

# আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল - প্রপোজাল ফর্ম



প্রপোজাল নং \_\_\_\_\_

<b>1. শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য</b>			
শাখার নাম		শাখার কোড	
ইন্টারমিডিয়েরির নাম		ইন্টারমিডিয়েরি 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			
<b>ফর্ম পূরণের নির্দেশিকা (প্রপোজারকে পূরণ করতে হবে)</b>			
<p>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 প্রাসঙ্গিক তথ্য আপনাকে প্রকাশ করতে হবে, যা পলিসি ইস্যু করা প্রসঙ্গে আমাদের সিদ্ধান্ত বা এর মূল্য, 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।</p> <p>যদি অনুরোধ অনুসারে বা অন্যথায় প্রয়োজনীয় তথ্য দেওয়ার জন্য পর্যাপ্ত জায়গা না থাকে, তাহলে আলাদা পাতা সংযুক্ত করুন। যদি কোনো রকম সন্দেহ থাকে, তাহলে আমাদের কোম্পানির প্রতিনিধি বা আপনার বীমা পরামর্শদাতার সাহায্য 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 চেক-আপ সম্পন্ন না হয় বা প্রস্তাব গৃহীত না হয়, তাহলে সেক্ষেত্রে আমরা কোনো অর্থ প্রদানের জন্য দায়বদ্ধ থাকব না।</p> <p><b>*চিহ্নিত সব শূন্যস্থান/বিবরণ পূরণ করা বাধ্যতামূলক।</b></p>			
<b>2. প্রপোজারের বিবরণ</b>			
অনুগ্রহ করে নিচের এবং বীমার আওতায় প্রস্তাবিত প্রতিটি ব্যক্তির জন্য এই ফর্মটি বড় অক্ষরে পূরণ করুন।			
প্রপোজারের নাম*	(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* 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*	<input type="checkbox"/> >25,00,000		
ল্যান্ডমার্ক			
শহর:	রাজ্য:	পিন কোড:	
ফোন নম্বর STD কোড	ল্যান্ডলাইন নম্বর	মোবাইল নম্বর*	
স্থায়ী ঠিকানা			
ল্যান্ডমার্ক			
শহর:	রাজ্য:	পিন কোড:	
ফোন নম্বর STD কোড	মোবাইল নম্বর*		
ইমেল আইডি			
আপনি কি ম্যাগমার কর্মী? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ হলে, কর্মচারী কোড: ..... <input type="checkbox"/> না   আপনার কি ম্যাগমা এইচডিআই ছাড়াও অন্য কোনো পলিসি আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ হলে, পলিসি নম্বর : ..... <input type="checkbox"/> না			
আপনি কি কেবল ইমেলের মাধ্যমে পলিসিতে যা লেখা আছে ও অন্যান্য নথি পেতে চান? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
আবাসিক স্থিতি <input type="checkbox"/> আবাসিক ভারতীয় <input type="checkbox"/> অনাবাসী ভারতীয় <input type="checkbox"/> বিদেশী নাগরিক <input type="checkbox"/> ভারতীয় বংশোদ্ভূত ব্যক্তি			
আপনার কোনো প্রতিবন্ধকতা থাকলে অনুগ্রহ করে নিচের বিবরণগুলি দিন, যা আমাদের আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিষেবা দিতে সক্ষম করবে।			
প্রতিবন্ধকতার ধরন _____ প্রতিবন্ধকতার শতাংশ _____			
প্যান নং* _____ আধার নম্বর _____			
আইডি প্রমাণপত্রের ধরণ* <input type="checkbox"/> প্যান কার্ড <input type="checkbox"/> পাসপোর্ট <input type="checkbox"/> ভোটার আইডি কার্ড <input type="checkbox"/> ড্রাইভিং লাইসেন্স <input type="checkbox"/> আধার কার্ড <input type="checkbox"/> 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, অনাবাসী ভারতীয় এবং ভারতীয় বংশোদ্ভূত ব্যক্তির ক্ষেত্রে মন্যতাপ্রাপ্ত 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। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
<b>3. প্রাণের বিবরণ*</b>			
পলিসির ধরন	<input type="checkbox"/> একক ব্যক্তি	<input type="checkbox"/> ফ্যামিলি ফ্লোটার	
	ফ্যামিলি ফ্লোটার* হলে বীমার অধীন ব্যক্তি(দের) সংখ্যা: _____ (* - সর্বাধিক 4 জন প্রাপ্তবয়স্ক এবং 3 জন শিশু)		
বীমার অঙ্ক	<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
বীমার মেয়াদ	<input type="checkbox"/> অর্ধবার্ষিক কিস্তি		
<b>4. বীমার আওতায় আনা ব্যক্তিদের বিবরণ</b>			
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
শিরোনাম			
নাম*	(প্রথম নাম)	(মধ্য নাম)	(শেষ নাম)
লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/এদের কোনটাই নয়)			
উচ্চতা* (সেমি)			
ওজন* (কেজি)			
চোখের রিক্রাস্টিভ এর ইনডেক্স (বাম ও ডান চোখ)			
জন্মতারিখ* (DD/MM/YYYY)			
প্রপোজারের সঙ্গে সম্পর্ক*			
পেশা (বেতনভুক্ত/স্বনিযুক্ত/পেশাদার/অন্যান্য)			
আম্বুদ্বন্দ্ব ভারত হেলথ অ্যাকাউন্ট (ABHA) "আমি/আমরা কোম্পানিকে আমার/আমাদের এবিএইচএ (ABHA) সংশ্লিষ্ট মেডিক্যাল রেকর্ড যাচাই ও সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি।"	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

# আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল - প্রপোজাল ফর্ম



যদি হ্যাঁ হয়, এবিএইচএ (ABHA) নম্বর লিখুন যদি না হয়, আপনার এবিএইচএ (ABHA) নম্বর তৈরি করুন <a href="https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index">https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index</a>							
আপনি কতদিন ধরে নিরবচ্ছিন্ন ভাবে বীমার অধীন রয়েছেন? DD MM YYYY উপরোক্ত তারিখটিকে নিশ্চয়তা দেবার জন্য দয়া করে প্রাসঙ্গিক পলিসি কপিগুলি জমা দিন।							

## 5. মনোনয়ন

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

নমিনির নাম	প্রথম	মধ্য	শেষ
প্রপোজারের সাথে সম্পর্ক		জন্মতারিখ	DD MM YY YY
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 ব্যাঙ্ক সংক্রান্ত বিবরণ

a) অ্যাকাউন্ট ধারক(দের) নাম (ব্যাঙ্ক রেকর্ডে ঠিক যেমনটা রয়েছে)	
b) ব্যাঙ্কের নাম	f) অ্যাকাউন্টের ধরন
c) ব্যাঙ্ক শাখার নাম	g) অ্যাকাউন্ট নম্বর
d) ঠিকানা	h) আইএফএসসি কোড
e) শাখার শহর	i) 9 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

প্রপোজার বা প্রস্তাবিত ব্যক্তির কি ইতোমধ্যেই ম্যাগমা 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? DD MM YY YY

বীমার অধীন ব্যক্তির নাম (প্রথম, মধ্য, শেষ)	বীমা কোম্পানির নাম	যোগাদানের 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" পূরণ 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।

## 7. মেডিক্যাল এবং জীবনধারা সম্পর্কিত তথ্য\*

অনুচ্ছেদ A: বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি কখনও নিম্নলিখিত রোগে ভুগেছেন/বর্তমানে ভুগছেন? প্রযোজ্য ক্ষেত্রে বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য "হ্যাঁ" চিহ্ন দিন এবং অনুচ্ছেদ B-তে বিস্তারিত লিখুন।	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 (হ্যাঁ/না)							
a) স্থায়ীত্বকাল							
b) ওষুধ							
c) মাত্রা							
2. ডায়াবেটিস মেলিটাসের ইতিহাস (হ্যাঁ/না)							
a) টাইপ 1 অথবা টাইপ 2							
b) স্থায়ীত্বকাল							
c) ওষুধ							
d) মাত্রা							

3. হৃদযন্ত্র ও রক্ত সঞ্চালনজনিত অবস্থা/ব্যাধি: বৃকযাথা, এনজাইনা, উচ্চমাত্রার কোলেস্টেরল/লিপিডস, হৃৎকম্পণ, কনজেস্টিভ হার্ট ফেইলিওর, করোনারি আর্টারি ডিজিজ, হার্ট অ্যাটাক, বাইপাস সার্জারি/অ্যাক্সিওপ্লাস্টিক, ভালভ জনিত সমস্যা/প্রতিস্থাপন, পেসমেকার প্রতিস্থাপন, রিউম্যাটিক জ্বর, জন্মগত হৃদরোগ, ভেরিকোজ ভেইন, থ্রম্বোসিস, রক্তসংক্রান্ত ব্যাধি ইত্যাদি?	হ্যাঁ / না	বীমার অধীন ব্যক্তির নং
4. মূত্রতন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: প্রস্রাবের সাথে রক্ত নিঃসরণ, ঘন ঘন প্রস্রাব, ব্যথামূত্র/কষ্টসাধ্য প্রস্রাব, কিডনি এবং/অথবা মূত্রথলির সংক্রমণ, মূত্রতন্ত্রে পাথর, কিডনির ব্যর্থতা, ডায়ালিসিস অথবা অন্য কোনো কিডনি/মূত্রতন্ত্র বা প্রোস্টেটের রোগ?		
5. পেশী ও অস্থিসন্ধি সংক্রান্ত অবস্থা/ব্যাধি: অস্থিসন্ধি/পিঠে ব্যথা, আর্থ্রাইটিস, স্পন্ডাইলোসিস, জয়েন্ট প্রতিস্থাপন অথবা পেশী/হাড়/জয়েন্ট/লিগামেন্ট, টেন্ডন বা ডিস্ক সম্পর্কিত অন্য কোনো ব্যাধি, গের্টেবাত, হার্নিয়েটেড ডিস্ক, অস্কেড/নকল পা?		
6. শ্বাসযন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: শ্বাসকষ্ট/শ্বাস নিতে অসুবিধা, যক্ষ্মা, হাঁপানি, ব্রঙ্কাইটিস, ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD), দীর্ঘস্থায়ী কাশি, রক্তসহ কাশি ইত্যাদি অথবা অন্য কোনো ফুসফুস/শ্বাসযন্ত্রের রোগ?		
7. পরিপাকতন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: জন্ডিস, দীর্ঘস্থায়ী উদরাময়, অন্ত্র থেকে রক্তপাত/সমস্যা/পলিপ, অগ্ন্যাশয়, লিভার বা পিত্তথলির রোগ, হেপাটাইটিস A/B/C/অন্যান্য, জন্ডিস, সিরোসিস, অকারণ ওজন বৃদ্ধি বা হ্রাস, খাদ্যগ্রহণজনিত ব্যাধি অথবা অন্য কোনো গ্যাস্ট্রো ইন্টেস্টাইনাল অবস্থা?		
8. ক্যান্সার/টিউমার: বিনাইন বা ম্যালিগন্যান্ট টিউমার, যে কোনো বৃদ্ধি/সিস্ট, যে কোনো ক্যান্সার?		
9. মস্তিষ্ক/স্নায়ুতন্ত্র/মনোরোগ সংক্রান্ত অবস্থা/ব্যাধি: স্ত্রান হারানো, অচেতন হয়ে যাওয়া, মাথা ঘোরা, অবশভাব/ঝাঁঝি ধরা, দুর্বলতা, পক্ষাঘাত, মাথাব্যথা, মাইগ্রেন বা দীর্ঘস্থায়ী তীব্র মাথাব্যথা, স্লিপ অ্যাপনিয়া, মাল্টিপল স্ক্লেরোসিস, থ্রিচুনি/মৃগী অথবা অন্য কোনো মস্তিষ্ক/স্নায়ুতন্ত্রের রোগ, মানসিক/মনোরোগজনিত ব্যাধি?		
10. নারী প্রজননতন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: পেলভিক অংশে ব্যথা, অস্বাভাবিক মাসিক রক্তস্রাব, অস্বাভাবিক প্যাপ স্মিয়ার, এন্ডোমেট্রিওসিস, ফাইব্রয়েড, সিস্ট/ফাইব্রোএডেনোমা, রক্তক্ষরণজনিত অস্বাভাবিকতা, পেলভিক সংক্রমণ অথবা অন্য কোনো স্ত্রীরোগ/স্তনের অভ্যন্তরে সিস্ট/ডেলা/টিউমার?		
11. বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত কোনো নারী কি গর্ভবতী, গৃহস্থালী গর্ভধারণ পরীক্ষায় পজিটিভ হয়েছেন, অথবা দত্তক বা সারোগেসির প্রক্রিয়ায় আছেন?		
12. বিপাক ও অন্তঃপ্রাণ তন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: অ্যাড্রিনাল/পিটুইটারি সম্পর্কিত ব্যাধি, লুপাস, স্কেলরোডার্মা, থাইরয়েড ব্যাধি, যে কোনো অটোইমিউন/জেনেটিক ব্যাধি?		

# আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল - প্রপোজাল ফর্ম



	হ্যাঁ / না	বীমার অধীন ব্যক্তির নং
13. বীমা করাতে প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি কোনো দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদি চিকিৎসাজনিত সমস্যা ভুগছেন, অথবা তাঁর অন্য কোনো অক্ষমতা, অস্বাভাবিকতা, পুনরাবৃত্ত অসুস্থতা বা আঘাত আছে, অথবা তিনি কি স্বাভাবিক কাজকর্ম করতে অক্ষম?		
14. বীমা করাতে প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি তামাকজাত দ্রব্য/সিগারেট ব্যবহার করেন অথবা মদ্যপান করেন?		
15. বীমা করাতে প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি বন্ধ্যাত্বজনিত কোনো অসুস্থতা ভুগছেন?		
16. বীমা করাতে প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি কোনো রোগ বা উপসর্গ/কোনো মনোরোগজনিত অবস্থার জন্য কোনো চিকিৎসক বা স্বাস্থ্যসেবা 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 বা ব্যক্তির কি এই বীমা আচ্ছাদনের জন্য প্রস্তাব করার আগে নিম্নলিখিত কোনো গুরুতর অসুখে আক্রান্ত হয়েছেন বা অস্ত্রোপচার করেছেন - ক্যান্সার, হার্ট অ্যাটাক, করোনারি আর্টারি বাইপাস গ্রাফট, হৃদযন্ত্রের ভালভ প্রতিস্থাপন/মেরামতি, কোমা, কিডনি ফেলিওর, স্ট্রোক, যে কোনো ট্রান্সপ্লান্ট, পক্ষাঘাত, মাল্টিপল স্কেলারোসিস, মোটর নিউরন ডিজিজ বা এইচআইভি/এইডস?		

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 নম্বর	অসুস্থতার 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:

- এই প্রস্তাবপত্রে অথবা আপনার দ্বারা বা আপনার পক্ষে জমা দেওয়া যে কোনো সম্পূর্ণ তথ্য বা নথিতে প্রদত্ত তথ্যের সাপেক্ষে আমাদের বীমা দেওয়ার সিদ্ধান্ত এবং কোন শর্তে তা দেওয়া হবে, তা প্রভাবিত হবে। তদুপরি, আমরা যে কোনো পলিসি ইস্যু করব, তা আপনার দেওয়া তথ্যের ভিত্তিতেই হবে। সুতরাং, আপনার উত্তর সর্বতোভাবে সম্পূর্ণ ও সঠিক হওয়া জরুরি।
- এই প্রস্তাবপত্রের প্রমণগুলি নির্দেশক মাত্র, সবকিছু এর মধ্যে দেওয়া নেই। আপনাকে বীমার ঝুঁকির সাথে সম্পর্কিত যাবতীয় তথ্য আমাদের দিতে হবে, এমনকি তা যদি এই প্রস্তাবপত্রের কোনো প্রমের আওতায় না আসে, তাহলেও। কোন তথ্য দেওয়া উচিত তা নিয়ে যদি আপনার সন্দেহ থাকে, তবে আপনার বীমা পরামর্শদাতা/কোম্পানির সঙ্গে আলোচনা করা উচিত।
- আপনার প্রস্তাব গ্রহণ করা হবে সম্পূর্ণ মেডিকেল রিপোর্ট (যেখানে প্রযোজ্য), মেডিকেল আন্ডাররাইটিং প্রাপ্তির শর্তে, এবং বীমা কভারেজ শুরু হবে কেবল তখনই যখন কোম্পানি সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম বাবদ অর্থ গ্রহণ করবে।
- 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:
------	----------------

## ৪. অর্থপ্রদানের বিবরণ

- অর্থপ্রদানের বিবরণ: অনুগ্রহ করে টিক (✓) দিন মোট প্রিমিয়াম অঙ্ক (GST সহ) (₹) \_\_\_\_\_ ☐ নগদ ☐ চেক/NEFT/DD মাধ্যমে পেমেন্ট করার বিকল্প ☐ ডিজিটাল পেমেন্ট চেক/NEFT/DD নম্বর \_\_\_\_\_ চেক/NEFT/DD তারিখ \_\_\_\_\_ ব্যাঙ্ক \_\_\_\_\_
- দাবী/রিফান্ড সরাসরি ব্যাঙ্ক ট্রান্সফারের মাধ্যমে পাবার জন্য, নিম্নলিখিত তথ্য দিন: (প্রস্তাবপত্রের সঙ্গে একটি বাতিল করা চেক সংযুক্ত করুন)  
ব্যাঙ্কের নাম \_\_\_\_\_ শাখা \_\_\_\_\_ শহর \_\_\_\_\_  
অ্যাকাউন্টের ধরণ \_\_\_\_\_ আইএফএস কোড \_\_\_\_\_ অ্যাকাউন্ট নম্বর \_\_\_\_\_

## ঘোষণা:

“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 হয়েছে।”

আপনি কি পলিসির একটি মুদ্রিত কপি পেতে চান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

## ৯. ইলেকট্রনিক বীমা সংক্রান্ত তথ্য

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

☐ না, আমার কোনো eIA নেই এবং আমি নতুন একটি খুলতেও চাই না ☐ হ্যাঁ, এই পলিসিটি আমার ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট করুন

যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিদ্যমান ই-ইনসিওরেন্স অ্যাকাউন্ট নম্বর দিন \_\_\_\_\_

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

☐ মেসার্স প্রোট্যান ইগড টেকনোলজিস লিমিটেড ☐ মেসার্স কার্ভি 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 নম্বর (সেন্ট্রাল নো ইয়োর কাষ্টমার রেজিস্ট্রি নম্বর) হলো (যদি থাকে): \_\_\_\_\_

## প্রতিনিধির বিস্তারিত বিবরণ (শুধুমাত্র যদি eIA প্রস্তাবকারী 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* <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	প্যান নং <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																					
ঠিকানা লাইন 1 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
ঠিকানা লাইন 2 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
ঠিকানা লাইন 3 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
পিন কোড <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							টেলিফোন নম্বর <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											মোবাইল নম্বর <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
সম্পর্ক _____	অন্যান্য সম্পর্ক _____	ইমেল আইডি _____																										
ইউআইডি _____	ল্যান্ডমার্ক _____	রাজ্য _____																										
শহর _____	দেশ _____																											

# আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল - প্রপোজাল ফর্ম



## 10. ঘোষণাসমূহ

### 1. ঘোষণা

- 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।
- আমি বুঝতে পারছি যে আমার দেওয়া তথ্য বীমা পলিসির ভিত্তি হবে, এটি বীমাদাতার বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতির অধীন রয়েছে, এবং প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থপ্রদান না হওয়া পর্যন্ত পলিসি কার্যকর হবে না।
- আমি আরও ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবপত্র জমা দেওয়ার পর থেকে কোম্পানির পক্ষ থেকে ঝুঁকি গ্রহণের অনুমোদন জানানো পর্যন্ত সময়ের মধ্যে প্রস্তাবকারীর বা বীমাকৃত ব্যক্তির পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্য কোনো পরিবর্তন হলে আমি তা লিখিতভাবে জানানো।
- 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 আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা দাবির নিষ্পত্তির জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।
- আমার প্রস্তাবপত্রের তথ্য, বীমাকৃত ব্যক্তি/প্রস্তাবকারীর মেডিকেল রেকর্ডসহ, কেবলমাত্র আন্ডাররাইটিং 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. ইলেকট্রনিক পলিসি ইস্যু ও পরিষেবা সংক্রান্ত যোগাযোগের 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 ও ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড ("কোম্পানি")-কে অনুমতি দিচ্ছি যে আমার সাথে প্রযোজ্য আইনানুগ সময়সীমায় বিভিন্ন সময়ে কোম্পানির প্রস্তাবিত বা বিদ্যমান নীতির ক্ষেত্রে স্বাগত কল, পরিষেবা কল বা অন্য যে কোনো ধরনের যোগাযোগ (ইলেকট্রনিক বা অন্য যে কোনো মাধ্যমে) করা যেতে পারে।

আমি আমার হোয়াটসঅ্যাপ নম্বরে পলিসি সংক্রান্ত সমস্ত বার্তা পেতে আগ্রহী।

হোয়াটসঅ্যাপ নম্বর: \_\_\_\_\_

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 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: \_\_\_\_\_

স্থানীয় 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 প্রণয়নকারীর 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/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 প্রস্তাবিত চুক্তির তাৎপর্য সম্পূর্ণরূপে বুঝেছি। প্রস্তাবপত্রটি \_\_\_\_\_ দ্বারা আমার নির্দেশনায় পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটিকে সঠিক মনে করছি।

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 আদালত কর্তৃক দোষী সাব্যস্ত হই, তাহলে কোম্পানির পক্ষে তহবিলের উৎস যাচাইয়ের জন্য নথিপত্র চাওয়ার এবং বীমা পলিসি বাতিল করার অধিকার রয়েছে।

তারিখ:

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

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

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

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

## 2. অতিরিক্ত তথ্যাবলী:

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) প্রাইভেট লিমিটেড 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 বুঝেছেন এবং তাঁর প্রদত্ত তথ্য অনুযায়ী উত্তর রেকর্ড করা হয়েছে। উত্তরগুলোও ব্যাখ্যা করা হয়েছে, প্রস্তাবক সেগুলি সম্পূর্ণরূপে বুঝেছেন এবং অনুমোদন করেছেন।

নাম \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

## 11. সাধারণ তথ্য

### 1. সতর্কীকরণ

আপনার 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 কি না এবং করলে কোন শর্তে 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 করুন। যদি এই প্রকাশের বাধ্যবাধকতা লঙ্ঘিত হয়, তবে পলিসিটি বাতিল বলে গণ্য হতে 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 প্ররোচনার 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 সারনিতে অনুমোদিত ছাড় ব্যতীত 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।

## প্রাপ্তিস্বীকার

প্রপোজাল নং \_\_\_\_\_

তারিখ:

আমরা কৃতজ্ঞতার সঙ্গে স্বীকার করছি যে আমরা আপনার প্রপোজাল এবং নগদ/চেক/এনইএফটি/ডিম্যান্ড ড্রাফট/অন্যান্য \_\_\_\_\_ এর মাধ্যমে টাকা পেয়েছি, পরিমাণ (₹) \_\_\_\_\_, তারিখ \_\_\_\_\_, ব্যাঙ্ক \_\_\_\_\_ থেকে প্রাপ্ত।

আমাদের কাছে পূর্ণাঙ্গ 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 থাকবে না।

গ্রহণকারীর স্বাক্ষর ও অফিস সিলমোহর: \_\_\_\_\_

ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড (পূর্বতন ম্যাগমা এইচডিআই জেনারেল ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড) | [www.magmainsurance.com](http://www.magmainsurance.com) | ইমেল: [customercare@magmainsurance.com](mailto:customercare@magmainsurance.com) | টোল ফ্রি: 1800 266 3202 | রেজিস্টার্ড অফিস: ইকুইনক্স বিজনেস পার্ক, টাওয়ার 3, আশ্বদকর নগর, দ্বিতীয় তলা, ইউনিট নম্বর 1বি এবং 2বি, এলবিএস মার্গ, কুরলা (পশ্চিম), মুম্বাই - 400070, মহারাষ্ট্র, ভারত | CIN: U66000MH2009PLC460693 | আইআরডিএআই রেজি. নং 149 | আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসি, ম্যাগমা জিআইএল | প্রোডাক্ট ইউআইএন: MAGHLIP20172V011920। উপরে প্রদর্শিত ট্রেড লোগো ম্যাগমা ভেঞ্চারস 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। (PFAS.ver06.08.25)