



সুরক্ষিত জীবনের প্রতিশ্রুতি

আস্থা লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

☐ পুনর্বহাল

☐ প্রাথম পরিবর্তন

☐ অতিরিক্ত সুবিধা সংযুক্তি

☐ বিশেষ শ্রেনী প্রত্যাহার

☐ বীমার অংক পরিবর্তন

রশিদের তারিখ.....

টাকার পরিমাণ.....

বিস্তারিত আবেদন ও স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা

পলিসি নম্বর..... প্রিমিয়াম প্রদেয় তারিখ..... ব্রাঞ্চ কোড

প্রথম অংশ-বীমাগ্রহীতা দ্বারা প্রদেয় প্রশ্নের উত্তর

১.	নাম	জন্ম তারিখ	উচ্চতা	ওজন
বীমাকৃত ব্যক্তি				
বীমাগ্রহীতা				
স্বামী/স্ত্রী				
নির্ভরশীলের তালিকা				

২।(ক) বীমাগ্রহীতার বর্তমান পেশা.....(খ) স্বামী/স্ত্রীর পেশা.....

গ। পেশাগত দায়িত্বে যথাযথ বিবরণ.....

ঘ। নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা.....

৩। বীমাকৃত কোন ব্যক্তি ধূমপায়ী হলে তার প্রাত্যহিক/সাপ্তাহিক অ্যালকোহল সেবনের মাত্রা.....

৪। বীমাকৃত কোন ব্যক্তির কি নিম্নলিখিত কাজগুলোর সঙ্গে বর্তমান কোন সংশ্লিষ্টতা আছে অথবা ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতা থাকার সম্ভাবনা আছে??

ক। সেনা (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা ☐ আছে ☐ নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা ☐ আছে ☐ নাই)

খ। নৌবাহিনী (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা ☐ আছে ☐ নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা ☐ আছে ☐ নাই)

গ। বিমান চালনা (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা ☐ আছে ☐ নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা ☐ আছে ☐ নাই)

৫। ক। বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি কোন বীমা ক্রয়ের জন্য আলোচনা করেছেন বা ক্রয়ের চিন্তা করছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

খ। বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি বীমার কার্যকারিতার তারিখ হতে আনুষ্ঠানিক/অনানুষ্ঠানিকভাবে আস্থালাইফ বা অন্য কোন বীমা কোম্পানীতে নতুন কোন বীমা বা পরিকল্প পরিবর্তন বা পুনর্বহালের আবেদন করেছেন, যা কোম্পানী কর্তৃক প্রত্যাখ্যান, প্রত্যাহার/পরিবর্তন বা বিশেষ শ্রেনীভুক্ত (রেট এ পরিবর্তন করা হয়েছে)? ☐ হ্যাঁ ☐ না।

৬। বীমার কার্যকারিতার তারিখের পর বীমাকৃত কোন ব্যক্তির পরিবারে কি মৃত্যু ঘটেছে?

উত্তর হ্যাঁ হলে, মৃত্যু ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক, বয়স ও মৃত্যুর কারণ উল্লেখ করুন

৭. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি উপরোল্লিখিত প্রিমিয়াম প্রদেয় তারিখ হতে –

ক. অসুস্থ বা আহত হয়েছেন(উত্তর হ্যাঁ হলে, নিম্নে তারিখসহ বিস্তারিত বর্ণনা করুন) ☐ হ্যাঁ ☐ না।

খ. শারীরিক বা মানসিক অবস্থার জন্য কার চিকিৎসা বা পরামর্শ গ্রহণ করেছেন? (উত্তর হ্যাঁ হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) ☐ হ্যাঁ ☐ না।

গ. কোন হাসপাতাল বা অন্য চিকিৎসালয় এ সেবা নিয়েছেন? (উত্তর হ্যাঁ হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) ☐ হ্যাঁ ☐ না।

৮. শুধুমাত্র নারীদের জন্য প্রযোজ্য: আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? ☐ হ্যাঁ ☐ না।

(ক) উত্তর হ্যাঁ হলে, কত মাস যাবৎ.....(খ) উত্তর না হলে, সর্বশেষ মাসিকের তারিখ.....

৯. বীমাকৃত সকল ব্যক্তি কি বর্তমানে সুস্থ আছেন? (উত্তর না হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) ☐ হ্যাঁ ☐ না।

১০. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি কোন চিকিৎসা বা চিকিৎসা বিষয়ক পরামর্শ গ্রহণ করতে ইচ্ছুক বা কোন মেডিকেল পরীক্ষা করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না।

১১. আস্থালাইফ সহ অন্যান্য বীমা প্রতিষ্ঠানের সঙ্গে থাকা সকল পলিসির বিবরণঃ

পলিসি নাম্বার	প্রতিষ্ঠান	বীমার অংক	সম্পূরক বীমা চুক্তিসমূহ

১২. এইডস (Acquired Immune Deficiency Syndrome) সংক্রান্তঃ (কোন উত্তর হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা করুন)

ক. আপনি বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি এইডস সংক্রান্ত অবস্থা বা যৌনবাহিত কোন রোগ সম্পর্কিত কোন চিকিৎসা বা চিকিৎসা বিষয়ক কোন পরামর্শ গ্রহণ করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

খ. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তিকে কি কেউ বলেছেন যে তার এইডস বা এইডস সংক্রান্ত সমস্যা রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

গ. আপনি বীমাকৃত কোন ব্যক্তিকে কি কেউ বলেছেন যে তার রক্তে এইডস ভাইরাসের এন্টিবডি প্রমাণ পাওয়া গেছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

ঘ. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তির কি নিম্নে বর্ণিত কোন শারীরিক অবস্থা বিদ্যমান, যা অজ্ঞাতঃ অবসাদ, ওজন হ্রাস, ডায়রিয়া, লসিকাগ্রন্থির বৃদ্ধি অথবা অস্বাভাবিক ত্বক ক্ষত? ☐ হ্যাঁ ☐ না

উপরের কোন প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হলে, প্রশ্নের নম্বরসহ মেডিকেল পরিষ্কার ফল, তারিখ, স্থিতিকাল, আরোগ্য লাভের অবস্থা ও পূর্ণ ফলসহ চিকিৎসকের নাম, ঠিকানা, চিকিৎসা ব্যবস্থা ও প্রয়োজনীয় সকল বর্ণনা দিন.....

আমি ঘোষণা করছি যে, উপরের প্রতিটি জবাব পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং উপরোক্ত ঘোষণাকে বীমা পুনর্বহাল, পরিবর্তন, বা ইস্যুর ভিত্তি হিসেবে গ্রহণ করতে সম্মত আছি। আমি সম্মত আছি যে, শুধুমাত্র বীমার বিপরীতে বকেয়া প্রিমিয়াম বা অন্য কোন পেমেন্ট দিলেই বীমাটি পুনর্বহাল হবে না, যদি না এবং যতক্ষণ না এই আদেশপত্রটি কোম্পানি কর্তৃক অনুমোদিত হয়। আমি আরো অবগত যে, বীমাটি পুনর্বহালে হলে, এই বীমাতে অন্য কোন বিধান থাকা সত্ত্বেও তার অখণ্ডনীয়তা (Incontestability) বা আত্মবিনাশ (Self-destruction) সংক্রান্ত বিধানগুলো বীমাটির পুনর্বহালের তারিখ থেকে দুই বছরের জন্য নতুন করে কার্যকর হবে।

স্বাক্ষরের স্থান..... তারিখ.....২০২

(শহর)

(দিন)

(মাস)

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম ও স্বাক্ষর

ফিন্যান্সিয়াল অ্যাসোসিয়েটের পূর্ণ নাম, স্বাক্ষর ও কোড

ফোন/মোবাইল.....



হেড অফিসঃ এস কে এস টাওয়ার লেভেল ১২, ডি আই পি রোড, মহাখালী, ঢাকা-১২০৬. ফোন নংঃ +৮৮০২৫৫০৫৮৩৫৮-৬১, মোবাইল নংঃ +৮৮০১৭৬৯-০৫৯৩৩৩

দ্বিতীয় অংশঃ মেডিকেল পরীক্ষা
লক্ষণীয়ঃ অনুগ্রহ করে বীমাকৃত ব্যক্তির পরিচয় নিশ্চিত করুন

পরিচিতির ধরন নম্বর..... বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর

১।ক)আপনি কতদিন যাবৎ বীমাকৃত ব্যক্তিকে চেনেন..... খ) আপনার কি আত্মীয়?..... গ) জাতি.....

২।ক) উচ্চতা.....ফুট..... ইঞ্চি গ)আপনি কি তার ওজন নিয়েছেন? ☐ হ্যা ☐ না ঘ) পরিধি } বুকের মাপ স্বাভাবিক..... ইঞ্চি
খ) ওজন..... পাউন্ড/কেজি আপনি কি তার মাপ নিয়েছেন ☐ হ্যা ☐ না শুধুমাত্র } বুকের মাপ সম্প্রসারিত ইঞ্চি
পুরুষের ক্ষেত্রে } পেট (নাভি বরাবর) ইঞ্চি

- ৩.আপনার অনুসন্ধান বা ডাক্তারি পরীক্ষায় মস্তিষ্ক,বুক,পরিপাক,যৌন,মূত্রাশয় কারডিওভাস্কুলার, যকৃৎ, গ্রন্থি ও স্নায়বিক কোন বর্তমান,বা পুরনো অসুস্থতা প্রকাশ করে কি? (প্রয়োজনে বিবরণ দিন)
- ৪.ক) বীমাকৃত ব্যক্তিকে দেখে কি অসুস্থ মনে হয়
খ) তাকে কি উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশি বয়সি মনে হয়? কেন?
গ) তিনি কি চোখে দেখতে অথবা কানে শুনতে অসুবিধা বোধ করেন?
ঘ) তার কি পিউপিলারি(Pupillary) ও প্যাটেলার (Patellar) রিফ্লেক্স অস্বাভাবিক?
ঙ) তার বিকলাঙ্গতা বা অন্য কোন শারীরিক সমস্যা রয়েছে ?
চ) তার কি কখনো সিফিলিসের জন্য সেরোলজিকাল(serological)টেস্ট করানো হয়েছে?(কারণ,তারিখ,ও ফল লিপিবদ্ধ করুন)
ছ) তার উদরে কি ভেরিকোসটিস(Vericostes) বা হার্নিয়া রয়েছে?
(স্থান চিহ্নিত করণ ও বিবরণ দিন)
জ) আপনার জানা মতে তার চারিত্রিক অভ্যাসগত বা নৈতিক এমন কোন বৈশিষ্ট আছে কি না , যা বীমা বুকির উপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলতে পারে?

হ্যা না

১০। মেডিকেল পরীক্ষকের নাম ও ঠিকানা

.....

.....

.....

৫.হৃদস্পন্দন (প্রতি মিনিট)

বিশ্রামে	*ব্যায়ামের পর	৫ মিনিট পর

*(বিশ্রাম থেকে ২৫ স্পন্দন বেশি)

৬.রক্তচাপ

সিস্টলিক	ডায়াস্টলিক (৫ম পর্ব)

৭. আর্টারিওস্কেলরসিস (Arteriosclerosis) বা এনিউরিজম (Aneurysm)

এর লক্ষণ বিদ্যমান কি না ☐ হ্যা ☐ না

৮. হার্ট মারমার রয়েছে?..... (বিস্তারিত বিবরণ দিন)

হাইপারট্রফি(hypertrophy)রয়েছে?..... (বিস্তারিত বিবরণ দিন)

৯.ক) ইউরিনালাইসিস

স্পেসিফিক গ্র্যাভিটি	শর্করা	এলবুমিন

খ) আপনি কি ইউরিনের নমুনার বিশ্বাসযোগ্যতা সম্পর্কে সন্তুষ্ট?.....

স্বাক্ষরের স্থান

তারিখ...../...../.....

মেডিকেল পরীক্ষকের স্বাক্ষর,সিল ও আই.ডি নং

শুধুমাত্র হেড অফিসের ব্যবহারের জন্য

☐ অবলিখন বিভাগে প্রেরণ করা হল

☐ অবলিখনকের মতামত:

☐ বীমাকৃত/বীমাকারির মেডিকেল ও ইউরিনালাইসিস রিপোর্ট প্রয়োজন

☐ অনুমোদিত ☐ স্থগিত

☐ প্রত্যাখ্যাত ☐ স্বামী/ পিতা / মাতার পলিসি আগে পুনর্বহাল করতে হবে

(এন.এম.পি-ও/কাতারেজ/বয়স/ক্রেইম এর কারণে)

☐ অতিরিক্ত মতামত: ☐ নতুন সি.এস.সি ১৯জে/সি.এস.সি ২০ ফর্ম জমা দিন

☐ অন্যান্য



হেড অফিসঃ এস কে এস টাওয়ার লেভেল ১২, ভি আই পি রোড, মহাখালী, ঢাকা-১২০৬. ফোন নংঃ +৮৮০২৫৫০৫৮৩৫৮-৬১, মোবাইল নং : +৮৮০১৭৬৯-০৫৯৩৩৩

আভাররাইটরের স্বাক্ষর