



প্রাইম ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড
برائے اسلامی لائف انشورنس لمیٹید
Prime Islami Life Insurance Limited
Head Office : Raj Bhaban (6th Floor), 29, Dilkusha C/A, Dhaka-1000, Tel : 4112488, 9554538



Format/U.W/16
Revision : 01

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র (DGH)

236046

প্রস্তাবপত্র/বীমা পত্র নং :

বীমা/ঝুঁকি অংক :

গ্রাহকের নাম : বর্তমান বয়স : তালিকা নং : মেয়াদ :

১। ইসলামী বীমা গ্রহণকালীন সময়ে আপনার প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা দুর্ঘটনায় আহত হয়েছিলেন ?
হয়ে থাকলে তারিখ এবং স্থিতিকালসহ পূর্ণ বিবরণ দিন ।

২। প্রথম শারীরিক সুস্থতার ঘোষণার পর আপনার পরিবারে (মাতা, পিতা, ভাই, বোন) কারও মৃত্যু হয়ে থাকলে মৃত্যুর কারণ, মৃত্যুকালীন বয়স এবং অসুস্থতার স্থিতিকালের পূর্ণ বিবরণ দিন ।

৩। জীবন বীমার জন্য আপনি কি কখনও অন্য কোন জীবন বীমা সংস্থার কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন, যা প্রস্থাবিত পরিবর্তন অনুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয় নাই ।

৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?

৫। শিশু নিরাপত্তা বীমার ক্ষেত্রে প্রয়োজ্য

ক) বীমা গ্রহণের পর বীমাবৃত শিশু জটিল কোন রোগে আক্রান্ত হয়েছিল কি (হলে বিবরণ দিন)?

খ) বীমাবৃত শিশু বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছে কি ?

মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রয়োজ্য

৬। আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা ? যদি হয়ে থাকেন তাহলে সম্ভাব্য প্রসবের তারিখ কত ?

৭। আপনার মাসিক কি যিমিত হয় ? গত মাসিক কখন হয়েছে তারিখ উল্লেখ করুন ।

৮। কতদিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি । আমি আরও ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বর্ণনাসমূহ উল্লেখিত বীমা প্রস্তাব গ্রহণের বা বীমাপত্রের পুনরোজ্জীবিত করণের ভিত্তি হিসাবে পরিগণিত হবে । অতএব, উপরোক্ত বিবৃতিতে কোন অসত্য তথ্য সরবরাহ করা হয়ে থাকলে বিৎনা কোন তথ্য গোপন করা হয়ে থাকলে তার ভিত্তিতে বীমা প্রস্তাব গ্রহণের বা পুনরোজ্জীবিত বীমাচুক্তি (যদি হয়) বাতিল বলে গণ্য হবে এবং প্রদত্ত সকল ব্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হয়ে যাবে ।

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ :

পূর্ণ নাম :

পদবী ও কোড নম্বর :

পূর্ণ ঠিকানা/সীল :

গ্রাহকের স্বাক্ষর

তারিখ

(বীমা গ্রাহকের প্রস্তাবপত্রে দেয় স্বাক্ষরের অনুরূপ স্বাক্ষর দিন)

ঘোষণাপত্র যাচাইকারীর স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল

অনুমোদনকারীর স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট (SMR) :

নাম _____ বয়স (নিকটতম জন্ম দিনে) _____

বীমা/বীমা ঝুঁকি অংক _____ তালিকা ও মেয়াদ _____

১। ডাক্তারী পরীক্ষার ফলে কি অতীতের বা বর্তমানের কোন (ক) মস্তিষ্কজনিত (খ) শ্বাস প্রশ্বাসজনিত (গ) হৃৎপিণ্ড এবং রক্ত সঞ্চালনজনিত (ঘ) মূত্র গ্রন্থিজনিত (ঙ) পাকস্থলী অন্ত্রজনিত (চ) স্নায়ুজনিত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে? পড়ে থাকলে তার পূর্ণ বিবরণ দিন _____

২। সকল দিক দিয়ে হৃৎপিণ্ড কি স্বাভাবিক অবস্থায় আছে? _____

ক) নাড়ির গতি (প্রতি মিনিটে) _____

খ) নাড়ির ধরণ _____

গ) রক্তচাপ ১। সিস্টোলিক কত? _____ ২। ডায়োলিক কত? _____

৩। শারীরিক মাপ :

(ক) দৈহিক উচ্চতা (জুতা ছাড়া) _____ ফুট _____ ইঞ্চি (খ) ওজন _____ কেজি

(গ) বুকের মাপ (পূর্ণ শ্বাস নিয়ে) _____ ইঞ্চি (ঘ) পূর্ণ শ্বাস ত্যাগের পরে _____ ইঞ্চি

(ঙ) পেটের মাপ (নাভী বরাবর) _____ ইঞ্চি।

৪। মূত্র পরীক্ষার ফলাফল : সুগার _____ এলবুমেন : _____ আপেক্ষিক গুরুত্ব : _____

মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

আপনি কি গর্ভাবস্থায় কোন লক্ষণ দেখতে পেয়েছেন বা আশংকা করেছেন?

আমি ডাক্তার _____ এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা/বীমাপ্রাহককে পরীক্ষা করেছি এবং ফলাফল লিপিবদ্ধ করেছি। আমি অত্র জীবন বীমা সাধারণ হারে গ্রহণ করার জন্য অনুমোদন করছি।

স্থান ও তারিখ _____

ডাক্তারের স্বাক্ষর _____ বীমা গ্রাহকের প্রস্তাবপত্রে দেয় স্বাক্ষরের অনুরূপ স্বাক্ষর দিন

(ডাক্তারের সম্মুখে স্বাক্ষর দিতে হবে)

পূর্ণ নাম _____

পদবী/ডিগ্রী _____ রেজিস্ট্রেশন নং _____

পূর্ণ ঠিকানা _____

কোড নং _____ মোবাইল নং _____

বিঃ দ্রঃ ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট দেয়ার সময় ফরমের উভয় পৃষ্ঠাই পূরণ করতে হবে।

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপনীয় রিপোর্ট (যদি থাকে) :