

ওয়ানহেলথ প্রপোজাল ফর্ম

প্রপোজাল নং _____

1. শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য

শাখার নাম	শাখার কোড
ইন্টারমিডিয়ারির নাম	ইন্টারমিডিয়ারি কোড
সেলস চানেলের ধরন	POSP হ'লে নিচের তথ্য দিনঃ- a) POSP সংশ্লিষ্ট প্যান কার্ড নম্বর: b) POSP সংশ্লিষ্ট আধার কার্ড নম্বর:
প্রপোজাল প্রাপ্তির তারিখ	

ফর্ম পূরণের নির্দেশিকা (প্রপোজালকে পূরণ করতে হবে)

অনুগ্রহ করে সব প্রয়োর সম্পূর্ণ ও সঠিক উভের পিন। এই প্রপোজালটি আমাদের দ্বারা জারি করা যে কোনো বীমা পলিসির ভিত্তি হবে। বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত সকল ব্যক্তির বিষয়ে প্রাসঙ্গিক তথ্য আপনাকে প্রকাশ করতে হবে, যা পলিসি ইস্যু করা প্রসেস আমাদের সিদ্ধান্ত বা এর মূল্য, শর্তাবলী এবং বর্জনকে প্রত্যাবিত করতে পারে। যদি প্রপোজাল ফর্ম/ব্যক্তিগত বিবৃতি, ঘোষণা বা সংশ্লিষ্ট নথিতে কোনো ত্বুল বা অসত্ত তথ্য চূল উপস্থিত বর্ণনা না দেওয়া বা গোপন করা হয়ে থাকে, অথবা প্রপোজার বা তার হয়ে কাজ করা কেউ কোনো গুরুত্বপূর্ণ তথ্য গোপন রেখে থাকে, তাহলে আমাদের একান্ত বিবেচনার ভিত্তিতে পলিসিটি বাতিল হয়ে যাবে।

যদি অনুরোধ অনুসারে বা অন্যথায় প্রয়োজনীয় তথ্য দেওয়ার জন্য পর্যাপ্ত জ্ঞানয়া না থাকে, তাহলে আলাদা পাতা সংযুক্ত করুন। যদি কোনোরকম সন্দেহ থাকে, তাহলে আমাদের কোম্পানির প্রতিনিধি বা আপনার বীমা পরামর্শদাতার সাহায্য নিন। আমরা যদি বীমার প্রপোজাল গ্রহণ করি, তাহলে তা পলিসির শর্তাবলীর অধীন থাকবে এবং যদি সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম যথাসময়ে আমাদের কাছে জমা না পড়ে বা আদায় না হয়, কিংবা প্রি-পলিসি মেডিক্যাল চেক-আপ সম্পূর্ণ না হয় বা প্রস্তাব গৃহীত না হয়, তাহলে সেক্ষেত্রে আমরা কোনো অর্থ প্রদানের জন্য দায়বদ্ধ থাকব না।

*চিহ্নিত সব শূন্যস্থান/বিবরণ পূরণ করা বাধ্যতামূলক।

2. প্রপোজালের বিবরণ

অনুগ্রহ করে নিজের এবং বীমার আওতায় প্রস্তাবিত প্রতিটি ব্যক্তির জন্য এই ফর্মটি বড় অক্ষরে পূরণ করুন।

প্রপোজালের নাম* (শ্রী/শ্রীমতী/সুশ্রী/অন্যান্য)	(প্রথম নাম)	(মধ্য নাম)	(শেষ নাম)
বৈবাহিক অবস্থা	<input type="checkbox"/> অবিবাহিত	<input type="checkbox"/> বিবাহিত	
লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> মুকুর	<input type="checkbox"/> মহিলা	<input type="checkbox"/> এদের কোনটাই নয়
জাতীয়তাবাদী*		জন্মতারিখ*	D D D M M Y Y Y Y
পেশা	<input type="checkbox"/> বেতনভোগী	<input type="checkbox"/> স্বন্ধুরুক্ত	<input type="checkbox"/> পেশাদার
বার্ষিক আয় (₹)	<input type="checkbox"/> < 3,00,000	<input type="checkbox"/> 3,00,000 – 10,00,000	<input type="checkbox"/> 10,00,001 – 25,00,000
যোগাযোগের ঠিকানা*			<input type="checkbox"/> >25,00,000

ল্যান্ডমার্ক

শহর:

রাজ্য:

পিন কোড:

ফোন নম্বর STD কোড

ল্যান্ডলাইন নম্বর

মোবাইল নম্বর*

ইমেল আইডি

স্বামী ঠিকানা

ল্যান্ডমার্ক

শহর:

রাজ্য:

পিন কোড:

ফোন নম্বর STD কোড

ল্যান্ডলাইন নম্বর

মোবাইল নম্বর*

ইমেল আইডি

আপনি কি ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেডের কর্মচারী? হ্যাঁ হলে, কর্মচারী আইডি:আপনার কি ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেডে অন্য কোনো পলিসি আছে? হ্যাঁ নাআবাসিক স্থিতি আবাসিক ভারতীয় অবাসিক ভারতীয় বিদেশী নাগরিক ভারতীয় বৎশোভূত ব্যক্তির ক্ষেত্রে মান্যতাপ্রাপ্ত প্রয়োজনীয় নথিগুলি হলো (a) পাসপোর্ট (b) ড্রাইভিং লাইসেন্স (c) ভোটার আইডি), এদের যে কোনো একটি। তার সাথে ভারতে বিদেশী দূতাবাস বা মিশন কর্তৃক প্রদত্ত চিঠি এবং সংশ্লিষ্ট দেশের জারি করা প্রাসঙ্গিক সনাক্তকরণ নথি।

আপনার কোনো প্রতিবন্ধকর্তা থাকলে অনুগ্রহ করে নিচের বিবরণগুলি দিন, যা আমাদের আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিষেবা দিতে সক্ষম করবে।

প্রতিবন্ধকর্তার ধরন প্রতিবন্ধকর্তার শতাংশ

প্যান নং	<input type="checkbox"/> পাসপোর্ট নম্বর
ভোটার কার্ড নম্বর	<input type="checkbox"/> ড্রাইভিং লাইসেন্স নম্বর
আধার নম্বর	<input type="checkbox"/> KYC নম্বর

KYC জমা দেবার উদ্দেশ্যে অনুগ্রহ করে পরিচয়পত্র ও ঠিকানার প্রমাণপত্র দিন। প্যান দেওয়া থাকলে অনুগ্রহ করে পাসপোর্ট/ভোটার কার্ড/ড্রাইভিং লাইসেন্স/আধার নম্বর বা অন্য কোনো বৈধ নথি দিন। বিদেশী নাগরিক, অনাবাসী ভারতীয় এবং ভারতীয় বৎশোভূত ব্যক্তির ক্ষেত্রে মান্যতাপ্রাপ্ত প্রয়োজনীয় নথিগুলি হলো (a) পাসপোর্ট (b) ড্রাইভিং লাইসেন্স (c) ভোটার আইডি), এদের যে কোনো একটি। তার সাথে ভারতে বিদেশী দূতাবাস বা মিশন কর্তৃক প্রদত্ত চিঠি এবং সংশ্লিষ্ট দেশের জারি করা প্রাসঙ্গিক সনাক্তকরণ নথি।

আমি/আমরা এতদ্বারা কোম্পানিকে আমার/আমাদের পরিচয়/ঠিকানার প্রমাণপত্র যাচাই করার এবং সেই সাথে কেন্দ্রীয় KYC রেজিস্ট্রি বা UIDAI অথবা প্রযোজ্য KYC করার উদ্দেশ্যে অন্য কোনও অনুমোদিত পদ্ধতির মাধ্যমে বীমাকৃত ব্যক্তির পরিচয়/ঠিকানার প্রমাণপত্র সংগ্রহ করার জন্য আমার/আমাদের সম্মতি দিচ্ছি। হ্যাঁ না

3. ফ্ল্যানের বিবরণ*

পলিসির ধরন	<input type="checkbox"/> একক ব্যক্তি <input type="checkbox"/> ফ্ল্যামিলি ফ্ল্যাটার	পলিসির মেয়াদ	<input type="checkbox"/> 1 বছর <input type="checkbox"/> 2 বছর <input type="checkbox"/> 3 বছর
ফ্ল্যামিলি ফ্ল্যাটার** হলে বীমার অধীন ব্যক্তি(দে)র সংখ্যা:		প্রিমিয়াম প্রদানের	<input type="checkbox"/> এককালীন প্রিমিয়াম <input type="checkbox"/> ত্রৈমাসিক কিস্তি
প্রাপ্তবয়স্ক: <input type="checkbox"/> শিশু: <input type="checkbox"/> (**)সর্বাধিক 4 জন প্রাপ্তবয়স্ক এবং 3 জন শিশু)		সময়সীমা	<input type="checkbox"/> মাসিক কিস্তি <input type="checkbox"/> অর্ধবার্ষিক কিস্তি

পছন্দকৃত জোন:

প্যান	<input type="checkbox"/> সাপোর্ট	<input type="checkbox"/> সিকিউর	<input type="checkbox"/> সাপোর্ট প্লাস	<input type="checkbox"/> শিল্প	<input type="checkbox"/> প্রিমিয়াম
বীমার অঞ্চ (লাখ টাকায়)	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 7.5L <input type="checkbox"/> 10L	<input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L <input type="checkbox"/> 25L
	<input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 7.5L <input type="checkbox"/> 10L	<input type="checkbox"/> 7.5L <input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L	<input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L <input type="checkbox"/> 25L	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L <input type="checkbox"/> 1Cr <input type="checkbox"/> 2Cr
এগ্রিগেট ডিজাস্টিল অপশন	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না (হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচের থেকে অপশন বেছে নিন)		<input type="checkbox"/> 25L <input type="checkbox"/> 50K <input type="checkbox"/> 75K	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 3Cr
সাপোর্ট প্যান	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L			
	<input type="checkbox"/> 4L	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L			
	<input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L			
সিকিউর প্যান	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L	<input type="checkbox"/> 25L <input type="checkbox"/> 50K <input type="checkbox"/> 75K	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 7.5L <input type="checkbox"/> 10L	<input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L <input type="checkbox"/> 25L
	<input type="checkbox"/> 4L	<input type="checkbox"/> 25L <input type="checkbox"/> 50K <input type="checkbox"/> 75K	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L <input type="checkbox"/> 25L	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L <input type="checkbox"/> 1Cr <input type="checkbox"/> 2Cr
	<input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 25L <input type="checkbox"/> 50K <input type="checkbox"/> 75K	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L <input type="checkbox"/> 1Cr	<input type="checkbox"/> 3Cr
	<input type="checkbox"/> 7.5L	<input type="checkbox"/> 25L <input type="checkbox"/> 50K <input type="checkbox"/> 75K	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L <input type="checkbox"/> 1Cr <input type="checkbox"/> 2Cr	
	<input type="checkbox"/> 10L	<input type="checkbox"/> 25L <input type="checkbox"/> 50K <input type="checkbox"/> 75K	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L <input type="checkbox"/> 1Cr <input type="checkbox"/> 2Cr	
	<input type="checkbox"/> 10L-এর বেশি	<input type="checkbox"/> 25L <input type="checkbox"/> 50K <input type="checkbox"/> 75K	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L <input type="checkbox"/> 1Cr <input type="checkbox"/> 2Cr	

সাপোর্ট প্ল্যান	বীমার পরিমাণ	ডিভাস্টিবল
	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L
	<input type="checkbox"/> 4L	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L
	<input type="checkbox"/> 5L	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L
	<input type="checkbox"/> 7.5L	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L
	<input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L <input type="checkbox"/> 25L	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 10L
শিল্প প্ল্যান	5L	<input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L
	<input type="checkbox"/> 7.5L	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L
	<input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L <input type="checkbox"/> 25L	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 10L
	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L	<input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 10L
	<input type="checkbox"/> 1Cr	<input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L
প্রিমিয়াম প্ল্যান	<input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L <input type="checkbox"/> 20L <input type="checkbox"/> 25L	<input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 10L
	<input type="checkbox"/> 30L <input type="checkbox"/> 50L	<input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 4L <input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 10L
	<input type="checkbox"/> 1Cr <input type="checkbox"/> 2Cr <input type="checkbox"/> 3Cr	<input type="checkbox"/> 5L <input type="checkbox"/> 10L <input type="checkbox"/> 15L
ব্যবসায়িক কো-পেমেন্ট		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না (হ্যাঁ হলে, নিচের থেকে অপশন বেছে নিন) <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20%
বোনাস বুস্টার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	মাত্রার সুবিধার জন্য এক্ষিক কভার
হাসপাতালে ভর্তি পূর্বে এবং পরবর্তী সময়ে বর্ধিত কভার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	বিশ্বব্যাপী জরুরি ডিপিতে হাসপাতালে ভর্তি করা সংক্রান্ত কভার
অপ্রদেয় খরচের কভার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	জোন অনুযায়ী কো-পে মকুব
বাধ্যতামূলক কো-পে বাতিল	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	পূর্ববর্তী অসুখের ক্ষেত্রে প্রতীক্ষাকাল কমানো
আউটপোশেন্ট কভার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	গ্রোবাল কভার
একই অসুখের জন্য রিচার্জ বেনিফিট (সাপোর্ট প্ল্যানের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	শ্যার্ট ফ্লেক্সি সেভার (শুধুমাত্র অ্যাপ্রিগেট ডিভাস্টিবল অপশন বেছে নেওয়ার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য; প্রিমিয়াম প্ল্যানে প্রযোজ্য নয়)
বোনাস বুস্টার প্লাস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	সীমাহীন বোনাস বুস্টার
প্রতিটি দাবির থেকে কেটে নেওয়া অর্থ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	নির্দিষ্ট অসুখের প্রতীক্ষাকাল ত্রাস
কেটে নেওয়া অর্থের পরিমাণ (প্রতি দাবির ক্ষেত্রে কেটে নেওয়া বাছা হলে টিক টিক সিন) ডিভাস্টিবল - 25,000/75,000 /1,00,000 যা কেবল সিকিউর প্ল্যানের ক্ষেত্রে উপলব্ধ	<input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 25,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 75,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000	
মাত্রার জন্য 1 বছরের প্রতীক্ষাকাল	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	সারোগেসি কভার (এই কভার বেছে নিলে প্রপোজাল ফর্মের সাথে একটি সংযোজনী পূরণ করতে হবে)
শ্যার্ট নেটওয়ার্ক সুবিধা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	সুপার সেভার প্যাক
ভবিষ্যত উপযোগী কভার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	রুম রেন্ট মিডিয়ায়ার (শুধুমাত্র সিকিউর প্ল্যানের জন্য)
		<input type="checkbox"/> যে কেনানো রুম <input type="checkbox"/> দু'জন থাকবেন

4. বীমার আওতায় আনা ব্যক্তিদের বিবরণ

বিস্তারিত	বীমার অধীন ব্যক্তি 1	বীমার অধীন ব্যক্তি 2	বীমার অধীন ব্যক্তি 3	বীমার অধীন ব্যক্তি 4	বীমার অধীন ব্যক্তি 5	বীমার অধীন ব্যক্তি 6	বীমার অধীন ব্যক্তি 7
পিরোনাম নাম* (প্রথম নাম) (মধ্য নাম) (শেষ নাম)							
লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/এদের কোনটাই নয়)							
উচ্চতা* (সেমি)							
ওজন* (কেজি)							
চোখের রিফ্রিজার্সিভ এর ইনডেক্স (বাম ও ডান চোখ)							
জন্মতারিখ*							
প্রোগ্রামের সঙ্গে সম্পর্ক*							
(পেশা) (বেতনভুক্ত/স্বনিযুক্ত/পেশাদার/অন্যান্য)							
এক্ষিক কভার : ফিল্ট্যাক্স ইলেনেস কভার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না						
এক্ষিক কভার : পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট কভার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না						
বীমার অংশ - পার্সোনাল অ্যাকসিডেন্ট কভার	<input type="checkbox"/> 2L						
	<input type="checkbox"/> 3L						
	<input type="checkbox"/> 4L						
	<input type="checkbox"/> 5L						
	<input type="checkbox"/> 7.5L						
	<input type="checkbox"/> 10L						
	<input type="checkbox"/> 20L						
	<input type="checkbox"/> 25L						
	<input type="checkbox"/> 30L						
	<input type="checkbox"/> 50L						
	<input type="checkbox"/> 75L						
	<input type="checkbox"/> 1Cr						
এক্ষিক কভার: কোডিড-19* হ্বার জন্য হোম কেয়ার	<input type="checkbox"/> 10000						
	<input type="checkbox"/> 15000						
	<input type="checkbox"/> 20000						
	<input type="checkbox"/> 25000						

বিস্তারিত	বীমার অধীন ব্যক্তি 1	বীমার অধীন ব্যক্তি 2	বীমার অধীন ব্যক্তি 3	বীমার অধীন ব্যক্তি 4	বীমার অধীন ব্যক্তি 5	বীমার অধীন ব্যক্তি 6	বীমার অধীন ব্যক্তি 7
ইনস্টা কভার	<input type="checkbox"/> ইনস্টা 8						
পলিসিতে তালিকাভুক্ত অসুখের তালিকা	<input type="checkbox"/> প্রথম চারটি অসুখ (ইনস্টা 4)						
1. হাঁপানি							
2. রক্তচাপ যা চিকিৎসা শাস্ত্রে হাইপারটেনশন নামে পরিচিত							
3. কোলেস্টেরল যা চিকিৎসা শাস্ত্রে হাইপারলিউচিয়া নামে পরিচিত							
4. মধুমেহ							
5. শ্বলতা							
6. করোনারি আর্টারি ডিজিজ উইথ পিটিসিএ							
7. করোনারি আর্টারি বাইপাস গ্রাফট							
8. অ্রনিক অবস্ট্রাকটিপ পালমোনারি ডিজিজ (COPD)							
প্রাচ্ছিক কভার							
1. সব অসুখ (ইনস্টা 8)							
2. প্রথম চারটি অসুখ (ইনস্টা 4)							
আয়ুর্বান ভারত হেলথ অ্যাকাউন্ট (ABHA)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না						
“আমি/আমরা কোম্পানিকে আমার/আমাদের এবিএইচএ (ABHA) সংস্থার মেডিক্যাল রেকর্ড যাচাই ও সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি”							
“যদি হ্যাঁ হয়, এবিএইচএ (ABHA) নম্বর লিখুন যদি না হয়, আপনার এবিএইচএ (ABHA) নম্বর তৈরি করুন https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index							

*25,000 বিকল্প শুধুমাত্র প্রিমিয়াম প্লানে পাওয়া যাবে

5. মনোনয়ন

সমস্ত বীমার অধীন সদস্যের জন্য পলিসিধারকই মনোনীত ব্যক্তি (নমিনি) হবেন। পলিসিধারকের মনোনীত ব্যক্তির বিবরণ নীচে দেওয়া হল।

নমিনির নাম	প্রথম	মধ্য	শেষ
প্রোজেক্টের সাথে সম্পর্ক		জন্মতারিখ	DD/MM/YYYY
মনোনীত ব্যক্তির (নমিনির) যোগাযোগ নম্বর		মনোনয়নের শতাংশ ভাগ	

যদি মনোনীত ব্যক্তি অপ্রাপ্তবয়স্ক হয়, তাহলে নিয়োজিত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা এবং নাবালকের সঙ্গে সম্পর্ক:

নিয়োজিত ব্যক্তির নাম	নমিনির সাথে সম্পর্ক	নিয়োজিত ব্যক্তির যোগাযোগ নম্বর

নমিনির ব্যাস্ত সংক্রান্ত বিবরণ

a) অ্যাকাউন্ট ধারক(দের) নাম (ব্যাস্ত রেকর্ডে ঠিক যেমনটা রয়েছে)

b) ব্যাস্তের নাম	f) অ্যাকাউন্টের ধরন
c) ব্যাস্ত শাখার নাম	g) অ্যাকাউন্ট নম্বর
d) ঠিকানা	h) আইএফএসি কোড
e) শাখার শহর	l) ৯ অঙ্কের এমআইসিআর কোড

একাধিক মনোনীত ব্যক্তি থাকলে, অতিরিক্ত মনোনীতদের বিস্তারিত ও মনোনয়নের শতাংশ ভাগ উল্লেখ করে একটি পাতা সংযুক্ত করুন।

6. বিদ্যমান/পূর্ববর্তী বীমার বিবরণ

প্রোজেক্টের বা প্রস্তাবিত ব্যক্তিরা কি ইতোমধ্যেই ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড বা অন্য কোনো বীমা কোম্পানির অধীনে বীমা করিয়েছেন? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, নিচে পলিসি/আবেদন নম্বর(গুলি) উল্লেখ করুন (অপেক্ষমাণ প্রস্তাবের ক্ষেত্রে আবেদন নম্বর উল্লেখ করুন)।

আপনি/আপনারা কতদিন থেকে নিরবচ্ছিন্নভাবে বীমার অধীন রয়েছেন? : DD/MM/YYYY

বীমার অধীন ব্যক্তির নাম (প্রথম, মধ্য, শেষ)	বীমা কোম্পানির নাম	পলিসি নম্বর/ আবেদন নম্বর	বীমার মেয়াদ		বীমার পরিমাণ (₹)	দাবির বিবরণ, যদি থাকে
			শুরু	শেষ		
			DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY		

আপনি যদি আপনার বিদ্যমান পলিসি থেকে পোর্টেবিলিটির সুবিধা নিতে চান, তবে “প্রোজেক্ট পোর্টিং ফর্ম” পূরণ করে এই প্রোজেক্ট ফর্মের সঙ্গে জমা দিন এবং (এই প্রোজেক্ট ফর্মের সংযোজন হিসাবে) উপরোক্ত তথ্যের অতিরিক্ত হিসেবে বিদ্যমান পলিসির সাথে সম্পর্কিত সমস্ত পলিসি সংযোগ নথিপত্র সংযুক্ত করুন।

7. মেডিক্যাল এবং জীবনধারা সম্পর্কিত তথ্য*

অনুচ্ছেদ A: বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি কখনও নিষ্পত্তিপূর্বক রোগে ভুগেছেন/বর্তমানে ভুগছেন? প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য “হ্যাঁ” চিহ্ন দিন এবং অনুচ্ছেদ B-তে বিস্তারিত লিখুন।	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ / না	বীমার অধীন ব্যক্তি 1	বীমার অধীন ব্যক্তি 2	বীমার অধীন ব্যক্তি 3	বীমার অধীন ব্যক্তি 4	বীমার অধীন ব্যক্তি 5	বীমার অধীন ব্যক্তি 6	বীমার অধীন ব্যক্তি 7
1. উচ্চ রক্তচাপের (হাইপারটেনশন) ইতিহাস								
a) স্ট্রাইকাল								
b) ওষুধ								
c) মাত্রা								
2. ডায়াবেটিস মেলিটাসের ইতিহাস								
a) টাইপ 1 অথবা টাইপ 2								
b) স্ট্রাইকাল								
c) ওষুধ								
d) মাত্রা								

	হাঁ / না	বীমার অধীন ব্যক্তির নং
3. সুস্থিত ও বক্ত সঞ্চালনজনিত অবস্থা/ব্যাধি: বুকব্যথা, এনজাইনা, উচ্চমাত্রার কোলেস্টেরল/লিপিডস, দ্রুতক্ষমণ, কনজেস্টিভ হার্ট ফেইলিওর, করোনারি আর্টারি ডিজিজ, হার্ট অ্যাটাক, বাইপাস সার্জারির অ্যাঞ্জিওপ্লাস্ট, ভালভ জনিত সমস্যা/প্রতিস্থাপন, পেসমেকার প্রতিস্থাপন, রিউমাটিক ভ্রু, জন্মগত হৃদরোগ, ডেরিকোজ ভেইন, ঘ্রন্থেসিস, রক্তসংক্রান্ত ব্যাধি ইত্যাদি?		
4. মূর্তত্বের অবস্থা/ব্যাধি: প্রস্তাবের সাথে রক্ত নি:সরণ, ঘন ঘন প্রস্তাব, ব্যথাযুক্ত/কষ্টসাধ্য প্রস্তাব, কিডনি এবং/অথবা মূর্তত্বের সংক্রমণ, মূর্তত্বে পাথর, কিডনির ব্যর্থা, ডায়ালিসিস অথবা অন্য কোনো কিডনি/মূর্তত্বে প্রোটেটের রোগ?		
5. পেশী ও অঙ্গসংকীর্তি সংক্রান্ত অবস্থা/ব্যাধি: অঙ্গসংকীর্তি/পিটে ব্যথা, অগ্রাইটিস, স্পন্ডিলোসিস, জয়েন্ট প্রতিস্থাপন অথবা পেশী/হাড়/জয়েন্ট/লিগামেন্ট, টেনন বা ডিস্ক সম্পর্কিত অন্য কোনো ব্যাধি, গেটেবাত, হার্নিয়েটেড ডিস্ক, অসচেদ/নকল পা?		
6. শ্বাসযন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: শ্বাসকষ্ট/শ্বাস নিতে অসুবিধা, যক্ষা, হাঁপানি, ব্রক্ষাইটিস, কনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD), দীর্ঘস্থায়ী কাশি, রক্তসহ কাশি ইত্যাদি অথবা অন্য কোনো ফুসফুস/শ্বাসযন্ত্রের রোগ?		
7. পরিপক্তত্বের অবস্থা/ব্যাধি: প্রস্তাবকষ্ট/সমস্যা/পলিপ, অঝ্যাশয়, লিভার বা পিণ্ডত্বের রোগ, হেপাটাইটিস A/B/C/অন্যান্য, জাতিস, সিরোসিস, অকারণ ওজন বৃদ্ধি বা হ্রাস, খাদ্যগ্রহণজনিত ব্যাধি অথবা অন্য কোনো গ্যাস্ট্রো ইন্টেস্টিনাল অবস্থা?		
8. ক্যাল্পার/টিউমার: বিনাইন বা ম্যালিগ্ন্যান্ট টিউমার, যে কোনো বৃদ্ধি/সিস্ট, যে কোনো ক্যাল্পার?		
9. মন্তিক/শ্বাসযন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: জ্বালানো, অচেতন হয়ে যাওয়া, মাথা ঘোরা, অবস্থাব্যবস্থা/ব্যৰ্বি ধরা, দুর্বলতা, পক্ষাঘাত, মাথাঘাত, ফ্রেক, মাইগ্রেন বা দীর্ঘস্থায়ী টীব্র মাথাব্যথা, স্পিপ আর্মিয়া, মাস্টিপল স্ক্রোরেসিস, পিচুনি/মৃগী অথবা অন্য কোনো মন্তিক/শ্বাসযন্ত্রের রোগ, মাসিক/মনোরোগজনিত ব্যাধি?		
10. নারী প্রজননত্বের অবস্থা/ব্যাধি: পেলিডিক অংশে ব্যথা, অস্বাভাবিক মাসিক রক্তস্নাব, অস্বাভাবিক প্যাপ স্মিয়ার, এন্ডোমেট্রিওসিস, ফাইব্রয়েড, সিস্ট/ফাইব্রোড্যোমা, রক্তক্ষরণজনিত অস্বাভাবিকতা, পেলিডিক সংক্রমণ অথবা অন্য কোনো স্ট্রোগেসির প্রক্রিয়ায় আছেন?		
11. বীমা করাবার জন্য প্রস্তাবিত কোনো নারী কি গর্ভবতী, গৃহস্থানী গর্ভধারণ পরীক্ষায় পজিটিভ হয়েছেন, অথবা দস্তক বা সারোগেসির প্রক্রিয়ায় আছেন?		
12. বিপাক ও অন্তঃপ্রাব অন্তরের অবস্থা/ব্যাধি: অ্যান্ড্রিনাল/পিচুইটারি সম্পর্কিত ব্যাধি, লুপাস, স্ক্রোডার্মা, থাইরয়েড ব্যাধি, যে কোনো অটোইমিউন/জেনেটিক ব্যাধি?		
13. বীমা করাতে প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি কোনো দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদি টিকিংসাজনিত সমস্যায় দুগ্ধেছেন, অথবা তাঁর অন্য কোনো অক্ষমতা, অস্বাভাবিকতা, পুনরাবৃত্ত অসুস্থতা বা আঘাত আছে, অথবা তিনি কি স্বাভাবিক কাজকর্ম করাতে অক্ষম?		
14. বীমা করাতে প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি তামাকজাত দ্রব্য/সিগারেট ব্যবহার করেন অথবা মদ্যপান করেন?		
15. বীমা করাতে প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি ব্রষ্টায়জনিত কোনো অসুস্থতায় ডুগছেন?		
16. বীমা করাতে প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি উপসর্গ/কোনো মনোরোগজনিত অবস্থার জন্য কোনো চিকিৎসক বা স্বাস্থসেবা প্রদানকারীর সঙ্গে পরামর্শ করেছেন বা চিকিৎসা নিয়েছেন/কোনো হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন/অসুস্থ হয়েছেন/সার্জারি করেছেন/বর্তমানে কোনো ওষুধ চলছে বা চিকিৎসা (ডায়াগনস্টিক টেস্টসহ) নিয়েছেন?		
17. বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি এই বীমা আচ্ছাদনের জন্য প্রস্তাব করার আগে নিম্নলিখিত কোনো গুরুতর অসুখে আক্রান্ত হয়েছেন বা অস্ত্রোপচার করেছেন - কান্সার, হার্ট অ্যাটাক, করোনারি আর্টারি বাইপাস গ্রাফট, হৃদযন্ত্রের ভালভ প্রতিস্থাপন/মেরামতি, কোমা, কিডনি ফেলিওর, স্ট্রেক, যে কোনো ট্রান্সপ্লান্ট, পক্ষাঘাত, মাস্টিপল স্ক্রোরেসিস, মোটর নিউরন ডিজিজ বা এইচআইডি/এইডস?		

বৰ্তিগত দুর্ঘটনায় বীমা আচ্ছাদনের জন্য

18. আবেদনকারীর কি কখনও ধিচুনিজনিত ব্যাধি হয়েছে বা বর্তমানে আছে, অথবা কোনো শারীরিক বা মানসিক ক্রটি/অক্ষমতা/দুর্বলতা/বিকলাসতা রয়েছে, কিংবা এমন কোনো অবস্থা আছে যা চলাচেরা/দৃষ্টি/প্রণয়/বাকশক্তিতে প্রভাব ফেলতে পারে?	
19. আবেদনকারী পেশার কারণে কি ঝুকিপূর্ণ কাজে যুক্ত হওয়া বাধ্যতামূলক অথবা তিনি বিপজ্জনক জিমিসপত্র নাড়াচাঢ়া করা, উচ্চতায় কাজ করা, কেবিন ক্রু হিসেবে কাজ করা, সুদূর/নদীয়ান চালনা, উচ্চ ভোল্টেজ নিয়ে কাজ করা, বা সশস্ত্র বাহিনীর অংশ হওয়ার মতো বিপজ্জনক পেশায় যুক্ত?	

অনুচ্ছেদ B: অসুস্থতা / ওষুধ / পরীক্ষা / সার্জারি / ডাইঅপ্টার গ্রেড-এর নাম ও বিস্তারিত (উপরের অনুচ্ছেদ A-তে যেখানে "হ্যাঁ" বলা হয়েছে তার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

শেষ পরামর্শের
তারিখ

চিকিৎসকের নাম

হাসপাতালের নাম
ও ফোন নম্বরঅসুস্থতার বিস্তারিত
বিবরণ

বীমাকৃত ব্যক্তি 1:

বীমাকৃত ব্যক্তি 2:

বীমাকৃত ব্যক্তি 3:

বীমাকৃত ব্যক্তি 4:

বীমাকৃত ব্যক্তি 5:

বীমাকৃত ব্যক্তি 6:

বীমাকৃত ব্যক্তি 7:

অন্যান্য বিস্তারিত বিবরণ:

প্রয়োজনে অতিরিক্ত কাগজ সংযুক্ত করুন।

অনুচ্ছেদ C: গুরুত্বপূর্ণ মন্তব্য:

1. এই প্রস্তাবপত্রে অথবা আপনার দ্বারা বা আপনার পক্ষে জমা দেওয়া যে কোনো সম্পূর্ণক তথ্য বা নথিতে প্রদত্ত তথ্যের সাপেক্ষে আমাদের বীমা দেওয়ার সিদ্ধান্ত এবং কোন শর্তে তা দেওয়া হবে, তা প্রত্যাবিত হবে। তড়পুরি, আমরা যে কোনো পলিসি ইস্যু করব, তা আপনার দেওয়া তথ্যের ডিটিগিটেই হবে। সুতরাং, আপনার উত্তর সর্বতোভাবে সম্পূর্ণ ও সঠিক হওয়া জরুরি।
2. এই প্রস্তাবপত্রের প্রশংসক মন্তব্য এবং মধ্যে দেওয়া হবে। আপনাকে বীমার ঝুকির সাথে সম্পর্কিত যাবতীয় তথ্য আমাদের দিতে হবে, এমনকি তা যদি এই প্রস্তাবপত্রের কোনো প্রয়ের আওতায় না আসে, তাহলেও কোন তথ্য দেওয়া উচিত তা নিয়ে যদি আপনার সম্মেলন থাকে, তবে আপনার বীমা পরামর্শদাতা/কোম্পানির সঙ্গে আনোচনা করা উচিত।
3. আপনার প্রস্তাব গ্রহণ করা হবে সম্পূর্ণ মেডিকেল রিপোর্ট (যেখানে প্রযোজ্য), মেডিকেল আন্ডারারাইটিং প্রাপ্তির শর্তে, এবং বীমা কভারেজ শুরু হবে কেবল তখনই যখন কোম্পানি সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম বাবদ অর্থ গ্রহণ করবে।
4. বাদ দেওয়া / অন্তর্ভুক্ত শর্তাবলীর তালিকা এবং অন্যান্য পলিসি সংক্রান্ত বিবরণগুলি কেবল নির্দেশক মাত্র। সম্পূর্ণ তালিকা ও পূর্ণাঙ্গ বিবরণের জন্য দয়া করে পলিসির প্রতিটি শব্দবিন্যাস খুঁটিয়ে দেখে নিন।

অনুচ্ছেদ D: পারিবারিক চিকিৎসকের সম্পর্কে বিস্তারিত:

নাম:	যোগাযোগ নম্বর:
------	----------------

৮. অর্থপ্রদানের বিবরণ

1. অর্থপ্রদানের বিবরণ: অনুগ্রহ করে টিক (✓) দিন মোট প্রিমিয়াম অঙ্ক (GST সহ) (₹) _____	<input type="checkbox"/> নগদ <input type="checkbox"/> চেক/NEFT/DD মাধ্যমে পেমেন্ট করার বিকল <input type="checkbox"/> ডিজিটাল পেমেন্ট
চেক/NEFT/DD নম্বর _____	চেক/NEFT/DD তারিখ DD MM YY ব্যাক্তি _____
2. দারী/রিফাক্স সরাসরি ব্যাক্তি ট্রান্সফারের মাধ্যমে পাবার জন্য, নিম্নলিখিত তথ্য দিন: (প্রস্তাবপত্রের সঙ্গে একটি বাতিল করা চেক সংযুক্ত করুন)	
অ্যাকাউন্ট হোল্ডারের নাম _____	শাখা _____
ব্যাক্তের নাম _____	শহর _____
অ্যাকাউন্টের ধরণ _____	আইএফ-এসসি কোড _____
	অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

যোগাযোগ:

“আমি/আমরা এই মর্মে ঘোষণা ও অঙ্গীকার করছি যে উপরে উল্লেখিত পলিসির প্রিমিয়াম বাবদ প্রদত্ত অর্থ আমার/আমাদের বৈধ ও ঘোষিত আয়ের উৎস থেকে প্রদান করা হবে।”

ইলেক্ট্রনিক ক্লিয়ারিং সার্ভিস (ডেবিট ক্লিয়ারিং) ম্যান্ডেট ফর্ম

প্রস্তাবপত্র নম্বর: _____ পলিসি: _____

প্রাপক,

ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড, ডেভেলপমেন্ট হাউস, 24 পার্ক স্ট্রিট, কলকাতা - 700 016

প্রয়োজন মাধ্যমে **ব্যাক্তের নাম**-এ তহবিল/অর্থপ্রদান করার জন্য গ্রাহকের অনুমোদন

গ্রাহকের তথ্য:

a) অ্যাকাউন্ট ধারক(দের) নাম (ব্যাঙ্ক রেকর্ডে ঠিক যেমনটা রয়েছে)		c) ব্যাঙ্ক শাখার নাম	
b) ব্যক্তের নাম		e) শাখার শহর	
d) ঠিকানা		g) অ্যাকাউন্ট নম্বর	
f) অ্যাকাউন্টের ধরন		i) ৭ অক্ষের এমআইসিআর কোড	
h) লেজার নং/লেজার ফোলিও নং			

যোগ্যতা:

আমি ইলেক্ট্রনিক ক্লিয়ারিং সুবিধা নিতে ইচ্ছুক এবং এই মর্মে আমার নিঃশর্ত সম্মতি প্রদান করছি যে আমার স্বাস্থ্য বীমা, প্রস্তাৱক্তৃ নম্বৰ _____, অনুযায়ী প্রিমিয়াম বাবদ অর্থ ইলেক্ট্রনিক ক্লিয়ারিং সিস্টেম (ECS) মাধ্যমে আমার অ্যাকাউন্ট থেকে ডেবিট করা হোক। আমি বুঝতে পারছি এবং মেনে নিচ্ছি যে বীমাকৃত সবথেকে ব্যক্ত সদস্যের বয়স বিভাগের পরিবর্তন, বীমা প্রদানকারীর প্রিমিয়াম হাবের পরিবর্তন, কর এবং অন্যান্য আইনি চার্জ ইত্যাদির কারণে ডেবিটকৃত প্রিমিয়ামের পরিমাণ সময়ে পরিবর্তিত হতে পারে।

(নবায়নের সময় প্রযোজ্য বয়স পরিবর্তনের কারণে আনুমানিক প্রিমিয়াম সম্পর্কে বিস্তারিত জানতে অনুগ্রহ করে পলিসি ডকুমেন্ট দেখুন)

আমি এই মর্মে যোগ্য করছি যে প্রদত্ত তথ্যবলী সঠিক ও সম্পূর্ণ। আমি বুঝতে পারছি ও মেনে নিচ্ছি যে, এই ফর্মে আমার বেছে নেওয়া তারিখ অনুযায়ী এবং পলিসির প্রিমিয়াম প্রদানের শর্তে (যদি দিনটি কার্যদিবস হয়), লেনদেন কার্যকর হবে। তথ্য অসম্পূর্ণ বা ভুল থাকলে লেনদেন বিবরিত হতে পারে বা একেবারেই কার্যকর নাও হতে পারে, সেক্ষেত্রে আমি/আমরা ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠানের উপর কোনো দায় চাপাব না। আমি/আমরা ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠান থেকে/মাধ্যমে এই ইসিএস ডেবিট সেবাটি নেওয়ার জন্য প্রযোজ্য ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠানের উপরে আমার/আমাদের দায়িত্ব পালনে সম্মত হচ্ছি।

আমি/আমরা আরও এই মর্মে অনুমোদন দিচ্ছি যে, ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড-এর প্রতিনিধি এই ইসিএস ডেবিট ম্যানেজ ফর্মটি আমার/আমাদের ব্যক্তে যাচাই ও কার্যকর করার ব্যবস্থা করতে পারবেন।

স্থান: _____ তারিখ: আবেদনকারীর স্বাক্ষর
আপনি কি পলিসির একটি মুদ্রিত কপি পেতে চান? হ্যাঁ না

9. প্রস্তাৱকারীর ইলেক্ট্রনিক বীমা সংক্রান্ত তথ্য

আপনি কি চান এই পলিসি একটি eA (ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্ট) অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট হোক? (যে কোনো একটি নির্বাচন করুন)

না, আমার কোনো eA নেই এবং আমি নতুন একটি খুলতে চাই না হ্যাঁ, এই পলিসিটি আমার ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট করুন

যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিদ্যমান ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্ট নম্বৰ দিন _____

ইনসিওরেন্স রিপোজিটরির নাম নির্বাচন করুন (যার সঙ্গে আপনি অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

মেসার্স প্রেটিয়ান ইগত টেকনোলজিস লিমিটেড মেসার্স কার্ডি ইনসিওরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড
 মেসার্স সেন্ট্রাল ইনসিওরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড মেসার্স ক্যামস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড
 মেসার্স এসএইচসিআইএল প্রজেক্টস লিমিটেড (অনুগ্রহ করে যে কোনো একটি নির্বাচন করুন) অথবা
 আমার বিদ্যমান কোনো ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্ট নেই এবং আমি একটি নতুন ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্ট খুলতে আগ্রহী (অনুগ্রহ করে ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্ট খোলার ফর্ম সহ প্রাসঙ্গিক নথিপত্র জমা দিন)

আমার CKYC নম্বৰ (সেক্ট্রাল নো ইয়োর কাস্টমার রেজিস্ট্রি নম্বৰ) হলো (যদি থাকে): _____

প্রতিনিধির বিস্তারিত বিবরণ (শুধুমাত্র যদি eA প্রস্তাৱকারী ও মূল বীমাকৃত ব্যক্তি ছাড়া অন্য কারও জন্য খোলা হয়):

প্রথম নাম	মধ্য নাম	শেষ নাম		
লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> এদের কোনটাই নয়	জন্মতারিখ*	<input type="text" value="DDMMYYYY"/>	প্যান নং
ঠিকানা লাইন 1				
ঠিকানা লাইন 2				
ঠিকানা লাইন 3				
পিন কোড		টেলিফোন নম্বৰ		মোবাইল নম্বৰ
সম্পর্ক		অন্যান্য সম্পর্ক		ইমেল আইডি
ইউআইডি		ল্যান্ডমার্ক		রাজ্য
শহর		দেশ		

10. ঘোষণাসমূহ

1. ঘোষণা

- আমি এই মর্মে নিজের পক্ষ থেকে এবং বীমাকৃত হওয়ার জন্য প্রস্তাৱিত সকলের পক্ষ থেকে ঘোষণা করছি যে উপরোক্ত বিবৃতি, উত্তর এবং/অথবা তথ্যসমূহ আমার জ্ঞান অনুযায়ী সর্বতোভাবে সঠিক ও সম্পূর্ণ এবং আমি অন্যদের পক্ষ থেকে প্রস্তাৱক জ্ঞান রেখে আছি।
- আমি বুঝতে পারছি যে আমার দেওয়া তথ্য বীমা পলিসির ভিত্তি হবে, এটি বীমাদাতার বোর্ড অনুমোদিত আন্ডারৱাইটিং নীতির অধীন রয়েছে, এবং প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থপ্রদান না হওয়া পর্যন্ত পলিসি কার্যকর হবে না।
- আমি আরও ঘোষণা করছি যে প্রস্তাৱক্ত জমা দেওয়ার পর থেকে কোম্পানির পক্ষ থেকে ঝুঁকি গ্রহণের অনুমোদন জানানো পর্যন্ত সময়ের মধ্যে প্রস্তাৱকারীর বা বীমাকৃত ব্যক্তির পেশা বা সাধারণ স্থানে কোনো পরিবর্তন হলে আমি তা নিখিতভাবে জানব।
- আমি ঘোষণা করছি যে আমার অনুমতিক্রমে কোম্পানি বীমাকৃত ব্যক্তি/প্রস্তাৱকারীর শারীরিক বা মাসিক স্থানের বিষয়ে যে কোনো সময় কোনো টিকিংসক বা হাসপাতাল অথবা অতীত বা বর্তমান নিয়োগকর্তাৰ কাছ থেকে চিকিৎসা ব্যবহার কর্তৃত তথ্য সংগ্রহ করতে এবং যে কোনো বীমা কোম্পানি, যদের কাছে বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে, তাদের কাছ থেকেও আন্ডারৱাইটিং এবং/অথবা দাবিৰ নিষ্পত্তিৰ জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারবো।
- আমার প্রস্তাৱক্তের তথ্য, বীমাকৃত ব্যক্তি/প্রস্তাৱকারীর মেডিকেল রেকর্ডসহ, কেবলমাত্র আন্ডারৱাইটিং এবং/অথবা দাবিৰ নিষ্পত্তিৰ উদ্দেশ্যে এবং যে কোনো সরকারি এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক কৰ্তৃপক্ষের সঙ্গে ভাগ করে বেবার বিষয়ে আমি কোম্পানিকে অনুমতি দিচ্ছি।

তারিখ:

প্রস্তাৱকারীর স্বাক্ষর: _____

স্থান: _____

প্রস্তাৱকারীর নাম: _____

2. ইলেক্ট্রনিক পলিসি ইস্যু ও পরিষেবা সংক্রান্ত ঘোষণাপ্রয়োগের জন্য অনুমোদন (অনুগ্রহ করে সাবধানে পড়ুন এবং স্বাক্ষর করার আগে প্রতিটি পয়েন্টে টিক চিহ্ন দিন)

আমি এই মর্মে সম্মতি দিচ্ছি যে পলিসি সংক্রান্ত নথিপত্র আমাকে আমার ইমেল ঠিকানায় _____ (অনুগ্রহ করে আপনার ইমেল আইডি দিন) অথবা উপরে প্রদত্ত মোবাইল নম্বরে এসএমএসের মাধ্যমে পাঠানো যেতে পারে।

আমি এই মর্মে সম্মতি দিচ্ছি যে আমার সাথে প্রযোজ্য আইনানুগ সময়সীমায় বিভিন্ন সময়ে কোম্পানির প্রস্তাৱিত বা ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠানের উপর কোনো নথিপত্র আন্ডারৱাইটিং এবং/অথবা দাবিৰ নিষ্পত্তিৰ জন্য প্রযোজনীয় ক্ষেত্ৰে স্বাগত কল, পরিষেবা কল বা অন্য যে কোনো ব্যবহারে ঘোষণাপ্রয়োগ (ইলেক্ট্রনিক বা অন্য যে কোনো মাধ্যমে) করা যেতে পারে।

আমি আমার হোয়াস্টসঅ্যাপ নম্বরে পলিসি সংক্রান্ত সমস্ত বার্তা পেতে আগ্রহী।

হোয়াস্টসঅ্যাপ নম্বর: _____

প্রস্তাৱকারীর স্বাক্ষর: _____

স্থান: _____

প্রস্তাৱকারীর নাম: _____

3. আঞ্চলিক ভাষা বিষয়ক ঘোষণা

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবপত্র ও ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড থেকে স্বাস্থ্য বীমা প্রয়োজনীয় অন্যান্য সমস্ত নথিপত্র প্রস্তাবকের বোধগম্য ভাষায় ব্যাখ্যা করেছি। তিনি তা সম্পূর্ণভাবে বুঝেছেন এবং প্রদত্ত তথ্য অনুযায়ী উত্তরগুলি রেকর্ড করা হয়েছে। উত্তরগুলো প্রস্তাবককে পড়ে শোনানো হয়েছে, তিনি সেগুলি সম্পূর্ণরূপে বুঝেছেন এবং অনুমোদন করেছেন।

ঘোষণাকারীর নাম: _____

প্রস্তাবকের সঙ্গে সম্পর্ক: _____

ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর: _____

স্বানীয় ভাষায় প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: _____

তারিখ: **DDMMYY**

4. মধ্যস্থতাকারীর ঘোষণা

আমি, _____ (পুরো নাম), একজন বীমা উপদেষ্টা/কর্মীরেট এজেন্টের নিম্নিষ্ঠ ব্যক্তি/ব্রাকারের অনুমতিত কর্মচারী/রিলেশনশিপ অফিসার হিসেবে এই মর্মে ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রস্তাবপত্রের সমস্ত বিষয়বস্তু, প্রস্তাবপত্রের প্রয়োজনীয় প্রকৃতি, প্রস্তাবকের দেওয়া বিবৃতি, তথ্য ও উত্তরসমূহ প্রস্তাবকের কাছে সম্পূর্ণভাবে ব্যাখ্যা করেছি। আমি আরও ব্যাখ্যা করেছি যে প্রস্তাবপত্রে যদি কোনো মিথ্যা বিবৃতি/ভুল তথ্য/অপ্রকাশিত তথ্য থাকে বা কোনো সংযোজন, হলফনামা, বিবৃতি, নথি ইত্যাদিতে ভুল তথ্য প্রদান করা হয়, অথবা যদি কোনও গুরুত্বপূর্ণ তথ্য প্রকাশ না করা হয়, তবে কোম্পানি কর্তৃক ইস্যুকৃত পলিসিটি বাতিল বলে গণ্য হবে এবং প্রদত্ত সমস্ত প্রিমিয়াম কোম্পানি বাজেয়াপ্ত করতে পারে।

লাইসেন্স নং/ আইডি (উপদেষ্টা/কর্মীরেট এজেন্ট/ব্রাকার/রিলেশনশিপ অফিসার):

তারিখ: **DDMMYY**

বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর: _____

আমি [প্রস্তাবকের নাম] নিশ্চিত করছি যে আমি এই নীতির অধীনে উপলব্ধ সমস্ত বৈশিষ্ট্য/সুবিধা বুঝেছি।

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

তারিখ: **DDMMYY**

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

5. প্রস্তাবকের ঘোষণা

(যখন কোনো কারণে প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট নথি প্রস্তাবক নিজে পূরণ করেননি তখন এই সনদ প্রযোজ্য।) আমি ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট নথির বিষয়বস্তু আমার কাছে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি প্রস্তাবিত তুলনার তাত্পর্য সম্পূর্ণরূপে বুঝেছি। প্রস্তাবপত্রটি _____ দ্বারা আমার নির্দেশনায় পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটিকে সঠিক মনে করেছি।

তারিখ: **DDMMYY**

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

6. অর্থপাচার প্রতিরোধ নির্দেশিকা

- আমি/আমরা এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে প্রদত্ত/ভবিষ্যতে প্রদেয় সমস্ত প্রিমিয়াম বৈধ উৎস থেকে দেওয়া হয়েছে/হবে এবং তা কোন অপরাধমূলক কাজের অর্থ থেকে পরিশোধ করা হবে না এবং এই ধরনের প্রিমিয়াম আমার/আমাদের আয়ের তুলনায় অতিরিক্ত নয়। আমি/আমরা বুঝতে পারছি যে, তারতে অর্থ পাচার প্রতিরোধ আইনের প্রতিক্রিয়া বা পরোক্ষভাবে পরিচালিত যে কোনো আইনের অধীনে, যদি আমি/আমরা যে কোনো উপযুক্ত আদালত কর্তৃক দোষী সাব্যস্ত হই, তাহলে কোম্পানির পক্ষে তহবিলের উৎস যাচাইয়ের জন্য নথিপত্র চাওয়ার এবং বীমা পলিসি বাতিল করার অধিকার রয়েছে।

তারিখ: **DDMMYY**

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

আপনি অথবা কোনো প্রস্তাবিত আবেদনকারীদের কেউ কি রাজনৈতিকভাবে প্রভাবশালী ব্যক্তি (PEPs) বা তাঁদের ঘনিষ্ঠ আর্থীয়/সহযোগী? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, অবগ্রহ করে "রাজনৈতিকভাবে প্রভাবশালী ব্যক্তি" (PEPs)-এর বিষয়টির দিন:

*রাজনৈতিকভাবে প্রভাবশালী ব্যক্তি (PEPs) হলেন সেই ব্যক্তিবর্গ যারা বিদেশে গুরুত্বপূর্ণ সরকারি দায়িত্বে নিযুক্ত হয়েছেন, যেমন রাষ্ট্রপ্রধান/সরকারপ্রধান, বরিষ্ঠ রাজনীতিবিদ, সরকারি/বিচার বিভাগীয়/সামরিক কর্মকর্তা, রাষ্ট্রায়ত্ব সংস্থার বরিষ্ঠ নির্বাহী বা গুরুত্বপূর্ণ রাজনৈতিক দলের পদাধিকারী।

2. অতিরিক্ত তথ্যবর্ণনা:

জাতীয়তা: ভারতীয় অ-ভারতীয় যদি অ-ভারতীয় হন, দেশ উল্লেখ করুন: _____

- সংস্কৃত ধরণ (যদি প্রস্তাবক একটি সংস্কৃত হয়): (যখনে কোনও সংস্কৃত প্রস্তাবক হয় সেখানে প্রযোজ্য।) প্রস্তাবক যদি ব্যক্তি, একক সত্ত্বাধিকারী বা হিন্দু অবিভক্ত পরিবার হন, তাহলে অনুগ্রহ করে বিকল্প X নির্বাচন করুন)

(i) কর্মীরেট
(ii) ট্রাস্ট
(iii) সরকার
(iv) পার্টনারশিপ/এলএলপি
(v) বেসরকারি সংস্থা (NGO)
(vi) সমবায়
(vii) সমিতি
(viii) প্রাইভেট লিমিটেড কোম্পানি
(ix) পাবলিক লিমিটেড কোম্পানি
(x) অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____

4. প্রিমিয়াম প্রদানের অর্থের উৎস:

ব্যবসা: _____ চাকুরিজীবী: _____ অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____

7. ক্রেডিট স্কোর বিষয়ক সম্পত্তি

আমার অনুমতিক্রমে ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড আমার জন্য আমার তথ্য নির্ধারিত ক্রেডিট স্কোরিং সংস্কৃত পরিষেবার মাধ্যমে পাঠাতে পারবে এবং আমি উভয় সংস্থার অনুমতি বিষয়ক শর্তাবলীতে সম্মত হচ্ছি।

আমি অনুমোদন দিচ্ছি যে আমাকে ব্যক্তিগতকৃত পণ্য প্রদানের জন্য ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড আমার ক্রেডিট রিপোর্ট থেকে প্রাপ্ত তথ্যের ব্যবহার করতে পারে।

তারিখ: **DDMMYY**

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

৪. অক্ষমতা ঘোষণা

আমি এই মর্যাদাক্তি দ্বারা আমি প্রস্তাবকের পক্ষ থেকে যথাযথভাবে অনুমোদিত হয়ে এই ঘোষণা করছি এবং আমি প্রস্তাবপত্র ও ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড থেকে স্বাস্থ্যবীমা গ্রহণের জন্য প্রয়োজনীয় অন্যান্য নথির বিষয়বস্তু প্রস্তাবকের কাছে সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করেছি। প্রস্তাবক সেটি সম্পূর্ণরূপে বুঝেছেন এবং অনুমোদন করেছেন।

নাম _____

স্বাক্ষর _____ তারিখ:

১১. সাধারণ তথ্য

১. সতর্কীকরণ

আপনার উপর বাধ্যবাধকতা রয়েছে যে আপনি নিজের এবং প্রস্তাবিত বীমাকৃত প্রত্যেক ব্যক্তির বুঁকির সম্পর্কিত সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য আমাদের কাছে সম্পূর্ণ এবং সঠিকভাবে প্রকাশ করবেন। এগুলি আমাদের সিদ্ধান্তক প্রভাবিত করে যে আমরা পলিসি ইস্যু করব কি না এবং করলে কোন সর্টে করব। আমাদের কাছে তথ্য গোপন বা ভুল তথ্য প্রদান করা যাবে না। এই বাধ্যবাধকতা পলিসি ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত বহাল থাকে এবং কেবল প্রস্তাবপত্র জমা দেওয়ার মাধ্যমে শেষ হয় না। তাই, পলিসি ইস্যু হওয়ার আগে যদি প্রদত্ত তথ্য পরিবর্তিত হয় বা নতুন তথ্য জানা যায়, তাহলে আপনাকে অবশ্যই অবিলম্বে আমাদের তা লিখিতভাবে জানাতে হবে। অতিরিক্ত তথ্য দেওয়ার জন্য পর্যাপ্ত জায়গা না থাকলে স্বাক্ষরযুক্ত অতিরিক্ত পাতা সংযুক্ত করবন। যদি এই প্রকাশের বাধ্যবাধকতা লঙ্ঘিত হয়, তবে পলিসিটি বাতিল বলে গণ্য হতে পারে।

বীমা আইন (সংশোধনী) আইন, 2015 অধীনে ধারা 41 অনুযায়ী ছাড় নিষিদ্ধকরণ

- কোনো ব্যক্তি তারতে সরাসরি বা পরোক্ষভাবে কোনো ব্যক্তিকে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত কোনো বুঁকির বীমা গ্রহণ/নবীকরণ/চালিয়ে যাওয়ার জন্য প্রয়োচনার উদ্দেশ্যে কমিশনের সম্পূর্ণ বা আংশিক ফেরত বা পলিসিতে প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের উপর কোনো ছাড় দিতে বা দেওয়ার প্রস্তাব করতে পারবেন না। একইভাবে, কোনো ব্যক্তি পলিসি গ্রহণ/চালিয়ে যাওয়ার ক্ষেত্রে প্রকাশিত প্রসপেক্টাস বা বীমাকারীর সারণিতে অনুমোদিত ছাড় ব্যতীত অন্য কোনো প্রকার ছাড় গ্রহণ করতে পারবেন না।
- যদি কোনো ব্যক্তি উপরে বর্ণিত (১) উপ-নিয়ম লঙ্ঘন করেন, তবে তিনি সর্বোচ্চ দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানা দেবার জন্য দায়ী থাকবেন।

প্রাপ্তিস্থাকার

প্রপোজাল নং _____

তারিখ:

আমরা কৃতজ্ঞতার সঙ্গে স্থাকার করছি যে আমরা আপনার প্রপোজাল এবং নগদ/চেক/এনইএফটি/ডিমাস্ট ড্রাফট/অন্যান্য _____ পরিমাণ (₹) _____, তারিখ _____, ব্যাঙ্ক _____ থেকে প্রাপ্ত।

আমাদের কাছে পর্যাপ্ত প্রস্তাবপত্র জমা দিলে বা পলিসির জন্য টাকা জমা করলেই যে আমরা পলিসি ইস্যু করব তা নয়। পলিসি ইস্যু করার সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণরূপে আমাদের বিবেচনার উপর নির্ভরশীল। যদি আমরা প্রপোজাল গ্রহণ করি, তা পলিসির শর্তাবলীর অধীন হবে। তবে সম্পূর্ণ ও সময়মতো প্রিমিয়াম না পেলে বা টাকা পাওয়া না গেলে আমাদের কোনো দায় থাকবেন না।

গ্রহণকারীর স্বাক্ষর ও অফিস সিলমোহর: _____

ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড (পূর্বতন ম্যাগমা এইচডিআই জেনারেল ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড) | www.magmainsurance.com | ইমেল: customerservice@magmainsurance.com | টোল ফোন: 1800 266 3202 | রেজিস্টার্ড অফিস: ইকুইনস্ট বিজেনেস পার্ক, টাওয়ার 3, আম্বেদকর নগর, দ্বিতীয় তলা, ইউনিট নম্বর ১বি এবং ২বি, এলবিএস মার্গ, কুরলা (পশ্চিম), মুম্বাই - 400070, মহারাষ্ট্র, ভারত | CIN: U66000MH2009PLC460693 | আইআরডিএআই রেজি. নং 149 | ওয়ানহেলথ | প্রোডাক্ট ইউআইএন: MAGHLIP25038V062425 | উপরে প্রদর্শিত ট্রেড লোগো ম্যাগমা ডেঞ্জারস প্রাইভেট লিমিটেডের মালিকানাধীন এবং ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড কর্তৃক লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহৃত। | আমাদের ওয়েবসাইটে MIRA-র সাথে চ্যাট করুন অথবা 7208976789 (হোয়াটসঅ্যাপ) নম্বরে "Hi" পাঠান। (PF.OH.ver06.08.25)