



বিস্মিল্লাহির রাহমানির রাহিম
ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিঃ
 অরচার্ড ফারুক টাওয়ার (৫ তলা), ৭২ নয়া পল্টন (ভি.আই.পি রোড), ঢাকা-১০০০।
 ফোন : +৮৮-০২-৯৩৪৯৬৩৯, ৯৩৪৯৫০৭, ফ্যাক্স : +৮৮-০২-৯৩৩৩৭১০

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র

প্রস্তাব/বীমাপত্র নং :

নাম _____ বর্তমান বয়স _____ তালিকা নং _____ মেয়াদ _____

- ১। বীমা গ্রহণকালীন আপনার প্রথম ঘোষণার পর অথবা পলিসির প্রিমিয়াম কিস্তি বন্ধ হওয়ার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা আহত হয়েছিলেন? হলে থাকলে তারিখ এবং স্থিতিকালসহ পূর্ণ বিবরণ দিন। ১। _____
- ২। প্রথম শারীরিক সুস্থতার ঘোষণার পর আপনার পরিবারে (মাতা, পিতা, ভাই, বোন) কারো মৃত্যু হলে থাকলে তাঁর/তাদের মৃত্যুর কারণ, মৃত্যুকালীন বয়স এবং অসুস্থতার স্থিতিকালের পূর্ণ বিবরণ দিন। ২। _____
- ৩। জীবন বীমার জন্য আপনি বর্তমানে কি কখনও অন্য কোন সংস্থার কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন যা প্রস্তাবিত পরিকল্পনায় বা সাধারণ হারে গৃহীত হয়নি? ৩। _____
- ৪। (ক) আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? ৪। ক) _____
 (খ) প্রস্তাবিত শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? (প্রযোজ্য হলে) খ) _____
 মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য :
- ৫। আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? ৫। _____
- ৬। আপনার মাসিক কি নিয়মিত হয়? গত মাসিক এর তারিখ উল্লেখ করুন। ৬। _____
- ৭। কতদিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? ৭। _____

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহক এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে :

- ১। বর্তমানে এবং পূর্ববর্তী ঘোষণায় বর্ণিত সকল বিবৃতি সত্য এবং আমি এমন কোন তথ্য গোপন করিনি বা বাদ দেইনি যার ফলে এই প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্রে বর্ণিত ঝুঁকির তারতম্য ঘটতে পারে।
- ২। উপরে বর্ণিত ঘটনাদি ছাড়া, আমার প্রথম ঘোষণার পর থেকে আজ পর্যন্ত আমি কোন রোগে আক্রান্ত হইনি অথবা আঘাত প্রাপ্ত হইনি এবং আমার নিজস্ব ও পারিবারিক ইতিহাসেও কোন পরিবর্তন হয়নি।

আমি এই মর্মে সম্মত হচ্ছি যে :

- ১। এই প্রস্তাবের/বীমার পরিপ্রেক্ষিতে আমার বর্তমান এবং পূর্ববর্তী ঘোষণাসমূহ ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিমিটেড এবং আমার মধ্যে উক্ত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে।
 - ২। আমার যে কোন ঘোষণায় যদি কোন মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিমিটেড আইন অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।
 - ৩। ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিমিটেড কর্তৃক সাময়িকভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত কোন অগ্রিম টাকা যদি কোন কারণে ওয়াশিল না হয় তাহলে তা শুধু জমা হিসেবে গণ্য হবে এবং কোম্পানির উপর এই বীমা সম্পর্কিত কোন দায়িত্ব বর্তাবে না। কিন্তু উক্ত টাকা ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিমিটেড-এর খাতায় ওয়াশিল করা হলে এবং কেবলমাত্র কোম্পানি কর্তৃক সীলমোহরযুক্ত ও স্বাক্ষরিত পাকা রশিদ প্রদান করা হলে কোম্পানি বীমা চুক্তির আইন অনুযায়ী দায়িত্ব গ্রহণ করবে।
- আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, যে কোন হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ, চিকিৎসক, সার্জন অথবা যে কোন ব্যক্তি, যিনি আমার অসুস্থতার সময় চিকিৎসা বা দেখাশুনা করেছেন বা ভবিষ্যতে করবেন, আমার শারীরিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিমিটেডকে জানাতে পারবেন।

স্বাক্ষরের স্থান _____ তারিখ :

সাক্ষীর নাম ও সই _____

পূর্ণ ঠিকানা _____

প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পূর্ণ ঠিকানা _____

বিঃদ্রঃ পূর্বে যদি প্রস্তাবক/বীমা গ্রাহক বাংলায় স্বাক্ষর না করে থাকেন তাহলে ইংরেজী এবং বাংলা উভয় ভাষাতেই স্বাক্ষর করবেন।
 প্রস্তাবপত্রে প্রদত্ত স্বাক্ষরের অনুরূপ স্বাক্ষর হতে হবে।

শিশুর স্বাক্ষর/টিপসই (প্রযোজ্য হলে)

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট

নাম _____ বয়স (নিকটতম জন্মদিনে) _____ তারিখ ও মেয়াদ _____

১। ডাক্তারী পরীক্ষার ফলে কি অতীতের বা বর্তমানের কোন (ক) মস্তিষ্কজনিত
(খ) শ্বাস-প্রশ্বাসজনিত (গ) হৃৎপিণ্ড এবং রক্ত সঞ্চালন জনিত (ঘ) মূত্রগ্রন্থিজনিত
(ঙ) পাকস্থলি ও অন্ত্রজনিত বা (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 _____
২। ডায়াস্টোলিক _____

৩। বুকের মাপ :
(ক) পূর্ণ শ্বাস নিয়ে _____ ইঞ্চি
(খ) পূর্ণ শ্বাস ত্যাগ করে _____ ইঞ্চি
পেটের মাপ (নাড়ির উপরে) _____ ইঞ্চি
উচ্চতা _____ ফুট _____ ইঞ্চি
ওজন _____ কেজি/পাউন্ড

৪। মূত্র পরীক্ষার ফলাফল :
সুগার _____ এলব্রুমেন _____
আপেক্ষিত গুরুত্ব _____

মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য

আপনি কি গর্ভাবস্থায় কোন লক্ষণ দেখতে পেয়েছেন বা আশংকা করছেন? _____

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

স্থান _____ তারিখ _____ ডাক্তারের স্বাক্ষর _____

পূর্ণ নাম _____

পদবী/ডিগ্রী _____

রেজিস্ট্রেশন নং _____

পূর্ণ ঠিকানা _____

কোড নং _____

প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহক এর স্বাক্ষর

(ডাক্তারের সম্মুখে স্বাক্ষর দিতে হবে)

বিঃ দ্রঃ ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট এর ক্ষেত্রে ফরমের উভয় পৃষ্ঠা পূরণ করতে হবে।

পরীক্ষক ডাক্তারের গোপনীয় রিপোর্ট :-