

আরোগ্য সংজীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল - প্রপোজাল ফর্ম



প্রপোজাল নং _____

১. শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য

শাখার নাম	শাখার কোড
ইন্টারমিডিয়ারির নাম	ইন্টারমিডিয়ারি কোড
সেলস চ্যানেলের ধরন	POSP হ'লে নিচের তথ্য দিন:- 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 প্রশ্নের সম্পূর্ণ ও সঠিক উত্তর দিন। এই প্রপোজালটি আমাদের দ্বারা জারি করা যে কোনো বীমা পলিসির ভিত্তি হবে। বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত সকল ব্যক্তির বিষয়ে প্রাসাদিক তথ্য আপনাকে প্রকাশ করতে হবে, যা পলিসি ইন্সুর করা প্রসঙ্গে আমাদের সিদ্ধান্ত বা এর ম্ল্য, শর্তাবলী এবং বর্জনকে প্রভাবিত করতে পারে। যদি প্রপোজাল ফর্ম/ব্যক্তিগত বিবৃতি, ঘোষণা বা সংশ্লিষ্ট নথিতে কোনো ভুল বা অসত্য তথ্য, ভুল উপস্থাপনা 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 জায়গা না থাকে, তাহলে আলাদা পাতা সংযুক্ত করুন। যদি কোনোরকম সন্দেহ থাকে, তাহলে আমাদের কোম্পানির প্রতিনিধি বা আপনার বীমা প্রয়োজনীয় সহায় নিন। আমরা যদি বীমার প্রপোজাল গ্রহণ করি, তাহলে তা পলিসির শর্তাবলির অধীন থাকবে এবং যদি সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম যথাসময়ে আমাদের কাছে জমা না পড়ে বা আদায় না হয়, কিংবা প্রি-পলিসি মেডিক্যাল টেক-আপ সম্পর্ক না হয়, তাহলে সেক্ষেত্রে আমরা কোনো অর্থ প্রদানের জন্য দায়বদ্ধ থাকব না।

*চিহ্নিত সব শূন্যস্থান/বিবরণ পূরণ করা বাধ্যতামূলক।

২. প্রপোজারের বিবরণ

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

প্রপোজারের নাম* (শ্রী/শ্রীমতী/স্ত্রী/অন্যান্য)	(প্রথম নাম)	(মধ্য নাম)	(শেষ নাম)
বৈবাহিক অবস্থা	<input type="checkbox"/> অবিবাহিত	<input type="checkbox"/> বিবাহিত	
লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> মহিলা	<input type="checkbox"/> এদের কোনটাই নয়
জাতীয়তা*		জন্মতারিখ* <input type="text"/> DD MM YYYY	
পেশা	<input type="checkbox"/> বেতনভোগী	<input type="checkbox"/> স্বনিযুক্ত	<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*			
ল্যান্ডমার্ক			
শহর:	রাজ্য:	পিন কোড:	
কোন নম্বর STD কোড	ল্যান্ডলাইন নম্বর	মোবাইল নম্বর*	
স্থায়ী ঠিকানা			

ল্যান্ডমার্ক

শহর:	রাজ্য:	পিন কোড:
কোন নম্বর STD কোড	মোবাইল নম্বর*	
ইমেল আইডি		

আপনি কি ম্যাগমার কর্মী? হ্যাঁ হলে, কর্মচারী কোড: না | আপনার কি ম্যাগমা এইচডিআই ছাড়াও অন্য কোনো পলিসি আছে? হ্যাঁ হলে, পলিসি নম্বর: না

আপনি কি কেবল ইমেলের মাধ্যমে পলিসিতে যা লেখা আছে ও অন্যান্য নথি পেতে চান? হ্যাঁ না

আবাসিক স্থিতি আবাসিক ভারতীয় অনাবাসী ভারতীয় বিদেশী নাগরিক ভারতীয় বংশোদ্ধূত ব্যক্তি

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

প্রতিবন্ধক্তার ধরন _____ প্রতিবন্ধক্তার শতাংশ _____

পান নং# _____ আধার নম্বর _____

আইডি প্রমানপত্রের ধরণ* প্যান কার্ড পাসপোর্ট ভোটার আইডি কার্ড ড্রাইভিং লাইসেন্স আধার কার্ড অন্যান্য অন্যান্য হলে, সুনির্দিষ্ট করুন

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, অন্যান্য সীমান্তীয় এবং ভারতীয় বংশোদ্ধূত ব্যক্তির ক্ষেত্রে মাধ্যমিক প্রযোজনীয় নথি গুলি 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 প্রাসাদিক সনাক্তকরণ নথি।

আমি/আমরা এতদ্বারা কোম্পানিকে আমার/আমাদের পরিচয়/ঠিকানার প্রমাণপত্র সংগ্রহ করার জন্য আমার/আমাদের সম্মতি দিচ্ছি।

৩. প্ল্যানের বিবরণ*

পলিসির ধরন	<input type="checkbox"/> একক ব্যক্তি	<input type="checkbox"/> ফ্যামিলি ফ্লোটার		
ফ্যামিলি ফ্লোটার* হলে বীমার অধীন ব্যক্তি(দে)র সংখ্যা: _____	(*- সর্বাধিক 4 জন প্রাপ্তবয়স্ক এবং 3 জন শিশু)			
বীমার অংশ	<input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1 লাখ <input type="checkbox"/> 1.5 লাখ <input type="checkbox"/> 2 লাখ <input type="checkbox"/> 2.5 লাখ <input type="checkbox"/> 3 লাখ <input type="checkbox"/> 3.5 লাখ <input type="checkbox"/> 4 লাখ <input type="checkbox"/> 4.5 লাখ <input type="checkbox"/> 5 লাখ	<input type="checkbox"/> 5.5 লাখ <input type="checkbox"/> 6 লাখ <input type="checkbox"/> 6.5 লাখ <input type="checkbox"/> 7 লাখ <input type="checkbox"/> 7.5 লাখ <input type="checkbox"/> 8 লাখ <input type="checkbox"/> 8.5 লাখ <input type="checkbox"/> 9 লাখ <input type="checkbox"/> 9.5 লাখ <input type="checkbox"/> 10 লাখ		
প্রিমিয়াম প্রদানের সময়সীমা	<input type="checkbox"/> এককালীন প্রিমিয়াম	<input type="checkbox"/> মাসিক কিস্তি	<input type="checkbox"/> ত্রৈমাসিক কিস্তি	<input type="checkbox"/> অর্ধবার্ষিক কিস্তি
বীমার মেয়াদ	<input type="checkbox"/> 1 বছর			

৪. বীমার আওতায় আনা ব্যক্তিদের বিবরণ

বিহুরিত	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
শিরোনাম							
নাম* (প্রথম নাম)	<input type="checkbox"/>						
(মধ্য নাম)	<input type="checkbox"/>						
(শেষ নাম)	<input type="checkbox"/>						
লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/এদের কোনটাই নয়)	<input type="checkbox"/>						
উচ্চতা* (সেমি)							
ওজন* (কেজি)							
চোখের বিজ্ঞানীক্তি এবং ইনডেক্স (বাম ও ডান চোখ)							
জন্মতারিখ* (DD/MM/YYYY)							
প্রপোজারের সঙ্গে সম্পর্ক*							
পেশা (বেতনভোগী/স্বনিযুক্ত/পেশাদার/অন্যান্য)							
আয়ুর্বেদ ভারত হেলথ অ্যাকাউন্ট (ABHA) আমি/আমরা কোম্পানিকে আমার/আমাদের এবিএইচএ (ABHA) সংশ্লিষ্ট মেডিক্যাল রেকর্ড যাচাই ও সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি।	<input type="checkbox"/>						

ଆରୋଗ୍ୟ ସଞ୍ଜୀବନୀ ପଲିସି, ମ୍ୟାଗମା ଜିଆଇୱେଲ - ପ୍ରପୋଜାଳ ଫର୍ମ



<p>যদি হাঁ হয়, এবিএইচএ (ABHA) নম্বর লিখুন যদি না হয়, আপনার এবিএইচএ (ABHA) নম্বর তৈরি করুন https://fasttrack.mgmainsurance.com/abha/index</p>					
---	--	--	--	--	--

5. मनोनश्च

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

নথিবির নাম	প্রথম	মধ্য	শেষ
প্রপেজারের সাথে সম্পর্ক		D D M M Y Y Y Y	
যোগাযোগ বাস্তিক (নথিবির) যোগাযোগ নথিবি		যোগাযোগ বাস্তিক জাগ	

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

নিয়োজিত ব্যক্তির নাম	নমিনির সাথে সম্পর্ক	নিয়োজিত ব্যক্তির যোগাযোগ নথির
-----------------------	---------------------	--------------------------------

ନମିନିର ବ୍ୟାଙ୍କ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ବିବରଣ

- a) অ্যাকাউন্ট ধারক (দের) নাম (ব্যাঙ্ক রেকর্ডে ঠিক যেমনটা রয়েছে)

b) ব্যাঙ্কের নাম

c) ব্যাঙ্ক শাখার নাম

d) ঠিকানা

e) শাখার শহর

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

৬. বিদ্যমান/পূর্ববর্তী বীমার বিবরণ

প্রপোজার বা প্রস্তাবিত ব্যক্তিরা কি ইতোমধ্যেই ম্যাগম এইচআইডি 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? DDMMYYYY

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

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

৭. মেডিক্যাল এবং জীবনধারা সম্পর্কিত তথ্য*

- অনুচ্ছেদ A: বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত কোনো
ব্যক্তি কি কখনও নিষ্পত্তিখৃত ব্রাগে

ভগেছেন/বর্তমানে ভগেছেন? প্রযোজ্য ক্ষেত্রে

বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য "হ্যাঁ" চিহ্ন দিন এবং

ଆନନ୍ଦ B-ରେ ବିଜ୍ଞାବିତ ଲିଖନ।

১. উচ্চ রক্তচাপের (হাইপারটেনশন) ইতিহাস (**হ্যাঁ/না**)
 - স্থায়ীভূক্তাল
 - ওষুধ
 - মাত্রা
 ২. ডায়াবেটিস মেলিটাসের ইতিহাস (**হ্যাঁ/না**)
 - টাইপ ১ অথবা টাইপ ২
 - স্থায়ীভূক্তাল
 - ওষুধ
 - মাত্রা

	হাঁ / না	বীমার অধীন ব্যক্তির নং
3.	হৃদযন্ত্র ও রক্ত সঞ্চালনজানিত অবস্থা/ব্যাধি: বৃক্ষব্যথা, এনজাইন, উচ্চমাত্রার কোলেস্টেরল/লিপিডস, হার্টকম্পণ, কনজেস্টিভ হার্ট ফেইলিংওর, করোনারি আর্টারি ডিজিজ, হার্ট অ্যাটাক, বাইপাস সার্জারি/অ্যাঞ্জিওপ্লাস্টিস, ভালভ জনিত সমস্যা/প্রতিশ্বাপন, পেসমেকার প্রতিশ্বাপন, রিউমাটিক জ্বর, জন্মগত হৃদরোগ, ডেরিকোজ টেইন, থ্রুবোসেস, রক্তসংক্রান্ত ব্যাধি ইত্যাদি?	
4.	মুদ্রতন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: প্রশ্নাবের সাথে রক্ত নি:সুরণ, ঘর্ষণ প্রশ্নাব, ব্যথাযুক্ত/কষ্টসাধ্য প্রশ্নাব, কিডনি এবং/অথবা মুদ্রতন্ত্রের সংক্রমণ, মুদ্রতন্ত্রে পাথর, কিডনির খর্বতা, ডায়ানিস অথবা অন্য কোনো কিডনি/মুদ্রতন্ত্র বা প্রোস্টেটের রোগ?	
5.	পেশী ও অঙ্গসূক্ষ্ম সংক্রান্ত অবস্থা/ব্যাধি: অঙ্গসূক্ষ্ম/পিঠে ব্যথা, আপ্রুইটিস, স্প্রেনেলিসিস, জয়েন্ট প্রতিশ্বাপন অথবা পেশী/হাড়/জয়েন্ট/লিগামেন্ট, টেক্সন বা ডিস্ক সম্পর্কিত অন্য কোনো ব্যাধি, ফের্টেবেট, হার্মিয়েটেড ডিস্ক, অন্দছেদ/কুকল পা?	
6.	শ্বাসযন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: শ্বাসকষ্ট/শ্বাস নিতে অসুবিধা, যষ্যা, হাপানি, ব্রষ্টাইটিস, ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD), দীর্ঘস্থায়ী কাশ, রক্তসহ কাশিং ইত্যাদি অথবা অন্য কোনো ফুসফুস/শ্বাসযন্ত্রের রোগ?	
7.	পরিপাকতন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: জেনিস, দীর্ঘস্থায়ী উদরায়ম, অন্ত থেকে রক্তপাত/সমস্যা/পলিপ, অঘ্যায়শ, লিভার বা পিত্তথলির রোগ, হেপাটাইটিস A/B/C/অ্যান্য, জেনিস, সিরোসিস, অকারণ ওজন বৃদ্ধি বা হ্রাস, খাদ্যগ্রহণজনিত ব্যাধি অথবা অন্য কোনো গ্যাস্ট্রো ইন্টেস্টিনাল অবস্থা?	
8.	ক্যাল্জার/টিউমার: বিনাইন বা ম্যালিগ্নেস্ট টিউমার, যে কোনো বৃদ্ধি/সিস্ট, যে কোনো ক্যাল্জার?	
9.	মন্তিস্ক/স্মায়তন্ত্র/মনোরোগ সংক্রান্ত অবস্থা/ব্যাধি: জ্বান হারানো, অচেতন হয়ে যাওয়া, মাথা ঘোরা, অবস্থভাব/বৰ্ণিঁ ধরা, দুর্বলতা, পক্ষাঘাত, মাথায় আঘাত, ষ্ট্রেক, মাইগ্রেন বা দীর্ঘস্থায়ী তীব্র মাথাব্যাধা, লিপ অ্যাপনিয়া, মাস্টিপল স্ক্রেনোসিস, থিচুনি/মুর্মী অথবা অন্য কোনো মন্তিস্ক/স্মায়তন্ত্রের রোগ, মানসিক /মনোরোগজনিত ব্যাধি?	
10.	নারী প্রজননতন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: পেলিক অংশে ব্যথা, আস্তাভিক মাসিক রক্তশ্বার, অস্তাভিক প্যাপ মিয়ার, এডেমেট্রিওসিস, ফাইব্রয়েড, সিস্ট/ফাইব্রোএণ্ডোস্য, রক্ষণ্ট্রণজনিত অস্তাভিকতা, পেলিক সংক্রমণ অথবা অন্য কোনো স্ন্যারোগ/স্তরের অভ্যন্তরে সিস্ট/ডেল/টিউমার?	
11.	বীমা করানোর অন্য প্রশ্নাবিত কোনো নারী কি গর্ভবতী, গৃহস্থানী গর্ভাবাধ পরীক্ষায় পজিটিভ হয়েছেন, অথবা দ্রুত বা সারোগেসির প্রক্রিয়ায় আছেন?	
12.	বিপাক ও অন্তঃস্নাব তন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: অ্যাড্রিনাল/পিটুইটারি সম্পর্কিত ব্যাধি, লুপাস, স্ক্রেনোডার্মা, থাইরয়েড ব্যাধি, যে কোনো অটোইনিউন/জেনেটিক ব্যাধি?	

ଆରୋଗ୍ୟ ସଞ୍ଜୀବନୀ ପଲିସି, ମ୍ୟାଗମା ଜିଆଇେଲ - ପ୍ରପୋଜାଲ ଫର୍ମ



	ଶ୍ରୀ / ନା	ବୀମାର ଅଧୀନ ସ୍ଥକ୍ତିର ନଂ
13.	ବୀମା କରାତେ ପ୍ରତ୍ୟାବିତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି କି କୋନୋ ଦୀର୍ଘସ୍ଥାବୀ ବା ଦୀର୍ଘମେଯାଦି ଚିକିତ୍ସାଜନିତ ସମସ୍ୟାଯ ଡୁଗଛେନ, ଅଥବା ତୀର ଅନ୍ୟ କୋନୋ ଅକ୍ଷମତା, ଅସ୍ଵାଭାବିକତା, ପୁନରାୟୁତ ଅସୁଖତା ବା ଆସାନ ଆହେ, ଅଥବା ତିନି କି ସାଭାବିକ କାଜକର୍ମ କରାତେ ଅକ୍ଷମ?	
14.	ବୀମା କରାତେ ପ୍ରତ୍ୟାବିତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି କି ତାମାକଜାତ ଦ୍ୱାବୀ/ସିଗରେଟ୍ ସ୍ବରହାର କରନ ଅଥବା ମଦପାନ କରେଲ?	
15.	ବୀମା କରାତେ ପ୍ରତ୍ୟାବିତ କୋନୋ ସ୍ଵକ୍ଷିତି କି ବଜ୍ାଏଜ୍‌ଜିନିତ କୋନୋ ଅସୁଖତାଯ ଡୁଗଛେନ?	
16.	ବୀମା କରାତେ ପ୍ରତ୍ୟାବିତ କୋନୋ ସ୍ଵକ୍ଷିତି କି କୋନୋ ବୋଗ ବା ଉପସର୍ଗ/କୋନୋ ମନୋରୋଗଜନିତ ଅବସ୍ଥାର ଜନ୍ୟ କୋନୋ ଚିକିତ୍ସକ ବା ସ୍ଥାସ୍ଥେବା ପ୍ରଦାନକାରୀର ସଙ୍ଗ ପରାମର୍ଶ କରାଇଲା ବା ଚିକିତ୍ସା ନିଯେଛେ/କୋନୋ ହାସପାତାଲେ ଭାର୍ତ୍ତ ହେଁଛେ/ଅସୁଖ ହେଁଛେ/ସାର୍ଜାରି କରାଇଲା/ବର୍ତ୍ତମାନେ କୋନୋ ଓସ୍ତଥ ଚଲାଇ ବା ଚିକିତ୍ସା (ଡାଯାଗନିଟିକ ଟେସ୍ଟସହ) ନିଜେଣ?	
17.	ବୀମା କରାନୋ ଜନ୍ୟ ପ୍ରତ୍ୟାବିତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି କି ବା ସ୍ଵକ୍ଷିତିର କି ଏହି ବୀମା ଆଛାଦନର ଜନ୍ୟ ପ୍ରତ୍ୟାବିତ କରାର ଆଗେ ନିମ୍ନଲିଖିତ କୋନୋ ଗୁରୁତର ଅସୁଖେ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହେଁଛେ ବା ଅଞ୍ଚୋପାର କରାଇଲା - କାଳାର, ହାଟ୍ ଆୟଟାକ, କରୋନାର ଆଟାର ବାଇପ୍ସ ଗ୍ରାଫଟ, ହୃଦୟକ୍ଷେତ୍ର ଭାଲାତ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା/ମେରାମତି, କୋମା, କିଡନି ଫେଲିଓର, ସ୍ଟ୍ରୋକ, ସେ କୋନୋ ଟ୍ରାନ୍ସଫାର୍ନ, ପକ୍ଷାଧାତ, ମାଲ୍ଟିପଲ ସ୍କ୍ରୋପ୍ସିସ, ମୋଟର ନିଉରନ ଡିଜିଜା ବା ଏଇଚ୍‌ଆଇଡି/ଇଇସ?	

ଅନୁଚ୍ଛେଦ B : ଅସୁଖତା / ଓସ୍ତଥ / ପରାମର୍ଶ / ସାର୍ଜାରି / ଭାଇଅପ୍ଟାର ଗ୍ରେ-ଏର ନାମ ଓ ବିଷ୍ଟାରିତ (ଟ୍ରେପରେ ଅନୁଚ୍ଛେଦ A-ତେ ସେଥାନେ "ହୀ" ବାଲା ହେଁଛେ ତାର କ୍ଷେତ୍ରେ ପ୍ରୟୋଜା)	ଶେଷ ପରାମର୍ଶର ତାରିଖ	ଚିକିତ୍ସକେର ନାମ	ହାସପାତାଲେର ନାମ ଓ ଫୋନ ନମ୍ବର	ଅସୁଖତାର ବିଷ୍ଟାରିତ ବିବରଣ
ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି 1:				
ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି 2:				
ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି 3:				
ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି 4:				
ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି 5:				
ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି 6:				
ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି 7:				

ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବିଷ୍ଟାରିତ ବିବରଣ: - - - - -
ପ୍ରୟୋଜନେ ଅତିରିକ୍ତ କାଗଜ ସଂସ୍କୃତ କରନ।

ଅନୁଚ୍ଛେଦ C: ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ମନ୍ତ୍ରବ୍ୟକ୍ତି:

- ଏହି ପ୍ରତ୍ୟାବପତ୍ରେ ଅଥବା ଆପନାର ଦ୍ୱାରା ବା ଆପନାର ପକ୍ଷେ ଜମା ଦେଓଯା ସେ କୋନୋ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥ୍ ବା ନଥିତେ ପ୍ରଦତ୍ତ ତଥ୍ୟର ସାପେକ୍ଷେ ଆମାଦେର ବୀମା ଦେଓଯାର ସିଦ୍ଧାନ୍ତ ଏବଂ କୋନ ଶର୍ତେ ତା ଦେଓଯା ହେବେ, ତା ପ୍ରତ୍ୟାବିତ ହେବେ। ତଦୁପରି, ଆମର ସେ କୋନୋ ପଲିସି ଇନ୍‌ସ୍ଯୁ କରିବ, ତା ଆପନାର ଦେଓଯା ତଥ୍ୟର ଭିତ୍ତିରେ ହେବେ। ସୁତରାଂ, ଆପନାର ଉତ୍ତର ସର୍ବତୋବାବେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଓ ସଠିକ୍ ହେଁଯା ଜରାରି।
- ଏହି ପ୍ରତ୍ୟାବପତ୍ରେ ପ୍ରମାଣିତ ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ ମାତ୍ର, ସବିକୁଛ ଏହି ମଧ୍ୟେ ଦେଓଯା ନେଇ। ଆପନାକେ ବୀମା ଝୁକ୍‌କିର ସାଥେ ସମ୍ପର୍କିତ ଯାବୀତୀ ତଥ୍ୟ ଆମାଦେର ଦିତେ ହେବେ, ଏମନିକି ତା ସିଦ୍ଧି ଏହି ପ୍ରତ୍ୟାବପତ୍ରେ କୋନୋ ପ୍ରଯୋଗ ଆଓଇଲା କରା ଉଚିତ।
- ଆପନାର ପ୍ରତ୍ୟାବ ଗ୍ରହଣ କରା ହେବେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ମେଡିକେଲ ରିପୋର୍ଟ (ସେଥାନେ ପ୍ରୟୋଜା), ମେଡିକେଲ ଆନ୍ତରାଇଟିଂ ପ୍ରାଣ୍ତିର ଶର୍ତେ, ଏବଂ ବୀମା କରାରେ ଜୁରୁ ହେବେ କେବଳ ତଥନଇ ସଥିନ କୋମାନି ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିଯାମ ବାବଦ ଅର୍ଥ ଗ୍ରହଣ କରିବେ।
- ବାଦ ଦେଓଯା / ଅନ୍ତର୍ଭୁତ ଶର୍ତ୍ୟବାଲୀର ତାଲିକା ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପଲିସି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ବିବରଣ ଗୁଣି କେବଳ ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ ମାତ୍ର। ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ତାଲିକା ଓ ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣେ ଜନ୍ୟ ଦୟା କରେ ପଲିସିର ପ୍ରତିଟି ଶବ୍ଦବିବ୍ୟାସ ଖୁଟିଯେ ଦେଖେ ନିମ୍ନଲିଖିତ ଅନୁଚ୍ଛେଦ କରନ।

ଅନୁଚ୍ଛେଦ D: ପାରିବାରିକ ଚିକିତ୍ସକେର ସମ୍ପର୍କେ ବିଷ୍ଟାରିତ:

ନାମ:	ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର:
------	----------------

8. ଅର୍ଥପ୍ରଦାନେର ବିବରଣ

- ଅର୍ଥପ୍ରଦାନେର ବିବରଣ: ଅନୁଗ୍ରହ କରେ ଟିକ (/) ଦିନ ମୋଟ ପ୍ରିମିଯାମ ଅଙ୍କ (GST ସହ) (₹) _____ ନଗଦ ଚେକ/NEFT/DD ମାଧ୍ୟମେ ପେମେଟ କରାର ବିକଳ ଡିଜିଟାଲ ପେମେଟ
- ଦାରୀ/ରିଫାଈ ସରାସରି ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫାରେର ମାଧ୍ୟମେ ପାବାର ଜନ୍ୟ, ନିମ୍ନଲିଖିତ ତଥ୍ୟ ଦିନ: (ପ୍ରତ୍ୟାବପତ୍ରେ ସଙ୍ଗେ ଏକଟି ବାତିଲ କରା ଚେକ କରିବାର ପରିବର୍ତ୍ତନ କରନ)

ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ _____ ଶାଖା _____ ଶହର _____
ଆକାଉଟ୍ରେର ଧରଣ _____ ଆଇଏଫ୍‌ସ୍ କୋଡ _____ ଆଯାକାଉଟ୍ରେ ନମ୍ବର _____

ଘୋଷଣା:

"ଆମି/ଆମର ଏହି ମର୍ମେ ଘୋଷଣା ଓ ଅସ୍ତ୍ରୀକାର କରାରେ ଯେ ଉପରେ ଉଲ୍ଲେଖିତ ପଲିସିର ପ୍ରିମିଯାମ ବାବଦ ପ୍ରଦତ୍ତ ଅର୍ଥ ଆମାର/ଆମାଦେର ବୈଧ ଓ ଘୋଷିତ ଆୟୋର ଉତ୍ସ ଥିଲେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି।"

ଆପନି କି ପଲିସିର ଏକଟି ମୁଦ୍ରିତ କପି ପେତେ ଚାନ? ହୀଁ ନା

9. ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ ବୀମା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ତଥ୍ୟ

ଆପନି କି ଚାନ ଏହି ପଲିସି ଏକଟି eIA (ଇ-ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ଆକାଉଟ୍ରେ) ଅୟାକାଉଟ୍ରେ କ୍ରେଡିଟ ହେବେ? (ସେ କୋନୋ ଏକଟି ନିର୍ବାଚନ କରନ)

ନା, ଆମର କୋନୋ eIA ନେଇ ଏବଂ ଆମି ନତୁନ ଏକଟି ଖୁଲାତେ ଚାଇ ନା ହୀଁ, ଏହି ପଲିସିଟି ଆମର ଇ-ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ଆକାଉଟ୍ରେ କ୍ରେଡିଟ କରନ

ଯଦି ହୀଁ ହେବେ, ଅନୁଗ୍ରହ କରେ ବିଦ୍ୟାରନ ଇ-ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ଆକାଉଟ୍ରେର ନମିଟ୍ଟେ

ମେସାର୍ ପ୍ରୋଟିଯାନ ଇଂଗ୍ରେସ ଟେକନୋଲୋଜିସ ଲିମିଟେଡ ମେସାର୍ କାର୍ଡି ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ରିପୋଜିଟିର ଲିମିଟେଡ

ମେସାର୍ ସେନ୍ଟ୍ରାଲ ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ରିପୋଜିଟିର ଲିମିଟେଡ ମେସାର୍ କ୍ୟାମ୍‌ସ ରିପୋଜିଟିର ସାର୍ଭିସେସ ଲିମିଟେଡ

ମେସାର୍ ଏସ-ଏଇସିଆଇ-ଏଲ ପ୍ରେଜେସ୍‌ଟ୍ସ ଲିମିଟେଡ (ଅନୁଗ୍ରହ କରେ ସେ କୋନୋ ଏକଟି ନିର୍ବାଚନ କରନ) ଅର୍ଥବିତ୍ତୀ

ଆମର ବିଦ୍ୟମାନ କୋନୋ ଇ-ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ଆକାଉଟ୍ରେନ୍ ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ଆକାଉଟ୍ରେନ୍ ଖୁଲାତେ ଆଗ୍ରହୀ (ଅନୁଗ୍ରହ କରେ ଇ-ଇନ୍‌ସିଓରେଲ ଆକାଉଟ୍ରେନ୍ ଖୋଲାର ଫର୍ମ ସହ ପ୍ରାସିକ ନଥିପତ୍ର ଜମା ଦିନ)

ଆମର CKYC ନମ୍ବର (ସେନ୍ଟ୍ରାଲ ନେ ଇଯୋର କାସ୍ଟମାର ରେଜିସ୍ଟ୍ରେସନ୍ ନମ୍ବର) ହଲୋ (ସିଦ୍ଧି ଥାଇଲେ):

ପ୍ରତିନିଧିର ବିଷ୍ଟାରିତ ବିବରଣ (ଶୁଦ୍ଧମାତ୍ର ଯଦି eIA ପ୍ରତ୍ୟାବକାରୀ ଓ ମୂଳ ବୀମାକୃତ ସ୍ଵକ୍ଷିତି ଛାଡ଼ା ଅନ୍ୟ କାରା ଓ ଜନ୍ୟ ଖୋଲା ହେବେ):

ପ୍ରଥମ ନାମ	ମଧ୍ୟ ନାମ	ଶେଷ ନାମ		
ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ <input type="checkbox"/> ମହିଳା <input type="checkbox"/> ଏଦେର କୋନଟାଇ ନାହିଁ	ଜନ୍ମତାର ତାରିଖ*	D D M M Y Y Y Y Y Y	ପ୍ରୟୋଗ ନମ୍ବର
ଠିକାନା ଲାଇନ 1				
ଠିକାନା ଲାଇନ 2				
ଠିକାନା ଲାଇନ 3				
ପିନ କୋଡ				
ସମ୍ପର୍କ				
ଇଉଟ୍‌ଆଇଡି				
ଶହର				
ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର				
ମୋବାଇଲ ନମ୍ବର				
ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ନମ୍ବର				
ଲ୍ୟାନ୍‌ଡର୍				
ଲ୍ୟାନ୍‌ଡର୍				

আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল - প্রপোজাল ফর্ম



10. ঘোষণাসমূহ

1. ঘোষণা

- i) আমি এই মর্মে নিজের পক্ষ থেকে এবং বীমাকৃত হওয়ার জন্য প্রস্তাবিত সকলের পক্ষ থেকে ঘোষণা করছি যে উপরোক্ত বিবৃতি, উত্তর এবং/অথবা তথ্যসমূহ আমার জ্ঞান অনুযায়ী সর্বতোভাবে সঠিক ও সম্পূর্ণ এবং আমি অন্যদের পক্ষ থেকে প্রস্তাব দেওয়ার জন্য অনুমোদিত।
- ii) আমি বুঝতে পারছি যে আমার দেওয়া তথ্য বীমা পলিসির ভিত্তি হবে, এটি বীমাদাতার বোর্ড অনুমোদিত আভাররাইটিং নীতির অধীন রয়েছে, এবং প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থপ্রদান না হওয়া পর্যন্ত পলিসি কার্যকর হবে না।
- iii) আমি আরও ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবপত্র জামা দেওয়ার পর থেকে কোম্পানির পক্ষ থেকে ঝুঁকি গ্রহণের অনুমোদন জানানো পর্যন্ত সময়ের মধ্যে প্রস্তাবকারীর বা বীমাকৃত ব্যক্তির পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্যে কোনো পরিবর্তন হলে আমি তা লিখিতভাবে জানাব।
- iv) আমি ঘোষণা করছি যে আমার অনুমতিক্রমে কোম্পানি বীমাকৃত ব্যক্তি/প্রস্তাবকারীর শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের বিষয়ে যে কোনো সময় কোনো চিকিৎসক বা হাসপাতাল অথবা অতীত বা বর্তমান নিয়োগকর্তার কাছ থেকে চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য সংগ্রহ করতে এবং যে কোনো বীমা কোম্পানি, যাদের কাছে বীমার জন্য আবেদন করা হয়েছে, তাদের কাছ থেকেও আভাররাইটিং এবং/অথবা দাবির নিষ্পত্তির জন্য প্রযোজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।
- v) আমার প্রস্তাবপত্রের তথ্য, বীমাকৃত ব্যক্তি/প্রস্তাবকারীর মেডিকেল রেকর্ডসহ, কেবলমাত্র আভাররাইটিং এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির উদ্দেশ্যে এবং যে কোনো সরকারি এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের সঙ্গে ভাগ করে নেবার বিষয়ে আমি কোম্পানিকে অনুমতি দিচ্ছি।

তারিখ: DD/MM/YYYY

স্থান: _____

প্রস্তাবকারীর নাম: _____

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

2. ইলেক্ট্রনিক পলিসি ইস্যু ও পরিষেবা সংক্রান্ত ঘোষণাহোগের 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 মেরাইল নথরে এসএমএসের মাধ্যমে পাঠানো যেতে পারে।

আমি এই মর্মে সম্মতি দিচ্ছি যে আমার সাথে প্রযোজ্য আইনানুগ সময়সীমায় বিভিন্ন সময়ে কোম্পানির প্রস্তাবিত বা বিদ্যমান নীতির ক্ষেত্রে স্বাগত কল, পরিষেবা কল বা অন্য যে কোনো ধরনের ঘোষণাগুলি (ইলেক্ট্রনিক বা অন্য যে কোনো মাধ্যমে) করা যেতে পারে।

আমি আমার হোয়ার্টসঅ্যাপ নথরে পলিসি সংক্রান্ত সমস্ত বার্তা পেতে আগ্রহী।

হোয়ার্টসঅ্যাপ নথর: _____

তারিখ:

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

স্থান: _____

প্রস্তাবকারীর নাম: _____

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

3. আঞ্চলিক ভাষা বিষয়ক ঘোষণা

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবপত্র ও ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড থেকে স্বাস্থ্য বীমা গ্রহণের জন্য প্রযোজনীয় 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 সম্পর্ক _____

ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর: _____

স্বানীয় ভাষায় প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: _____

তারিখ:

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

4. মধ্যস্থতাকারীর ঘোষণা

আমি, _____ (পুরো নাম), একজন বীমা উপদেষ্টা/কর্পোরেট এজেন্টের নির্দিষ্ট ব্যক্তি/ব্রোকারের অনুমোদিত কর্মচারী/রিলেশনশিপ অফিসার হিসেবে এই মর্মে ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রস্তাবপত্রের সমস্ত বিষয়বস্তু, প্রস্তাবপত্রের প্রয়োজনীয় অন্যান্য সমস্ত নথিপত্র প্রস্তাবকের বোধগম্য ভাষায় 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/কর্পোরেট এজেন্ট/ব্রোকার/রিলেশনশিপ অফিসার):

তারিখ:

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

বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর: _____

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

তারিখ:

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

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 এটিকে সঠিক মনে করেছি।

তারিখ:

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

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল - প্রপোজাল ফর্ম



6. অর্থপাচার প্রতিরোধ নির্দেশিকা

1. 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, ভারতে অর্থ পাচার প্রতিরোধ আইনের প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে পরিচালিত যে কোনো আইনের অধীনে, যদি আমি/আমরা যে কোনো উপযুক্ত আদানত কর্তৃক দোষী সাব্যস্ত হই, তাহলে কোম্পানির পক্ষে তহবিলের উৎস ঘাটাইয়ের জন্য নথিপত্র ঢাওয়ার এবং বীমা পলিসি বাতিল করার অধিকার রয়েছে।

তারিখ: D D M M Y Y Y

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর:

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

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

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

2. অতিরিক্ত তথ্যবলী:

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

3. সংস্থার ধরণ (যদি প্রস্তাবক একটি সংস্থা হয়): (যেখানে কোনও সংস্থা প্রস্তাবক হয় সেখানে প্রযোজ্য।) প্রস্তাবক যদি ব্যক্তি, একক সত্ত্বাধিকারী বা হিন্দু অবিভক্ত পরিবার হন, তাহলে অনুগ্রহ করে বিকল্প X নির্বাচন করুন)

(I) কর্পোরেশন (ii) ট্রাস্ট (iii) সরকার (iv) পার্টনারশিপ/এলএলপি (v) বেসরকারি সংস্থা (NGO)
(vi) সমবায় (vii) সমিতি (viii) প্রাইভেটলিমিটেড কোম্পানি (ix) পাবলিক লিমিটেড কোম্পানি (x) অন্যান্য (উল্লেখ করুন) -----

4. প্রিমিয়াম প্রদানের অর্থের উৎস:

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

7. অক্ষমতা ঘোষণা

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে 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 ব্যুঝেছেন এবং তাঁর প্রদত্ত তথ্য অনুযায়ী উত্তর রেকর্ড করা হয়েছে। উত্তরগুলোও ব্যাখ্যা করা হয়েছে। প্রস্তাবক সেগুলি সম্পূর্ণরূপে ব্যুঝেছেন এবং অনুমোদন করেছেন।

নাম _____

স্বাক্ষর _____

তারিখ: _____

11. সাধারণ তথ্য

1. সতর্কীকরণ

আপনির উপর বাধ্যবাধকতা রয়েছে যে আপনি নিজের এবং প্রস্তাবিত বীমাকৃত প্রত্যেক ব্যক্তির ঝুঁকি সম্পর্কিত সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য আমাদের কাছে সম্পূর্ণ এবং সঠিকভাবে প্রকাশ করবেন। এগুলি আমাদের সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করে যে আমরা পলিসি ইস্যু করব কিনা এবং করলে কোন শর্তে করব। আমাদের কাছে তথ্য পোগন 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 করুন। যদি এই প্রকাশের বাধ্যবাধকতা লঙ্ঘিত হয়, তবে পলিসিটি বাধ্যবাধকতা লঙ্ঘিত হয়ে পারে।

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

1. কোনো ব্যক্তি ভারতে সরাসরি বা পরোক্ষভাবে কোনো ব্যক্তিকে জীবন বা সম্পত্তি সম্পর্কিত কোনো ঝুঁকির বীমা গ্রহণ/নবীকরণ/চালিয়ে যাওয়ার জন্য প্রোচেনার 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 প্রসপেক্টস বা বীমাকারীর সারণিতে অনুমোদিত ছাড় ব্যক্তিত অন্য কোনো প্রকার ছাড় গ্রহণ করতে পারবেন না।
2. যদি কোনো ব্যক্তি উপরে বর্ণিত (1) উপ-নিয়ম লঙ্ঘন করেন, তবে তিনি সর্বোচ্চ দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানা দেবার জন্য দায়ী থাকবেন।

প্রাপ্তিশীকার

প্রপোজাল নং _____

তারিখ: D D M M Y Y

এর মাধ্যমে টাকা পেয়েছি,

আমরা কৃতজ্ঞতা সঙ্গে স্বীকার 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 শর্তবলীর অধীন হবে। তবে সম্পূর্ণ ও সময়মতো প্রিমিয়াম না পেলে বা টাকা পাওয়া না গেলে আমাদের কোনো দায় থাকবে না।

গ্রহণকারীর স্বাক্ষর ও অফিস সিলমোহর:

ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড (পূর্বতন ম্যাগমা এইচডিআই জেনারেল ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড) | www.magmaininsurance.com | ইমেল: customercare@magmainsurance.com | টেল ফ্রি: 1800 266 3202 | রেজিস্টার্ড অফিস: ইকুইন্স বিজেনেস পার্ক, টাওয়ার 3, আম্বেদকর নগর, প্রতিয়ী তলা, ইউনিট নম্বর 1 বি এবং 2 বি, এলবিএস মার্গ, কুরলা (পাস্টম), মুম্বাই - 400070, মহারাষ্ট্র, ভারত | CIN: U66000MH2009PLC460693 | আইআরডিএআই রেজি. নং 149 | আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল। প্রোডাক্ট ইউআইএন: MAGHLIP2017V011920। উপরে প্রদর্শিত ট্রেড লোগো ম্যাগমা ডেক্সারস প্রাইভেট লিমিটেডের মালিকানাধীন এবং ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড কর্তৃক লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহৃত। | আমাদের ওয়েবসাইট MIRA-র সাথে চ্যাট করুন অথবা 7208976789 (হোয়াট্সঅ্যাপ) নম্বরে 'Hi' পাঠান। | PFAS.ver06.08.25 |