

ডাবল সুরক্ষা প্রপোজাল ফর্ম

প্রপোজাল নং

১. শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য

শাখার নাম	শাখার কোড
ইন্টারমিডিয়ারির নাম	ইন্টারমিডিয়ারি কোড
সেলস চ্যানেলের ধরন	
প্রগোজাল প্রাপ্তির তারিখ	POSP হ'লে নিচের তথ্য দিন:- a) POSP সংশ্লিষ্ট প্র্যান কার্ড নম্বর: b) POSP সংশ্লিষ্ট আধার কার্ড নম্বর:

ফর্ম পূরণের নির্দেশিকা (প্রপোজারকে পূরণ করতে হবে)

অনুগ্রহ করে সব প্রশ্নের সম্পূর্ণ ও সঠিক উত্তর দিন। এই প্রোজেক্টটি 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 ইস্যু করা প্রস্তে আমাদের সিদ্ধান্ত বা এর মূল্য, শর্তবলী এবং বর্জনকে প্রভাবিত করতে পারে। যদি প্রোজেক্ট ফর্ম/ব্যক্তিগত ব্যবিত্তি, ঘোষণা বা সংরিষ্ট নথিতে কোনো ভুল বা অসত্য তথ্য, ভুল উপস্থপ্তাবনা বর্ণনা না দেওয়া বা গোপন করা হয়ে থাকে, অথবা প্রোজেক্টের বা তার হয়ে কাজ করা কেউ কোনো গুরুত্বপূর্ণ তথ্য গোপন রেখে থাকে, তাহলে আমাদের একান্ত বিবেচনার ভিত্তিতে পলিসিটি বাতিল হয়ে যাবে।

যদি অনুরোধ অনুসূরা 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 পরামর্শদাতার সহায় নিন। আমরা যদি বীমার প্রপেজাল গ্রহণ করি, তাহলে তা পলিসির শর্তাবলির অধীন থাকে এবং যদি সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম যথাসময়ে আমাদের কাছে জমা না পড়ে বা আদায় না হয়, কিংবা প্রি-পলিসি মেডিক্যাল চেক-আপ সম্পূর্ণ না হয় বা প্রস্তর গঠিত না হয়, তাহলে সেক্ষেত্রে আমরা কোনো অর্থ প্রদানের জন্য দায়বদ্ধ থাকবেন।

*চিহ্নিত সব শনাক্তান/বিবরণ পর্বণ কুরা বাধাত্বামলকু।

২. প্রপোজারের বিবরণ

আনগন কুবে নিজের এবং বীমাৰ আওতায় পক্ষাবিত প্রতিটি বাক্তিৰ জন্ম এই ফৰ্মটি বদ আক্ষৰে পৰণ কৰিব।

অনুমতি করার জন্য আমার আত্মচৰ্ত্তাৰ অভিযোগ আত্মচৰ্ত্তাৰ জন্য এবং কলাচ বড় অফিসে শুনা কৰিব।			
প্রপোজারের নাম* (শ্রী/শ্রীমতী/স্ত্রী/অন্যান্য)	(প্রথম নাম)	(মধ্য নাম)	(শেষ নাম)
বৈবাহিক অবস্থা	<input type="checkbox"/> অবিবাহিত <input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/> মহিলা	<input type="checkbox"/> এদের কোনটাই নয়
জাতীয়তা*	জন্মতারিখ* <input type="text"/> DDMMYYYY		
বৃত্তি	<input type="checkbox"/> বেতনভোগী	<input type="checkbox"/> স্বামীযুক্ত	<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 <input type="checkbox"/> >25,00,000
যোগাযোগের ঠিকানা*			
ল্যান্ডমার্ক			
শহর:	রাজ্য:	পিন কোড:	
ফোন নম্বর STD কোড	ল্যান্ডলাইন নম্বর	মোবাইল নম্বর*	ইমেল আইডি

স্থায়ী ঠিকানা _____
শহর: _____ ল্যান্ডমার্ক: _____ রাজ্য: _____ পিন কোড: _____
ফোন নম্বর STD কোড: _____ মোবাইল নম্বর*: _____

আপনি কি ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেডের কর্মচারী? হ্যাঁ না
 আপনাকির ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেডে অন্য কোনো পলিসি আছে? হ্যাঁ হলে, কর্মচারী আইডি:
 আবাসিক হিতি আবাসিক ভারতীয় অনাবাসী ভারতীয় বিদেশী নাগরিক ভারতীয় বংশোদ্ধৃত ব্যক্তি

আপনার কোনো প্রাতবন্ধকতা থাকলে অনুগ্রহ করে নিচের বিবরণগুলি দিন, যা আমাদের আপনাকে প্রয়োজন করবে।

প্রাত়োর্ধক্ষেত্র ধরণ	প্রাত়োর্ধক্ষেত্র ধরণ	প্রাত়োর্ধক্ষেত্র ধরণ
প্রাপ্ত নং	পাসপোর্ট নম্বর	ভোটার কার্ড নম্বর
ভ্রাইটিং লাইসেন্স নম্বর	আধাৰ নম্বৰ	CYK নম্বৰ
KYC জ্ঞান দেবৰ উদ্দেশ্যে অনুগ্রহ কৰে পৰিচয়পত্ৰ ও ঠিকানার প্ৰমাণপত্ৰ দিন। প্যান দেওয়া থাকলে অনুগ্রহ কৰে পাসপোর্ট/ভোটার কার্ড/ভ্রাইটিং লাইসেন্স/আধাৰ নম্বৰ বা অন্য কোনো বৈধ নথি দিন। বিদেশী নাগৰিক, অনৰ্বাচী ভাৰতীয় এবং ভাৰতীয় বস্তুপোত্তৰ ব্যক্তিৰ ক্ষেত্ৰে মানবিক প্ৰয়োজনীয় নথিগুলি হুৰো (a) পাসপোর্ট (b) ভ্রাইটিং লাইসেন্স (c) ভোটার আইডি), এদেৰ যে কোনো একটি। তাৰ সাথে ভাৰতে বিদেশী দৃতবাস বা প্ৰাতোৰ্ধক্ষেত্ৰ পদত দিনি, এবং সংশ্লিষ্ট দোষৰ জৰি কৰা প্ৰযোগসূচীক সন্মত নথি।		

আমি/আমরা এতুব্রাহ্ম কোম্পানিকে আমার/আমাদের পরিচয়/ঠিকানার প্রমাণপত্র যাইচাই করার এবং সেই সাথে কেন্দ্রীয় KYC রেজিস্ট্রি বা UIDAI অথবা প্রযোজ্য KYC করার উদ্দেশ্যে অন্য কোনও অনুমোদিত পদ্ধতির মাধ্যমে বীমাকর্তৃ বাস্তিবে পরিচয়/ঠিকানার প্রমাণপত্র সংগ্রহ করার জন্য আমরা/আমাদের সম্মতি দিচ্ছি।

৩. প্রাণের বিবরণ*

পলিসির ধরন	<input type="checkbox"/> একক ব্যক্তি <input type="checkbox"/> ফ্যামিলি ফ্লোটার	পলিসির মেয়াদ	<input type="checkbox"/> ১ বছর <input type="checkbox"/> ২ বছর <input type="checkbox"/> ৩ বছর
ফ্যামিলি ফ্লোটার** হলে বীমার অধীন ব্যক্তি(দে)র সংখ্যা :		প্রিমিয়াম প্রদানের সময়সীমা	<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)			<input type="checkbox"/> মাসিক কিস্তি <input type="checkbox"/> অর্ধবার্ষিক কিস্তি
প্রতিদিনের জন্য বীমাকৃত পরিমাণ	1,000 / 2,000 / 3,000 / 5,000 / 7,000 / 10,000 প্রতিদিন		
বীমা আচ্ছাদনের প্রযোজ্যতা	30 দিন / 60 দিন / 90 দিন / 120 দিন / 180 দিন		

ঐচ্ছিক কভারের নাম	নির্বাচিত/অনির্বাচিত
আরাগ্যলাভ জনিত সুবিধা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
ডে কেয়ার চিকিৎসার জন্য নগদ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
সন্তানের জন্য সংক্রান্ত হাসপাতালে প্রদেয় নগদ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
বিশ্বব্যাচী হাসপাতালে প্রদেয় নগদ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
সঙ্গী সুবিধা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
হাসপাতালে ভর্তির আগে-পরে খরচ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
ডিডাক্টিল সিকেন্স হসপিটাল ক্যাশের পরিমান বৃদ্ধি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
ডিডাক্টিল সিকেন্স হসপিটাল ক্যাশের পরিমান হ্রাস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
আইসিই সুবিধা প্রাপ্তির সর্বাধিক দিনসংখ্যা বৃদ্ধি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
স্বাস্থ্য পরিচর্যার সুবিধা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
পুরানো রোগের কারনে প্রতীক্ষাকাল হ্রাস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
জ্ঞাত অসুস্থিরের ক্ষেত্রে প্রতীক্ষাকাল হ্রাস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড (পূর্বতন ম্যাগমা এইচডিআই জেনারেল ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড) | www.magmaininsurance.com |
 ইমেল: customercare@magmaininsurance.com | টোল ফ্রি: 1800 266 3202 | রেজিস্টার্ড অফিস: ইকুইনস্যু বিজনেস পার্ক, টাওয়ার 3, আবেদকর নগর, দ্বিতীয় তলা, ইউনিট নম্বর 1বি এবং 2বি, এলবিএস মার্গ, কুরলা (পম্পটম), মুষাই-400070, মহারাষ্ট্র, ভারত | CIN: U66000MH2009PLC460693 |
 আইআরডিএআই: রেজি. নং 149 | ডাবল সুরক্ষা | প্রোডাক্ট ইউআইএন: MAGHLIP25035V012425 | উপরে প্রদর্শিত ট্রেড লোগো ম্যাগমা ডেঞ্জারস প্রাইভেট লিমিটেডের মালিকানাধীন এবং ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড কর্তৃক লাইসেন্সের অধীনে ব্যবহৃত। | আমাদের ওয়েবসাইটে MIRA-র সাথে চাট করুন অথবা ৭২০৮৯৭৬৭৮৯ (চেয়াটসআপ) নম্বরে "Hi" পাঠান। (PFDs ver06 08.25)

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
প্রিওনাম							
নাম*	(প্রথম নাম)						
	(মধ্য নাম)						
	(শেষ নাম)						
লিঙ্গ (পুরুষ/মহিলা/এদের কোনটাই নয়)							
উচ্চতা* (সেমি)							
ওজন* (কেজি)							
চোখের রিফ্র্যাস্টিভ এর ইনডেক্স (বাম ও ডান চোখ)							
জন্মতারিখ* (DD MM YYYY)							
প্রপোজারের সঙ্গে সম্পর্ক*							
শ্রেণী (বেতনভুক্ত/স্বনিযুক্ত/পেশাদার/অন্যান্য)							
আয়ুরূপান ভারত হেলথ অ্যাকাউন্ট (ABHA) “আরি/আমরা কোম্পানিকে আমার/আমাদের এবিএইচএ (ABHA) সংশ্লিষ্ট মেডিক্যাল রেকর্ড ধাচাই 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
যদি হ্যাঁ হয়, এবিএইচএ (ABHA) নম্বর লিখুন যদি না হয়, আপনার এবিএইচএ (ABHA) নম্বর তৈরি করুন https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index							
আপনি কতদিন ধরে নিরবিচ্ছিন্ন ভাবে বীমার অধীন রয়েছেন?	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y						
উপরোক্ত তারিখটিকে নিশ্চয়তা দেবার জন্য দয়া করে প্রাসারিক পলিসি কপিগুলি জামা দিন।							
কর্মপ্রশ়িটে বেনিফিট বীমার পরিমাণ (₹10 লাখ / ₹20 লাখ এবং ₹25 লাখ থেকে বেছে নিতে হবে) #							

যদি একাধিক সুবিধা নির্বাচন করা হয়, তবে সব বিমাকৃত ব্যক্তির জন্য বীমার অঙ্ক একই হবে

5. মনোনয়ন

সমস্ত বীমার অধীন সদস্যের জন্য পলিসিধারকই মনোনীত ব্যক্তি (নমিনি) হবেন। পলিসিধারকের মনোনীত ব্যক্তির বিবরণ নীচে দেওয়া হল।			
নমিনির নাম	প্রথম	মধ্য	শেষ
প্রপোজারের সাথে সম্পর্ক		জন্মতারিখ	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y
মনোনীত ব্যক্তির (নমিনির) যোগাযোগ নম্বর		মনোনয়নের শর্তাংশ 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 ব্যাস্থ সংক্রান্ত বিবরণ

- a) অ্যাকাউন্ট ধারক(দের) নাম (যাকে রেকর্ডে ঠিক যেমনটা রয়েছে)
- b) ব্যক্তির নাম c) ব্যাস্থ শাখার নাম
- d) ঠিকানা e) শাখার শহর
- f) অ্যাকাউন্টের ধরন g) অ্যাকাউন্ট নম্বর
- h) আইএফএসি কোড i) 9 অঙ্কের এমআইসিআর কোড

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

6. বিদ্যমান/পূর্ববর্তী বীমার বিবরণ

প্রপোজার 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 (অপেক্ষমান প্রস্তাবের ক্ষেত্রে আবেদন নম্বর উল্লেখ করুন)।

আপনি/আপনারা কতদিন থেকে নিরবিচ্ছিন্নভাবে বীমার অধীন রয়েছেন? D D M M Y Y Y

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

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 নিষ্পত্তিত রোগে ভুগেছেন/ বর্তমানে ভুগেছেন? প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য “হ্যাঁ” টিক 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) স্থায়ীভুক্ত								
b) ওষুধ								
c) মাত্রা								
2. ডায়াবেটিস মেলিটাসের ইতিহাস								
a) টাইপ 1 অথবা টাইপ 2								
b) স্থায়ীভুক্ত								
c) ওষুধ								
d) মাত্রা								

	হ্যাঁ / না	বীমার অধীন ব্যক্তির নং
3. হৃদযন্ত্র ও রক্ত সঞ্চালনজনিত অবস্থা/ব্যাধি: বুকব্যথা, এনজাইনা, উচ্চমাত্রার কোলেস্টেরল/লিপিডস, হংকম্পণ, কনজেস্টিভ শার্ট ফেইলিওর, করোনারি আর্টারি ডিজিজ, হার্ট অ্যাটাক, বাইসারি সার্জারি অ্যাঞ্জিওপ্লাস্ট, ভালত জনিত সমস্যা/প্রতিস্থাপন, পেসমেকার প্রতিস্থাপন, রিউমাটিক ভুর, জন্মগত হৃদরোগ, ডেরিকোজ ভেইন, ইংমেসিস, রক্তসংক্রান্ত ব্যাধি ইত্যাদি?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
4. মৃতত্ত্বের অবস্থা/ব্যাধি: প্রস্তাবের সাথে রক্ত নিঃ সরণ, ঘন ঘন প্রস্তাব, বাথায়ুক্ত/কঠোর্সাধা প্রস্তাব, কিডনি এবং/অথবা মুত্রথলির সংক্রমণ, মৃতত্ত্বে পাথর, কিডনির ব্যর্থা, ডায়ালিসিস অথবা অন্য কোনো কিডনি/মৃতত্ত্ব বা প্রোটেস্টের রোগ?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
5. পেশী ও অঙ্গসঞ্চি সংক্রান্ত অবস্থা/ব্যাধি: অঙ্গসঞ্চি/পিঠে ব্যথা, আর্স্টাইটিস, স্পন্ডিলোসিস, জয়েন্ট প্রতিস্থাপন অথবা পেশী/হাড়/জয়েন্ট/লিগামেন্ট, টেনন বা তিস্ক সম্পর্কিত অন্য কোনো ব্যাধি, গেটেটাত, হার্নিয়েটেড ডিস্ক, অঙ্গেদ নকল পা?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
6. শ্বাসযন্ত্রের অবস্থা/ব্যাধি: শ্বাসকষ্ট/শ্বাস নিতে অসুবিধা, যক্ষ্যা, হাঁপানি, ব্রাক্ষাইটিস, ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ (COPD), দীর্ঘস্থায়ী কাশি, রক্তসহ কাশি ইত্যাদি অথবা অন্য কোনো ফুসফুস/শ্বাসযন্ত্রের রোগ?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
7. পরিপাকতত্ত্বের অবস্থা/ব্যাধি: জারিস, দীর্ঘস্থায়ী উদরাময়, অন্ত থেকে রক্তপাতি/সমস্যা/পলিপ, অয়াশয়, লিভার বা পিত্তথলির রোগ, হেপাটাইটিস A/B/C/অন্যান্য, জড়সিস, সিরেসিস, একারণ ওজন বৃদ্ধি বা ত্রাস, খাদ্যগ্রহণজনিত ব্যাধি অথবা অন্য কোনো গ্যাস্ট্রোইন্টেন্ট্রিনাল অবস্থা?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
8. ক্যাল্বার/টিউমার: বিনাইন বা ম্যালিগ্ন্যান্ট টিউমার, যে কোনো বৃদ্ধি/সিস্ট, যে কোনো ক্যাল্বার?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
9. মন্তিক্ষ/শ্বায়ত্ত্ব/মনোরোগ সংক্রান্ত অবস্থা/ব্যাধি: জ্বালানো, অচেতন হবে যাওয়া, মাথা ঘোরা, অবশভাব/ব্রিংিং ধরা, দুর্বলতা, পক্ষাঘাত, মাথায় আঘাত, স্ট্রেক, মাইগ্রেন বা দীর্ঘস্থায়ী সৈত্র মাথাব্যথা, স্লিপ অ্যাপনিয়া, মাল্টিপল স্ক্রোলেসিস, থিচুনি/ মৃগী অথবা অন্য কোনো মন্তিক্ষ/ শ্বায়ত্ত্বের রোগ, মানসিক / মনোরোগজনিত ব্যাধি?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
10. নারী প্রজননতত্ত্বের অবস্থা/ব্যাধি: পেলিটিক অংশে ব্যথা, অস্বাভাবিক মাসিক রক্তস্তুর, অস্বাভাবিক প্যাপ স্মিয়ার, এভোমেট্রিওসিস, ফাইব্রয়েড, সিস্ট/ফাইব্রোএডেনোমা, রক্তক্রিয়ণজনিত অস্বাভাবিকতা, পেলিটিক সংক্রমণ অথবা অন্য কোনো স্ট্রোগ্ন/স্নেরের অভ্যন্তরে সিস্ট/ডেল্টা/টিউমার?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
11. বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত কোনো নারী কি পর্যবেক্ষণ, গৃহস্থানী গর্ভধারণ পরীক্ষার পজিচিট হয়েছেন, অথবা দত্তক বা সারোগেসির প্রক্রিয়ায় আছেন?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
12. বিপাক ও অন্তঃস্নাব তত্ত্বের অবস্থা/ব্যাধি: আজ্ঞান্ট্রিনাল/পিটুইটারি সম্পর্কিত ব্যাধি, লুপাস, স্মেক্রোডার্মা, থাইরয়েড ব্যাধি, যে কোনো আটোইমিউন/জেনেটিক ব্যাধি?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
13. বীমা করাতে প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি কোনো দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদি টিকিংসাজনিত সমস্যায় ডুগছেন, অথবা তাঁর অন্য কোনো অক্ষমতা, অস্বাভাবিকতা, পুনরাবৃত্ত অসুস্থতা বা আঘাত আছে, অথবা তিনি কি স্বাভাবিক কাজকর্ম করতে অক্ষম?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
14. বীমা করাতে প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি তামাকজাত দ্রব্য/সিগারেট ব্যবহার করেন অথবা মদ্যপান করেন?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
15. বীমা করাতে প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি বন্ধ্যাব্জিনিত কোনো অসুস্থতায় ডুগছেন?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
16. বীমা করাতে প্রস্তাবিত কোনো ব্যক্তি কি কোনো রোগ বা উপসর্গ/কোনো মনোরোগজনিত অবস্থার জন্য কোনো চিকিৎসক বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সঙে পরামর্শ করেছেন বা চিকিৎসা নিয়েছেন/কোনো হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন/অসুস্থ হয়েছেন/স্মার্জির করেছেন/বর্তমানে কোনো ওষুধ চলছে বা চিকিৎসা (ভায়াগনস্টিক টেস্টসহ) নিয়েছেন?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
17. বীমা করানোর জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তি কি ব্যক্তি কি এই বীমা আচান্দনের জন্য প্রস্তাব করার আগে নিম্নলিখিত কোনো গুরুতর অসুস্থ আক্রান্ত হয়েছেন বা অস্ত্রোপচার করেছেন - ক্যাল্বার, হার্ট অ্যাটাক, করোনারি আর্টারি বাইপাস শ্রাফট, হৃদযন্ত্রের ভালভ প্রতিস্থাপন/মেরামতি, কোমা, কিডনি ফেলিওর, স্ট্রেক, যে কোনো ট্রান্সপ্লাস্ট, পক্ষাঘাত, মাল্টিপল স্মেক্রোডিস, মোটর নিউরন ডিজিজ বা এইচআইডি/এইডস?	হ্যাঁ না	1 2 3 4 5 6 7
দুটিনামজনিত মৃত্যু/স্থায়ী সার্বিক প্রতিবক্তব্য ব্যক্তির নাম		
18. আবেদনকারীর কি কখনও খিঁচিজিনিত ব্যাধি হয়েছে বা বর্তমানে আছে, অথবা কোনো শারীরিক বা মানসিক ক্রটি/অক্ষমতা/দুর্বলতা/বিকলাসতা রয়েছে, কিংবা এমন কোনো অবস্থা আছে যা চলাকেরা/বৃত্তি/শ্বরণ/বাক্সপ্রতিতে প্রভাব ফেলতে পারে?		
19. আবেদনকারীর পেশার কারণে কি বুকিপূর্ণ কাজে মুক্ত হওয়া ব্যাধ্যাত্মক অথবা তিনি বিপজ্জনক জিবিসপ্ত্র নাড়াচাড়া করা, উচ্চতায় কাজ করা, কেবিন ত্রু হিসেবে কাজ করা, সমৃদ্ধ/নদীয়ান চালনা, উচ্চ ভোল্টেজ নিয়ে কাজ করা, বা সশস্ত্র বাহিনীর অংশ হওয়ার মতো বিপজ্জনক পেশায় যুক্ত?		

অনুচ্ছেদ B : অসুস্থতা / ওষুধ / পরীক্ষা / সার্জারি / ডাইঅ্যটোর 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 প্রস্তাবগতে অথবা আপনার দ্বারা বা আপনার পক্ষে জামা দেওয়া যে কোনো সম্পূর্ণক তথ্য বা নথিতে প্রদত্ত তথ্যের সাপেক্ষে আমাদের বীমা দেওয়ার সিদ্ধান্ত এবং কোন শর্তে তা দেওয়া হবে, তা প্রভাবিত হবে। তদুপরি, আমরা যে কোনো পলিস ইস্টু করব, তা আপনার দেওয়া তথ্যের ডিটিলেই হবে। সুতরাং, আপনার উত্তর সর্বতোভাবে সম্পূর্ণ ও সঠিক হওয়া জরুরি।
- এই প্রস্তাবগতের প্রশ্নগুলি নির্দেশক মাত্র, সবকিছু এবং মধ্যে দেওয়া হবে। আপনাকে বীমার ঝুঁকির সাথে সম্পর্কিত যাবতীয় তথ্য আমাদের দিতে হবে, এমনকি তা যদি এই প্রস্তাবপত্রের কোনো প্রয়োজন না আসে, তাহলেও। কোন তথ্য দেওয়া উচিত তা নিয়ে যদি আপনার সন্দেহ থাকে, তবে আপনার বীমা প্রমার্শদাতা/কোম্পানির সঙে আলোচনা করা উচিত।
- আপনার প্রস্তাব গ্রহণ করা হবে সম্পূর্ণ মেডিকেল রিপোর্ট (যেখানে প্রযোজ্য), মেডিকেল আল্ভারাইটিং প্রাপ্তির শর্তে, এবং বীমা করারেজ 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:
৮. অর্থপ্রদানের বিবরণ	
1. অর্থপ্রদানের বিবরণ: অনুগ্রহ করে টিক (✓) দিন	প্রিমিয়াম অংশ (₹) <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 D D M M Y Y Y Y ব্যাক
2. দার্ওি/রিফান্ড সরাসরি ব্যাঙ্ক ট্রান্সফারের মাধ্যমে পাবার জন্য, নিম্নলিখিত তথ্য দিন: (প্রস্তাবগতের সঙ্গে একটি বাতিল করা চেক সংযুক্ত করুন)	
অ্যাকাউন্ট হোল্ডারের নাম _____	শাখা _____
ব্যক্তের নাম _____	শহর _____
অ্যাকাউন্টের ধরণ _____	অ্যাইএফএসসি কোড _____

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 হয়েছে।”

ইলেকট্রনিক ক্লিয়ারিং সার্ভিস (ডেভিট ক্লিয়ারিং) ম্যান্ডেট ফর্ম

প্রস্তাবপত্র নম্বর: _____

পলিসি: _____

প্রাপক,

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

প্রসঙ্গ: ইলেকট্রনিক ক্লিয়ারিং সার্ভিসের মাধ্যমে <ব্যক্তির নাম>-এ তহবিল/অর্থপ্রদান করার জন্য প্রাপকের অনুমোদন

গ্রাহকের তথ্য:

a) অ্যাকাউন্ট ধারক(দের) নাম (ব্যাঙ্ক রেকর্ডে ঠিক যেমনটা রয়েছে)	c) ব্যাঙ্ক শাখার নাম
b) ব্যক্তির নাম	e) শাখার শহর
d) ঠিকানা	g) অ্যাকাউন্ট নম্বর
f) অ্যাকাউন্টের ধরন	h) লেজার নং/লেজার ফোলিও নং
	i) 9 অক্ষের এমআইসিআর কোড

যোৰণা:

আমি ইলেকট্রনিক ক্লিয়ারিং সুবিধা লিতে ইচ্ছুক এবং এই মর্মে আমার নিঃশর্ত সম্মতি প্রদান করছি যে আমার স্বাক্ষর বীমা, প্রস্তাবপত্র নম্বর _____, অনুযায়ী প্রিমিয়াম বাবদ অর্থ ইলেকট্রনিক ক্লিয়ারিং সিস্টেম (ECS) মাধ্যমে আমার অ্যাকাউন্ট থেকে ডেভিট করা হবে। আমি বুঝতে পারছি এবং মেনে নিচ্ছি যে বীমাকৃত সবথেকে বয়স্ক সদস্যের বয়স বিভাগের পরিবর্তন, বীমা প্রদানকারীর প্রিমিয়াম হারের পরিবর্তন, কর এবং অন্যান্য আইনি চার্জ ইত্যাদির কারণে ডেভিটকৃত প্রিমিয়ামের পরিমাণ সময়ে সময়ে পরিবর্তিত হতে পারে।

(নবায়নের সময় বয়স পরিবর্তনের কারণে আনুমানিক প্রিমিয়ামের বিস্তারিত জানতে সেলস ব্রোশিওর দেখুন)

আমি এই মর্মে ঘোষণা 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 বিলগ্রহণ হতে পারে বা একেবারেই কার্যকর না হওতে পারে, সেক্ষেত্রে আমি/আমরা ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠানের উপর কোনো দায় চাপাব না। আমি/আমরা ব্যবহারকারী প্রতিষ্ঠান থেকে/মাধ্যমে এই ইসিএস ডেভিট সেবাটি নেওয়ার জন্য প্রযোজ্য শর্তবলী পড়েছি এবং অংশগ্রহণকারী হিসেবে আমার/আমাদের দায়িত্ব পালনে সম্মত হচ্ছি।

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

স্থান: _____

তারিখ:

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

আপনি কি পলিসির একটি মুদ্রিত কপি পেতে চান?

 হ্যাঁ না

9. প্রস্তাবকারীর 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 বিবরণ করুন (যার সঙ্গে আপনি অ্যাকাউন্ট খুলেছেন)

 মেসার্স এনএসিএল ডেটাবেস ম্যানেজেমেন্ট লিমিটেড মেসার্স কার্ডি ইনসিওরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড মেসার্স সেন্ট্রাল ইনসিওরেন্স রিপোজিটরি লিমিটেড মেসার্স ক্যামস রিপোজিটরি সার্ভিসেস লিমিটেড মেসার্স এস-এইচসিআই-এল 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 প্রাসারিক নথিপত্র জমা দিন)

আমার CKYC নম্বর (সেন্ট্রাল নে ইয়োর কাস্টমার 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 পুরুষ মহিলা এদের কোনটাই নয় জন্মতারিখ* প্রায় নং _____

ঠিকানা লাইন 1 _____

ঠিকানা লাইন 2 _____

ঠিকানা লাইন 3 _____

পিন কোড _____

টেলিফোন নম্বর _____

মোবাইল নম্বর _____

সম্পর্ক _____

অন্যান্য সম্পর্ক _____

ইমেল আইডি _____

ইউআইডি _____

ল্যান্ডলার্ম কার্ড _____

রাজ্য _____

শহর _____

দেশ _____

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 অনুগ্রহ পক্ষ থেকে প্রস্তাব দেওয়ার জন্য অনুমোদিত।
- আমি অনুগ্রহ পক্ষ থেকে প্রস্তাব দেওয়া তথ্য বীমা পলিসির ভিত্তি হবে, এটি বীমাদাতার বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতির অধীন রয়েছে, এবং প্রিমিয়ামের সম্পূর্ণ অর্থপ্রদান নাহওয়া পর্যন্ত পলিসি কার্যকর হবেন।
- আমি আরও ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবপত্র জমা দেওয়ার পর থেকে কোম্পানির পক্ষ থেকে ঝুঁকি গ্রহণের অনুমোদন জ্ঞানান্বয়ে পর্যন্ত সময়ের মধ্যে প্রস্তাবকারীর বা বীমাকৃত ব্যক্তির পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্যে কোনো পরিবর্তন হলে আমি তা লিখিতভাবে জ্ঞানাব।
- আমি ঘোষণা করছি যে আমার অনুমতিমতে কোম্পানি বীমাকৃত ব্যক্তি/প্রস্তাবকারীর শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের বিষয়ে যে কোনো সময় কোনো চিকিৎসক বা হাসপাতাল অথবা অতীত বা বর্তমান নিয়োগকর্তার কাছ থেকে চিকিৎসাবিষয়ক তথ্য সংগ্রহ করতে এবং যে কোনো বিমা 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 তাগ করে নেবার বিষয়ে আমি কোম্পানিকে অনুমতি দিচ্ছি।

তারিখ:

স্থান: _____

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

প্রস্তাবকারীর নাম: _____

2. ইলেকট্রনিক পলিসি ইস্যু ও পরিষেবা সংক্রান্ত ঘোষণায়ের জন্য অনুমোদন (অনুগ্রহ করে আপনার ইমেল ঠিকানায়)

আমি এই মর্মে সম্মতি দিচ্ছি যে পলিসি সংক্রান্ত নথিপত্র আমার জ্ঞান অনুযায়ী সর্বতোভাবে সঠিক ও সম্পূর্ণ এবং আইডি সিনি অথবা উপরে প্রদত্ত মোবাইল নথরে এসএমএসের মাধ্যমে পাঠানো যেতে পারে।

আমি এই মর্মে সম্মতি দিচ্ছি যে ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড ("কোম্পানি")-কে অনুমতি দিচ্ছি যে আমার সাথে প্রযোজ্য আইনানুগ সময়সীমায় বিভিন্ন সময়ে কোম্পানির প্রস্তাবিত বা বিদ্যমান নীতির ফলে ক্ষেত্রে স্বাক্ষর করা বা পরিষেবা করা বা অন্য যে কোনো ধরনের ঘোষণাগুরু (ইলেকট্রনিক বা অন্য যে কোনো মাধ্যমে) করা যেতে পারে।

আমি আমার হোয়াস্টঅ্যাপ নথরে পলিসি সংক্রান্ত সমস্ত বার্তা পেতে আগ্রহী।

হোয়াস্টঅ্যাপ নথর: _____

তারিখ:

স্থান: _____

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

প্রস্তাবকারীর নাম: _____

3. আঞ্চলিক ভাষা বিষয়ক ঘোষণা

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবপত্র ও ম্যাগমা জেনারেল ইনসিওরেন্স লিমিটেড থেকে স্বাস্থ্য বীমা প্রদানের 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: _____

স্বাক্ষর ভাষায় প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: _____

তারিখ: **DDMMYY**

4. মধ্যস্থতাকারীর ঘোষণা

আমি, _____ (পুরো নাম), একজন বীমা উপদেষ্টা/কর্পোরেট এজেন্টের মিস্টিষ্ট ব্যক্তি/ভ্রাকারের অনুমোদিত কর্মচারী/রিলেশনশিপ অফিসার হিসেবে এই মর্মে ঘোষণা করছি যে আমি এই প্রস্তাবপত্রের সমস্ত বিষয়বস্তু, প্রস্তাবপত্রের প্রশ্নাবলীর প্রকৃতি, প্রস্তাবকের দেওয়া বিবৃতি, তথ্য ও উত্তরসমূহ প্রস্তাবকের কাছে সম্পূর্ণভাবে ব্যাখ্যা করেছি। আমি আরও ব্যাখ্যা করেছি যে প্রস্তাবপত্রে যদি কোনো মিথ্যা বিবৃতি/ভুল তথ্য/অপ্রাকাশিত 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 ইন্সুকৃত পলিসিটি বাতিল বলে গণ্য হবে এবং প্রদত্ত সমস্ত প্রিমিয়াম কোম্পানি বাজেয়াপ্ত করতে পারে।

লাইসেন্স নং/আইডি (উপদেষ্টা/কর্পোরেট এজেন্ট/ভ্রাকার/রিলেশনশিপ অফিসার):

তারিখ: **DDMMYY**

বীমা উপদেষ্টার স্বাক্ষর: _____

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

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর: _____

তারিখ: **DDMMYY**

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 তাঁব্য সম্পূর্ণরূপে বুঝেছি। প্রস্তাবপত্রটি _____ দ্বারা আমার নির্দেশনায় পূরণ করা হয়েছে এবং আমি এটিকে সঠিক মনে করেছি।

তারিখ: **DDMMYY**

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর: _____

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 বুঝেছি যে, ভারতে অর্থ প্রাচার প্রতিরোধ আইনের প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে যে কোনো আইনের অধীনে, যদি আমি/আমরা যে কোনো উপযুক্ত আমাদের কর্তৃত 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 আয়ীয়/সহযোগী? হ্যাঁ না

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

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

2. অতিরিক্ত তথ্যবর্তী:

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

3. সংস্থার ধরণ (যদি প্রস্তাবক একটি সংস্থা): (যখনে 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 প্রদানের 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 এবং অনুমোদন করেছেন।

নাম _____

স্বাক্ষর _____

তারিখ: _____

11. সাধারণ তথ্য

1. সতর্কীকরণ

আপনার উপর বাধ্যবাধকতা রয়েছে যে আপনি প্রস্তাবিত নিজের এবং প্রস্তাবিত বীমাকৃত প্রত্যেক ব্যক্তির ঝুকি সম্পর্কিত সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য আমাদের কাছে সম্পূর্ণ এবং সঠিকভাবে প্রকাশ করবেন। এগুলি আমাদের সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করে যে আমরা পলিসি ইন্সু হওয়ার আগে প্রস্তাবক কাছে তথ্য পোপন বা ভুল তথ্য প্রদান করা যাবে না। এই বাধ্যবাধকতা পলিসি ইন্সু না হওয়া পর্যন্ত বহাল থাকে এবং কেবল প্রস্তাবপত্র জমা দেওয়ার মাধ্যমে শেষ হয় না। তাই, পলিসি ইন্সু হওয়ার আগে যদি প্রস্তাবক 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 লাইভ হয়, তবে পলিসিটি বাতিল বলে গণ্য হতে পারে।

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

1. কোনো ব্যক্তি ভারতে সরাসরি বা পরোক্ষভাবে কোনো ব্যক্তির বীমা প্রদানের জন্য প্রয়োজনীয় অন্যান্য নথিপত্র প্রস্তাবকের কাছে সম্পূর্ণরূপে বুঝেছেন এবং তাঁর প্রদত্ত তথ্য অনুযায়ী অনুযায়ী উত্তর রেকর্ড করা হয়েছে। প্রস্তাবক সেটি সম্পূর্ণরূপে বুঝেছেন এবং তাঁর প্রদত্ত তথ্য অনুযায়ী উত্তর রেকর্ড করা হয়েছে।

2. যদি কোনো ব্যক্তি উপরে বর্ণিত (1) উপ-নিয়ম লজ্জন করেন, তবে তিনি সর্বোচ্চ দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানা দেবার জন্য দায়ি থাকবেন।

প্রাপ্তিশীকার

প্রপোজাল নং _____

তারিখ: **DDMMYY**

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

আমাদের কাছে পূর্ণোচ্চ প্রস্তাবপত্র জমা দিলে বা পলিসির জন্য টাকা জমা করলেই যে আমরা পলিসি ইন্সু করব তা নয়। পলিসি ইন্সু করার সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণরূপে আমাদের বিচেনার 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 দায়ি থাকবে না। যদি আমরা প্রস্তাবটি গ্রহণ না করি, আমরা আপনাকে তা জানিয়ে দেব।

গ্রহণকারীর স্বাক্ষর ও অফিস সিলমোহর: _____