎসা ও জীবনধারা বিষয়ক তথ্য *

নিচের প্রশ্নগুলির মধ্যে কোনও একটির উত্তর 'হ্যাঁ' হলে, অনুগ্রহ করে সমস্ত চিকিৎসা সংক্রান্ত নথি জমা দিন।

বিভাগ ক: বীমার জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তিদের মধ্যে কারও কি নিচে তালিকাভুক্ত কোনও শারীরিক সমস্যা বা রোগ আছে বা অতীতে ছিল? বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে 'হ্যাঁ'-তে টিক দিন এবং 'বিভাগ খ'-তে বিস্তারিত তথ্য প্রদান করুন।	**হ্যাঁ/না**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 1**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 2**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 3**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 4**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 5**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 6**	**বীমাকৃত ব্যক্তি 7**
1. উচ্চ রক্তচাপের ইতিহাস								
ক) সময়কাল								
খ) ওষুধ								
গ) ওষুধের মাত্রা								

2. ডায়াবেটিস মেলিটাসের ইতিহাস								
ক) টাইপ 1 বা টাইপ 2								
খ) সময়কাল								
গ) ওষুধ								
গ) ওষুধের মাত্রা								

	হ্যাঁ/না	বীমাকৃত ব্যক্তি নম্বর
3. হৃদরোগ বা রক্ত সঞ্চালন সংক্রান্ত সমস্যা/ব্যাধি: বুকে ব্যথা, এনজাইনা পেইন, উচ্চ কোলেস্টেরল বা লিপিড, বুক ধড়ফড় করা, কনজেস্টিভ হার্ট ফেইলিওর, করোনারি আর্টারি ডিজিজ, হার্ট অ্যাটাক, বাইপাস সার্জারি বা অ্যাঞ্জিওপ্লাস্টি, হার্ট ভাল্‌ভের সমস্যা বা ভাল্‌ভ প্রতিস্থাপন, পেসমেকার স্থাপন, রিউম্যাটিক ফিভার, জন্মগত হৃদরোগ, ভ্যারিকোস ভেইন, থ্রম্বোসিস, রক্তের ব্যাধি ইত্যাদি?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
4. মূত্রনালীর সমস্যা বা ব্যাধি: প্রস্রাবের সঙ্গে রক্তপাত, ঘন ঘন প্রস্রাব হওয়া, প্রস্রাবের সময় ব্যথা বা অসুবিধা, কিডনি এবং/অথবা মূত্রাশয়ের সংক্রমণ, মূত্রথলির পাথর, কিডনি বিকল হওয়া, ডায়ালাইসিস, অথবা কিডনি, মূত্রনালী বা প্রোস্টেট সম্পর্কিত অন্য কোনও শারীরিক অসুস্থতা।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
5. পেশী ও অস্থিসংক্রান্ত সমস্যা বা রোগ: অস্থিসন্ধি বা পিঠের ব্যথা, আর্থ্রাইটিস, স্পন্ডিলোসিস, অস্থিসন্ধি প্রতিস্থাপন অথবা পেশী, হাড়, অস্থিসন্ধি, লিগামেন্ট, টেন্ডন বা ডিস্ক সম্পর্কিত অন্য কোনও সমস্যা; গেঁটেবাত, হার্নিয়েটেড ডিস্ক, অঙ্গচ্ছেদ, বা কৃত্রিম অঙ্গ (প্রোস্থেসিস) ব্যবহার।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
6. শ্বাসতন্ত্রের সমস্যা বা অসুস্থতা: শ্বাসকষ্ট বা শ্বাস নিতে অসুবিধা, যক্ষ্মা (টিবি), হাঁপানি, ব্রঙ্কাইটিস, ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (সিওপিডি), দীর্ঘস্থায়ী কাশি, কাশির সঙ্গে বের হওয়া ইত্যাদি, অথবা ফুসফুস বা শ্বাসতন্ত্রের অন্য কোনও রোগ।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
7. হজমের সমস্যা বা ব্যাধি: জন্ডিস, দীর্ঘস্থায়ী ডায়রিয়া, অন্ত্রের রক্তপাত/সমস্যা/পলিপ, অগ্ন্যাশয়, যকৃত বা পিত্তথলির রোগ, হেপাটাইটিস এ/বি/সি বা অন্যান্য, সিরোসিস, কোনও কারণ ছাড়াই ওজন হ্রাস বা বৃদ্ধি, খাদ্যাভ্যাসজনিত ব্যাধি অথবা অন্য কোনও গ্যাস্ট্রো-ইনটেস্টাইনাল সমস্যা।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
8. ক্যান্সার/টিউমার – বিনাইন (ক্ষতিকর নয়) বা ম্যালিগন্যান্ট (বিপজ্জনক) টিউমার, যে কোনও ধরনের পিণ্ড বা সিস্ট এবং যে কোনও প্রকারের ক্যান্সার।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
9. মস্তিষ্ক/স্নায়ুতন্ত্র/মানসিক অসুস্থতা/ব্যাধি: অচৈতন্য হয়ে যাওয়া, অজ্ঞান হয়ে যাওয়া, মাথা ঘোরা, অসাড়তা বা ঝিনঝিন করা ভাব, দুর্বলতা, পক্ষাঘাত, মাথায় আঘাত, স্ট্রোক, মাইগ্রেন বা দীর্ঘস্থায়ী তীব্র মাথাব্যথা, স্লিপ অ্যাপনিয়া, মাল্টিপল স্ক্লেরোসিস, খিঁচুনি/মৃগীরোগ বা মস্তিষ্ক বা স্নায়ুতন্ত্রের অন্য কোনও ব্যাধি, মানসিক ব্যাধি।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
10. মহিলাদের প্রজননতন্ত্রের সমস্যা বা ব্যাধি: পেলভিস অঞ্চলে ব্যথা, অস্বাভাবিক মাসিক রক্তপাত, প্যাপ স্মিয়ার পরীক্ষার অস্বাভাবিক রিপোর্ট, এন্ডোমেট্রিওসিস, ফাইব্রয়েড, সিস্ট বা ফাইব্রোঅ্যাডেনোমা, রক্তক্ষরণজনিত সমস্যা, পেলভিক ইনফেকশন বা অন্য কোনও স্ত্রীরোগ অথবা স্তনে সিস্ট, পিণ্ড বা টিউমার।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
11. যে মহিলার জন্য বীমার প্রস্তাব করা হচ্ছে তিনি কি গর্ভবতী, বাড়িতে করা প্রেগন্যান্সি টেস্টে ফলাফল কি ইতিবাচক এসেছে, অথবা তিনি কি কোনও শিশু দত্তক নেওয়ার বা সারোগেট মা হওয়ার প্রক্রিয়ার মধ্যে রয়েছেন?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
12. বিপাকীয় এবং অন্তঃস্রাবী গ্রন্থির সমস্যা/রোগ: অ্যাড্রিনাল বা পিটুইটারি গ্রন্থির সমস্যা, লুপাস, স্ক্লেরোডার্মা, থাইরয়েডের সমস্যা এবং যে কোনও অটোইমিউন ডিজিজ বা বংশগত রোগ।	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
13. বীমার জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তির কি পূর্ব থেকে বিদ্যমান বা দীর্ঘস্থায়ী কোনও অসুস্থতা, অন্য কোনও শারীরিক অক্ষমতা, অস্বাভাবিকতা, বা বারবার হওয়া অসুস্থতা বা আঘাত আছে, অথবা তিনি কি স্বাভাবিক কাজকর্ম করতে অক্ষম?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
14. বীমার জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি তামাকজাত দ্রব্য/সিগারেট ব্যবহার করেন অথবা মদ্যপান করেন?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7

15. বীমার জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তিদের মধ্যে কারও কি বন্ধ্যাত্বজনিত কোনও সমস্যা আছে?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
16. বীমার জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি কোনও অসুস্থতা, উপসর্গ বা মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যার জন্য চিকিৎসক বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে পরামর্শ বা চিকিৎসা নিয়েছেন?/ হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন?/অস্ত্রোপচার করিয়েছেন?/কোনও ওষুধ সেবন করছেন? অথবা কোনও চিকিৎসা পদ্ধতির (রোগ নির্ণয় পরীক্ষা সহ) জন্য চিকিৎসকের পরামর্শ নিয়েছেন?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
17. এই কভারের জন্য আবেদন করার পূর্বে, আপনার বা সম্ভাব্য বীমাকৃত ব্যক্তিদের মধ্যে কারও কি নিম্নলিখিত গুরুতর অসুস্থতাগুলির কোনও অসুস্থতার জন্য অস্ত্রোপচার হয়েছে: ক্যান্সার, হার্ট অ্যাটাক, করোনারি আর্টারি বাইপাস গ্রাফট, হার্ট ভাল্‌ভ প্রতিস্থাপন/মেরামত, কোমা, কিডনি ফেইলিওর, স্ট্রোক, যে কোনও অঙ্গ প্রতিস্থাপন, পক্ষাঘাত, মাল্টিপল স্ক্লেরোসিস, মোটর নিউরন ডিজিজ বা এইচআইভি/এইডস?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভারের জন্য		
18. আবেদনকারীদের মধ্যে কারও কি অতীতে কখনও খিঁচুনি রোগ ছিল অথবা বর্তমানে আছে? এছাড়াও, তার কি এমন কোনও শারীরিক বা মানসিক অক্ষমতা, ব্যাধি, দুর্বলতা বা বিকৃতি রয়েছে, অথবা এমন কোনও শারীরিক অবস্থা আছে যা তার চলাফেরা, চোখে দেখা, শোনা বা কথা বলার ক্ষমতাকে প্রভাবিত করতে পারে?		
19. আবেদনকারীর চাকরিতে কি ঝুঁকিপূর্ণ কাজ, বিপজ্জনক পণ্য বা উপকরণ পরিচালনা, উচ্চতায় কাজ করা, সমুদ্রে বা নদীতে জাহাজে কেবিন ক্রু হিসেবে কাজ করা, উচ্চ ভোল্টেজের সাথে কাজ করা, অথবা সশস্ত্র বাহিনীতে চাকরি করার মতো বিষয় জড়িত আছে?		

বিভাগ খ: রোগ /ওষুধ /পরীক্ষা /অস্ত্রোপচার /ডায়োপ্টার গ্রেড-এর নাম ও বিবরণ (উপরে বিভাগ ক-তে যে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর 'হ্যাঁ' দেওয়া হয়েছে, সেগুলির ক্ষেত্রে)	**সর্বশেষ পরামর্শের তারিখ**	**চিকিৎসকের নাম**	**হাসপাতালের নাম এবং ফোন নং.**
বীমাকৃত ব্যক্তি 1:			
বীমাকৃত ব্যক্তি 2:			
বীমাকৃত ব্যক্তি 3:			
বীমাকৃত ব্যক্তি 4:			
বীমাকৃত ব্যক্তি 5:			
বীমাকৃত ব্যক্তি 6:			
বীমাকৃত ব্যক্তি 7:			

অন্য কোনও বিবরণ:----------

প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে অতিরিক্ত কাগজ সংযুক্ত করুন।

বিভাগ গ: গুরুত্বপূর্ণ বিষয়গুলি:

1. এই প্রস্তাবপত্রে আপনি যে কোনও তথ্য প্রদান করবেন, অথবা আপনার দ্বারা বা আপনার পক্ষ থেকে জমা দেওয়া কোনও নথিতে প্রদত্ত অতিরিক্ত তথ্য বা বিবরণ, বীমা প্রদানের বিষয়ে আমাদের সিদ্ধান্ত এবং এর শর্তাবলীকে প্রভাবিত করবে। এছাড়াও, আমরা যে পলিসিটি জারি করব তা আপনার প্রদত্ত তথ্যের উপর ভিত্তি করেই হবে। সুতরাং, আপনার উত্তরগুলি সর্বতোভাবে সম্পূর্ণ এবং নির্ভুল হওয়া আবশ্যক।
2. এই প্রস্তাবের প্রশ্নগুলি কেবল প্রাথমিক ধারণা বা নির্দেশিকা মাত্র এবং এটি সম্পূর্ণ বা চূড়ান্ত নয়। আপনি যে ঝুঁকির বিরুদ্ধে বীমা করতে চান, সেই সম্পর্কিত সমস্ত তথ্য আপনাকে অবশ্যই আমাদের প্রদান করতে হবে, এমনকি যদি প্রস্তাবপত্রে সেই বিষয়ে নির্দিষ্ট কোনও প্রশ্ন না-ও থাকে। আপনাকে কোন তথ্য প্রকাশ বা প্রদান করতে হবে সে সম্পর্কে আপনি যদি অনিশ্চিত থাকেন, তাহলে আপনার বীমা উপদেষ্টা বা বীমা কোম্পানির সঙ্গে পরামর্শ করা উচিৎ।
3. সম্পূর্ণ মেডিকেল রিপোর্ট (যেখানে প্রযোজ্য) এবং মেডিকেল আন্ডাররাইটিং পাওয়ার পরেই আপনার প্রস্তাব গৃহীত হবে; এবং কোম্পানির কাছে সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম জমা হওয়ার পরেই বীমা কভারেজ কার্যকর হবে।

4. পলিসিতে প্রদত্ত আওতাভুক্ত ও ব্যতিক্রমী বিষয়সমূহের তালিকা এবং পলিসির অন্যান্য বিবরণ কেবল প্রাথমিক ধারণা বা নির্দেশিকা হিসাবে দেওয়া হয়েছে; সম্পূর্ণ তালিকা ও বিস্তারিত তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে পলিসির শর্তাবলী দেখুন।

বিভাগ ঘ: পারিবারিক চিকিৎসকের বিবরণ:

নাম	
যোগাযোগের নং.	

8. পেমেন্টের বিবরণ

1. **পেমেন্ট সংক্রান্ত বিবরণ: অনুগ্রহ করে পেমেন্টের বিকল্পটিতে টিক (✓) দিন।**
   প্রিমিয়ামের পরিমাণ (টাকা) _____

☐ নগদ ☐ চেক/এনইএফটি/ডিডি পেমেন্টের বিকল্প ☐ ডিজিটাল পেমেন্ট
চেক/এনইএফটি/ডিডি –র নং _____
চেক/এনইএফটি/ডিডি-র তারিখ: ব্যাঙ্ক _____

2. **ডায়রেক্ট ব্যাঙ্ক ট্রান্সফারের মাধ্যমে দাবির অর্থ/ অর্থ ফেরত পেতে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্যগুলি প্রদান করুন*: (প্রস্তাবপত্রের সঙ্গে একটি বাতিল করা চেক সংযুক্ত করুন)**
   ব্যাঙ্কের নাম _____ শাখা _____ শহর _____
   আইএফএসসি কোড _____ অ্যাকাউন্ট নম্বর _____
   অ্যাকাউন্টের ধরণ _____

ঘোষণা:
"আমি/আমরা এতদ্বারা ঘোষণা ও অঙ্গীকার করছি যে, উপরোক্ত পলিসির প্রিমিয়াম হিসাবে আমার/আমাদের দ্বারা প্রদত্ত অর্থ আমার/আমাদের বৈধ ও ঘোষিত আয়ের উৎস থেকে এসেছে"।

ইলেক্ট্রনিক ক্লিয়ারিং সার্ভিস (ডেবিট ক্লিয়ারিং) ম্যান্ডেট ফর্ম

প্রস্তাবপত্র সংখ্যা _____ পলিসি: _____

প্রাপক,
ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড, ইকুইনক্স বিজনেস পার্ক, টাওয়ার 3, আম্বেডকর নগর, দ্বিতীয় তল, ইউনিট নম্বর 1B ও 2B, এলবিএস মার্গ, কুর্লা (পশ্চিম), মুম্বাই - 400070, মহারাষ্ট্র, ভারত।
রেফারেন্স: ইলেক্ট্রনিক ক্লিয়ারিং সার্ভিসের মাধ্যমে <ব্যাঙ্কের নাম>-এ ফান্ড/পেমেন্ট প্রেরণের জন্য গ্রাহকের সম্মতি।

গ্রাহক সম্পর্কিত তথ্য:

ক) অ্যাকাউন্ট ধারক (দের) নাম (ব্যাঙ্কের নথিতে যেমনটি রয়েছে)			
খ) ব্যাঙ্ক নাম		গ) ব্যাঙ্ক শাখার নাম	
ঘ) ঠিকানা		ঙ) শাখার শহর	
চ) অ্যাকাউন্টের ধরণ		ছ) অ্যাকাউন্ট নং	
জ) লেজার সংখ্যা/ লেজার ফোলিও সংখ্যা		ঝ) 9 অংকের MICR কোড	

ঘোষণা:
আমি ইলেক্ট্রনিক ক্লিয়ারিং-এর সুবিধা গ্রহণ করতে ইচ্ছুক এবং এতদ্বারা ইলেক্ট্রনিক ক্লিয়ারিং সিস্টেম (ইসিএস)-এর মাধ্যমে, প্রস্তাবপত্র সংখ্যা _____-এর অধীনে আবেদনকৃত আমার স্বাস্থ্য বীমা পলিসির প্রিমিয়াম ডেবিট বা পরিশোধ করার জন্য

আমার নিঃশর্ত সম্মতি প্রদান করছি। আমি জানি এবং সম্মত হচ্ছি যে, পলিসির আওতাভুক্ত সবচেয়ে বয়স্ক বীমাকৃত সদস্যের বয়সসীমার পরিবর্তন, বীমা কোম্পানির নিয়ম অনুযায়ী প্রিমিয়ামের হারে পরিবর্তন এবং বিভিন্ন সময়ে প্রযোজ্য কর ও অন্যান্য বিধিবদ্ধ চার্জের পরিবর্তনের কারণে আমার অ্যাকাউন্ট থেকে ডেবিট করা প্রিমিয়ামের পরিমাণ পরিবর্তিত হতে পারে।
(পুনর্নবীকরণের সময় বয়স পরিবর্তনের কারণে আনুমানিক প্রিমিয়ামের বিবরণ জানতে অনুগ্রহ করে পলিসি নথি দেখুন)
আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, প্রদত্ত বিবরণ সঠিক ও সম্পূর্ণ। আমি জানি এবং স্বীকার করি যে, পলিসি প্রিমিয়াম পরিশোধ করা হলে আমার দ্বারা এই ফর্মে নির্বাচিত তারিখে (যদি সেটি একটি কার্যদিবস হয়) লেনদেনটি সম্পন্ন হবে। অসম্পূর্ণ বা ভুল তথ্যের কারণে লেনদেনে কোনও রকমের বিলম্ব হলে বা তা সম্পন্ন না হলে আমি/আমরা সংশ্লিষ্ট পরিষেবা প্রদানকারী বা ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠানকে কোনওভাবেই দায়ী করব না। আমি/আমরা 'পরিষেবা প্রদানকারী বা ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠান'-এর মাধ্যমে এই ইসিএস ডেবিট পরিষেবা গ্রহণের জন্য প্রযোজ্য সমস্ত শর্তাবলী পড়েছি এবং এই প্রকল্পের অধীনে একজন অংশগ্রহণকারী হিসাবে আমাকে/আমাদের উপর অর্পিত দায়িত্ব পালন করতে সম্মত।
আমি/আমরা এতদ্বারা ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের সেই প্রতিনিধিকে অনুমোদন প্রদান করছি, যিনি এই ইসিএস ডেবিট ম্যান্ডেট ফর্মটি নিয়ে এসেছেন, যাতে তিনি আমার/আমাদের ব্যাঙ্ক থেকে এটি যাচাই ও সম্পাদন করিয়ে নিতে পারেন।

_____ স্থান:_____ তারিখ: _____
আবেদনকারীর স্বাক্ষর

আপনি কি পলিসির নথি রূপে কপি পেতে চান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

9. প্রস্তাবকারীর ইলেক্ট্রনিক বীমা বিবরণ

আপনি কী এই পলিসি একটা eIA-তে ক্রেডিট হওয়া রাখতে চান?(অনুগ্রহ করে যেকোনো একটা চয়ন করুন)
☐ না, আমার eIA নেই এবং খুলতেও চাই না
☐ হ্যাঁ, এই পলিসি আমার ই-ইন্স্যুরেন্স অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট করুন
হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বিদ্যমান ই-ইন্স্যুরেন্স অ্যাকাউন্ট নং শেয়ার করুন _____

অনুগ্রহ করে ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরী নাম চয়ন করুন (আপনি আপনার অ্যাকাউন্ট খুলেছেন নিম্নের সঙ্গে)
☐ মেসার্স এনএসডিএল ডাটাবেস ম্যানেজমেন্ট লিমিটেড
☐ মেসার্স কার্ভী ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরী লিমিটেড
☐ মেসার্স সেন্ট্রাল ইন্স্যুরেন্স রিপোজিটরী লিমিটেড
☐ মেসার্স সিএএমএস রিপোজিটরী সার্ভিসেস লিমিটেড
☐ মেসার্স এসএইচসিআইএল প্রজেক্টস লিমিটেড (অনুগ্রহ করে যে কোনও একটি নির্বাচন করুন)
অথবা
বীমা অ্যাকাউন্ট নেই এবং আমি একটি নতুন অ্যাকাউন্ট খুলতে চাই। (অনুগ্রহ করে প্রয়োজনীয় নথি সহ ইলেক্ট্রনিক বীমা অ্যাকাউন্ট খোলার ফর্ম (ইআইএ ফর্ম) জমা দিন)

আমার CKYC নং (সেন্ট্রাল নো ইওর কাষ্টমার রেজিষ্ট্রী নাম্বার) হলো (যদি পাওয়া যায়) _____

উপস্থাপনার বিবরণ (কেবলমাত্র যদি প্রস্তাবকারী এবং প্রাথমিক বিমাকৃত ব্যক্তি ব্যতীত অন্য যেকোনো ব্যক্তির জন্যে ইআইএ খোলা হয়)
প্রথম নাম:----------
মধ্য নাম:----------
পদবী:----------
লিঙ্গ:----------
জন্ম তারিখ:----------
প্যান:----------
ঠিকানার লাইন 1:.....
ঠিকানার লাইন 2:----------
ঠিকানার লাইন 3:----------

পিন কোড:----------
টেলিফোন নাম্বার:----------
মোবাইল নাম্বার:----------
সম্পর্ক:----------
অন্য সম্পর্ক:----------
ই-মেইল আইডি:----------
UID:----------
ল্যাণ্ডমার্ক:----------
রাজ্য:----------
শহর:----------
দেশ:----------

10. ঘোষণা

1. ঘোষণা

- আমি আমার এবং সমস্ত বীমা প্রস্তাবকারীর পক্ষ থেকে এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত উপরোক্ত সমস্ত বক্তব্য, উত্তর এবং/ অথবা বিবরণ আমার জ্ঞান অনুযায়ী সত্য এবং সম্পূর্ণ এবং আমি এই অন্যান্য ব্যক্তিদের পক্ষ থেকে প্রস্তাব পেশ করার জন্য অনুমোদিত।
- আমি জানি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত তথ্যগুলির ভিত্তিতে বীমা পলিসিটি প্রস্তুত করা হবে, যা বীমা কোম্পানির বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতির অধীন এবং শুধুমাত্র প্রযোজ্য প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ প্রদান করার পরেই পলিসিটি কার্যকর হবে।
- আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, প্রস্তাবটি জমা দেওয়ার পর এবং কোম্পানি দ্বারা ঝুঁকি গ্রহণের বিষয়টি জানানোর পূর্বে, বীমাকৃত/ প্রস্তাবকারীর পেশা পরিবর্তন অথবা সাধারণ স্বাস্থ্যের পরিবর্তন সম্পর্কিত তথ্য লিখিতভাবে জানাব।
- আমি সম্মতি প্রদান করছি যে, কোম্পানি বীমাগ্রহীতা বা প্রস্তাবকারীর শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত প্রাসঙ্গিক তথ্য, উক্ত বীমাগ্রহীতার চিকিৎসাকারী যে কোনও ডাক্তার বা হাসপাতাল থেকে, অথবা তার অতীত বা বর্তমান যে কোনও নিয়োগকর্তার কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারে। এছাড়াও, প্রস্তাবকারীকে যাচাই (ঝুঁকি মূল্যায়ন) এবং/অথবা যে কোনও দাবি নিষ্পত্তির উদ্দেশ্যে, কোম্পানি সেই বীমা কোম্পানি থেকেও তথ্য সংগ্রহ করতে পারে যেখানে বীমাগ্রহীতা/প্রস্তাবকারী বীমার জন্য আবেদন করেছেন, যাতে প্রস্তাবটির আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা যে কোনও দাবি নিষ্পত্তি করা যায়।
- আমি কোম্পানিকে বীমাকৃত/ প্রস্তাবকারীর চিকিৎসা সংক্রান্ত নথি সহ আমার প্রস্তাবের তথ্যগুলি যে কোনও সরকারি এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের সঙ্গে শুধুমাত্র প্রস্তাবটির আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির উদ্দেশ্যে শেয়ার করার অনুমোদন প্রদান করছি।

তারিখ: দিন মাস বছর প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____
স্থান: _____ প্রস্তাবকারীর নাম: _____

2. পলিসি সংক্রান্ত নথি এবং পরিষেবা সংক্রান্ত যোগাযোগ ইলেকট্রনিকভাবে গ্রহণ করার সম্মতি।
আমি এতদ্বারা পলিসি-সম্পর্কিত নথি ইমেলের মাধ্যমে (অনুগ্রহ করে আপনার ইমেল আইডি দিন) _____ ইমেল অ্যাড্রেসে অথবা উপরে প্রদত্ত আমার মোবাইল নম্বরে এসএমএস-এর মাধ্যমে গ্রহণ করতে সম্মতি জানাচ্ছি।

__ আমি এতদ্বারা সময়-সময়ে এবং প্রযোজ্য আইনের বন্দোবস্ত সাপেক্ষে কোম্পানীর প্রস্তাবিত বা বিদ্যমান পলিসির ব্যাপারে স্বাগত কল, পরিষেবা কল বা অন্য যেকোনো যোগাযোগ (ইলেক্ট্রনিক বা অন্যথায়) করতে ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডকে সম্মতি দিচ্ছি ও অনুমোদন করছি।

আমি পলিসি সংক্রান্ত সমস্ত যোগাযোগ আমার হোয়াট্স অ্যাপ নম্বরে পেতে চাই।
হোয়াট্স অ্যাপ নম্বর: _____
তারিখ: দিন মাস বছর প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____
স্থান: _____ প্রস্তাবকারীর নাম: _____

3. নিজ ভাষায় ঘোষণা

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবকারীকে প্রস্তাব ফর্মের এবং **ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড** থেকে ইন্স্যুরেন্স ভোগ করতে অন্য সমস্ত আনুষঙ্গিক দস্তাবেজের বিষয়বস্তু পুরোপুরি তাঁর দ্বারা বোধগম্য ভাষায় আমি ব্যাখ্যা করেছি। সমবিষয় তাঁর দ্বারা পুরোপুরি বোধগম্য হয়েছে এবং প্রস্তাবকারীর দ্বারা প্রদান করা তথ্য অনুসারে জবাব নথিবদ্ধ করা হয়েছে। জবাব পড়ে শোনানো হয়েছে, আর প্রস্তাবক পুরোপুরি বুঝেছেন এবং নিশ্চিত করেছেন।
ঘোষণাকারীর নাম _____
প্রস্তাবকারীর সঙ্গে সম্পর্ক _____
ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর: _____ আবেদনকারীর নিজ ভাষায় স্বাক্ষর: _____
তারিখ:_____

4. মধ্যস্থতাকারীর ঘোষণা

আমি, _____ (পূর্ণ নাম) আমার সক্ষমতায় একজন এসপি/পিওএসপি/বিকিউপি/কর্পোরেট এজেন্টের মনোনীত ব্যক্তি/অনুমোদিত যাচাইকারী/অনুমোদিত সেল্স ব্যক্তি/ ব্রোকার/আইএমএফ/ওয়েব এগ্রিগেটর্স, হিসাবে এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবককে এই প্রস্তাব ফর্মে নিহিত প্রশ্নাবলীর প্রকৃতি সমেত এই প্রস্তাব ফর্মের সকল বিষয়বস্তু আমি ব্যাখ্যা করেছি, যাতে শামিল আছে এরমধ্যে নিহিত প্রশ্নাবলীর সঙ্গে এই প্রস্তাব ফর্মে তাঁর দ্বারা দাখিল হওয়া বিবৃতি(সমূহ), তথ্য ও প্রতিক্রিয়া(সমূহ) বা এর মধ্যে চাওয়া যেকোনো বিবরণ, যা পলিসি জারি করার জন্যে কোম্পানীর দ্বারা এই প্রস্তাব গ্রাহ্য হলে, কোম্পানী এবং প্রস্তাবকের মধ্যে ইন্স্যুরেন্সের চুক্তির ভিত্তি গঠন করবে। আমি আরো ব্যাখ্যা করেছি যে এই প্রস্তাব ফর্মে নিহিত/সংযোজন(সমূহ), হলফনামা, বিবৃতি, সমেত কোনো অসত্য বিবৃতি/তথ্য/প্রতিক্রিয়া(সমূহ) যদি দাখিল করা, বর্ণিত হয়ে থাকে/বর্ণিত হবে বা কোনো তথ্য প্রকাশ না করা হয়ে থাকলে, এই প্রস্তাব অনুসরণে তাঁর অনুকূলে জারি হওয়া পলিসি কোম্পানী কর্তৃক খারিজ করা হিসাবে গ্রাহ্য হবে এবং পলিসির অধীনে পেড প্রিমিয়াম কোম্পানীর কাছে বাজেয়াপ্ত হবে।

ফাংশানাল/ইউনিক আইডি (এসপি/পিওএসপি/বিকিউপি/ডিপি/এভি/এএসপি): _____

শাখার মোবাইল/ ফোন নম্বর: _____ শাখার ইমেল অ্যাড্রেস: _____

তারিখ : দিন/মাস/বৎসর ইন্স্যুরেন্স অ্যাডভাইসরের স্বাক্ষর _____

আমি [প্রস্তাবকারীর নাম] নিশ্চিত করছি যে আমি এই পলিসির অধীনে উপলব্ধ সকল বৈশিষ্ট্যগুলি/ সুবিধাগুলি বুঝেছি।
প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____
তারিখ: _____

5. প্রস্তাবকারীর ঘোষণা
(একটি সনদপত্র যেখানে বলা হয়েছে যে, কোনও কারণে প্রস্তাবকারী নিজে প্রস্তাবপত্র এবং তার সঙ্গে সম্পর্কিত নথিগুলি পূরণ করেননি)। প্রস্তাবপত্র এবং তার সঙ্গে সম্পর্কিত নথিগুলির বিষয়বস্তু আমাকে বিস্তারিতভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত চুক্তির গুরুত্ব পুরোপুরি বুঝেছি। _____ আমার নির্দেশ অনুযায়ী প্রস্তাবপত্রটি পূরণ করেছেন এবং আমি এটিকে সঠিক বলে মনে করছি।

তারিখ: দিন মাস বছর
প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____
তারিখ: _____

6. এএমএল নির্দেশিকা

1. আমি/আমরা এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে ভবিষ্যতে সকল প্রিমিয়াম বিশ্বস্ত সূত্র থেকে পেড/প্রদেয়যোগ্য হবে এবং অপরাধের পদ্ধতি থেকে পেড করা নয় আর এমন প্রিমিয়াম আমার/আমাদের আয়ের সঙ্গে অসামঞ্জস্য নয়। আমি/আমরা বুঝি যে ভারতে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে পরিচালন করা প্রিভেনশন অফ মানি ল্যণ্ডারিং আইনের

যেকোনো সংবিধি অধীনে আইনের যেকোনো উপযুক্ত আদালত দ্বারা আমি/আমরা দোষী দেখা যাওয়ার ক্ষেত্রে তহবিলের উৎস প্রতিপন্ন করতে দস্তাবেজের জন্যে এবং ইন্স্যুরেন্স পলিসি বাতিল করার অধিকার কোম্পানীর আছে।

তারিখ : দিন/মাস/বৎসর প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

আপনি বা প্রস্তাবের জন্য আবেদনকারী কেউ কি একজন পিইপি*, অথবা কোনও পিইপি*-র 'ঘনিষ্ঠ সহযোগী' বা 'পরিবারের সদস্য'?

☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি উত্তর হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে "রাজনৈতিকভাবে পরিচিত ব্যক্তি" (পিইপি) –র বিবরণ শেয়ার করুন:

* রাজনৈতিকভাবে পরিচিত ব্যক্তিরা' (পিইপি) হলেন এমন ব্যক্তি, যারা বিদেশে গুরুত্বপূর্ণ সরকারি পদে অধিষ্ঠিত। এদের মধ্যে রয়েছেন রাষ্ট্র বা সরকারের প্রধান, ঊর্ধ্বতন রাজনীতিবিদ, ঊর্ধ্বতন সরকারি, আদালত বা সামরিক কর্মকর্তা, রাষ্ট্রীয় মালিকানাধীন কোম্পানির ঊর্ধ্বতন নির্বাহী এবং রাজনৈতিক দলের ঊর্ধ্বতন কর্মকর্তারা।

2. বীমাগ্রহীতার ধরণ/ প্রস্তাবকারীর ধরণ:

(i) ব্যক্তি
(ii) কর্পোরেশন
(iii) ট্রাস্ট (দর্পণ আইডি: .....)
(iv) সরকার
(v) অংশীদারিত্ব/এলএলপি
(vi) বেসরকারি সংস্থা
(vii) কো-অপারেটিভ
(viii) সোসাইটি
(ix) প্রাইভেট লিমিটেড কোম্পানী
(x) পাবলিক লিমিটেড কোম্পানী
(xi) অন্যান্য, উল্লেখ করুন ----------

3. <u>তহবিলের উৎস</u>:
ব্যবসা: ---------- বেতনভোগী:---------- অন্যান্য (উল্লেখ করুন) ----------

8. অক্ষমতা বিষয়ক ঘোষণা

"আমি, < > (প্রস্তাবকারীর নাম), প্রত্যয়ন করছি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত তথ্যের ভিত্তিতে এই প্রস্তাবপত্রটি পূরণ করা হয়েছে। আমি < > (প্রতিনিধির সম্পূর্ণ নাম)-কে— যিনি আমার < > (প্রস্তাবকারীর সঙ্গে সম্পর্ক), একজন প্রাপ্তবয়স্ক এবং < > (ঠিকানা)-তে বসবাস করেন — এই প্রস্তাবপত্রটি পূরণ করতে আমাকে সহায়তা করার জন্য এবং আমার পক্ষ থেকে প্রয়োজনীয় ঘোষণাগুলি করার জন্য আমার প্রতিনিধি রূপে নিযুক্ত করছি।

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

আমি, < > (প্রতিনিধির নাম), এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, আমি ম্যাগমা জেনারেল ইন্স্যুরেন্স থেকে এই বীমা পলিসিটি গ্রহণ করার জন্য প্রয়োজনীয় প্রস্তাবপত্র এবং অন্যান্য নথির বিবরণ ও বিষয়বস্তু প্রস্তাবকারীকে পড়ে শুনিয়েছি এবং ব্যাখ্যা করেছি এবং তিনি তা বুঝতে পেরেছেন। আমি ঘোষণা করছি যে, এখানে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য এবং নির্ভুল।

প্রতিনিধির স্বাক্ষর: _____

11. সাধারণ তথ্য

1. সতর্কতা

পলিসি জারি করার বা এর শর্তাবলী নির্ধারণ করার ক্ষেত্রে আমাদের সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করতে পারে এমন সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ ঝুঁকির তথ্য আপনাকে অবশ্যই সম্পূর্ণ ও স্পষ্টভাবে প্রকাশ করতে হবে; এটি আপনার এবং সম্ভাব্য বীমাগ্রহীতা হিসাবে প্রস্তাবিত সকলের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য এবং আমাদের কাছে কোনও তথ্য ভুল তথ্য বা বিভ্রান্তিকর তথ্য উপস্থাপন না করাও আপনার দায়িত্ব। এই দায়িত্ব পলিসি জারি হওয়া পর্যন্ত অব্যাহত থাকে এবং শুধুমাত্র প্রস্তাবপত্র জমা দিলেই তা শেষ হয়ে যায় না। সুতরাং, পলিসি জারি করার পূর্বে এখানে প্রদত্ত তথ্যে যদি কোনও পরিবর্তন হয় অথবা নতুন কোনও তথ্য পাওয়া যায়, তাহলে অবিলম্বে লিখিতভাবে আমাদের জানাতে হবে। অতিরিক্ত তথ্যের জন্য পর্যাপ্ত জায়গা না থাকলে, অনুগ্রহ করে আরেকটি স্বাক্ষরিত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন।তথ্য প্রদানের শর্তাবলী লঙ্ঘিত হলে জারি করা যে কোনও পলিসি বাতিল করা হতে পারে।

বিমা আইন (সংশোধন) অধিনিয়ম, 2015-এর ধারা 41 অধীনে রিবেটের বন্দোবস্ত

1. কোনো ব্যক্তি ভারতের অন্য কোনো ব্যক্তিকে, জীবন বা সম্পত্তির সহিত জড়িত যেকোনো ধরণের ঝুঁকির জন্যে করানো বা উহা নবীকরণ করানো বা বিমা পলিসি বজায় রাখার জন্যে, প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে না কোনো প্রলোভন দিতে পারেন বা না দিতে পারেন প্রদেয়যোগ্য কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিকরূপে কোনো রিবেট বা পারেন না পলিসিতে দর্শানো প্রিমিয়ামের কোনো রিবেট, অথবা পলিসি গ্রহণকারী, উহার নবীকরণ করানো বা উহা বজায় রাখার যেকোনো ব্যক্তি কোনো রিবেট গ্রহণ করতে পারেন না, তবে বিমা সংস্থার প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা সারণী অনুসারে এমন রিবেট অনুবোদন হতে পারা হিসাবে ব্যতীত। এই ধারার বিধানাবলী পালনে ব্যর্থ হলে যে কোনও ব্যক্তিকে সর্বোচ্চ দশ লাখ টাকা পর্যন্ত জরিমানা করা হতে পারে।

2. তবে, যদি কোনও বীমা প্রতিনিধি তার জীবন, স্বাস্থ্য বা সম্পত্তির ঝুঁকির সঙ্গে জড়িত এমন কোনও বীমা পলিসি ক্রয় করেন এবং তার উপর কমিশন গ্রহণ করেন, তাহলে উক্ত কমিশন এই উপ-ধারার অধীনে প্রিমিয়ামের উপর 'ছাড়' হিসাবে গণ্য হবে না, যদি কমিশন গ্রহণ করার সময় সেই প্রতিনিধি তাতে উল্লিখিত শর্তাবলী পূরণ করেন এবং প্রমাণ করতে পারেন যে তিনি সংশ্লিষ্ট বীমা কোম্পানি কর্তৃক নিযুক্ত একজন প্রকৃত বীমা প্রতিনিধি।

স্বীকৃতি

প্রস্তাবপত্র সংখ্যা. তারিখ: দিন মাস বছর

আমরা আপনার প্রস্তাব প্রাপ্তি স্বীকার করছি এবং নগদ/চেক/এনইএফটি/ডিমান্ড ড্রাফ্ট/অন্যান্য মাধ্যমে ---------- টাকা প্রাপ্তি স্বীকার করছি ---------- (জারি করা হয়েছে ----------, তারিখ ----------) এবং আপনাকে ধন্যবাদ জানাচ্ছি।

আমাদের কাছে একটি সম্পূর্ণ ভাবে পূরণ করা বীমা প্রস্তাবপত্রটি জমা দেওয়া বা পলিসির জন্য অর্থ প্রদান করা আমাদেরকে পলিসিটি জারি করতে বাধ্য করে না; এই সিদ্ধান্তটি সম্পূর্ণ আমাদের বিবেচনার উপর নির্ভরশীল এবং সর্বদা তাই থাকবে। যদি আমরা বীমার কোনও প্রস্তাব গ্রহণ করি, তবে তা পলিসির শর্তাবলী সাপেক্ষে হবে এবং যদি আমরা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম সময়মতো গ্রহণ বা আদায় করতে না পারি, তবে তার জন্য আমরা দায়ী থাকব না।

প্রাপকের স্বাক্ষর এবং দাপ্তরিক সীলমোহর