



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং- ৩৭, রোড নং- ৪৫ (দক্ষিণ)
৯০ (উত্তর) গুলশান-২, ঢাকা-১২১২, বাংলাদেশ।

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র

দেয় তারিখ :

বীমাপত্র/প্রস্তাবপত্র নং

নাম.....বর্তমান বয়স..... পরিকল্পন নং মেয়াদ.....

- ১। বীমা গ্রহণকালে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা আহত হয়েছিলেন? হয়ে থাকলে তারিখ এবং স্থিতিকালসহ পূর্ণ বিবরণ দিন।
- ২। প্রথম শারীরিক সুস্থতার ঘোষণার পর আপনার পরিবারে (মাতা, পিতা, ভাই, বোন) কারো মৃত্যু হয়ে থাকলে মৃত্যুর তারিখ, কারণ, মৃত্যুকালীন বয়স এবং অসুস্থতার স্থিতিকালের পূর্ণ বিবরণ দিন।
- ৩। জীবন বীমার জন্য আপনি কি কখনও অন্য কোনো বীমা প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন, যা প্রস্তাবিত পরিকল্পনানুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয়নি?
- ৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?

মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য :

- ৫। আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা?
- ৬। আপনার সন্তান প্রসব সব সময় স্বাভাবিক হয়েছে কি?
- ৭। শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ (প্রস্তাবপত্রের অনুরূপ গ্রহণযোগ্য নয়) :
- ৮। সর্বশেষ মাসিকের তারিখ :

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী জীবন বীমা প্রস্তাবক / গ্রাহক এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে :

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

আমি এই মর্মে সম্মত হচ্ছি যে :

- ১। এই প্রস্তাব/জীবন বীমার পরিপ্রেক্ষিতে আমার বর্তমান এবং পূর্ববর্তী অথবা পরবর্তী ঘোষণাসমূহ ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড এবং আমার মধ্যে উক্ত বীমাচুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে।
- ২। আমার যে কোনো ঘোষণার মধ্যে যদি কোনো মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে কোম্পানী আইন অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।
- ৩। কোম্পানী কর্তৃক সাময়িকভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত অগ্রিম কোন টাকা যদি কোনো কারণে ওয়াশিল না হয় তাহলে তা শুধু জমা হিসাবে গণ্য হবে এবং কোম্পানীর উপর এ বীমা সম্পর্কিত কোনো দায়িত্ব বর্তাবে না। উক্ত টাকা কোম্পানীর খাতায় ওয়াশিল করা হলে এবং কেবলমাত্র কোম্পানী কর্তৃক সীলমোহরকৃত পাকা রসিদ প্রদান করা হলেই কোম্পানী চুক্তির বিধান অনুযায়ী দায়-দায়িত্ব গ্রহণ করবে। আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, যে কোনো হাসপাতাল, চিকিৎসক, সার্জন অথবা যে কোনো ব্যক্তি যিনি আমার অসুস্থতার সময় চিকিৎসা বা দেখাশুনা করেছেন বা ভবিষ্যতে করবেন, তিনি আমার শারীরিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেডকে জানাতে পারবে।

প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহক আমার (সাক্ষীর) সম্মুখে স্বাক্ষর করেছেন :

সাক্ষীর স্বাক্ষর

স্বাক্ষরের স্থান তারিখ

নাম

পূর্ণ ঠিকানা

প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

তারিখ

পূর্ণ ঠিকানা

মোবাইল নম্বর

এপ্রিল/২০১৪/১৫০০ প্যাড।

দ্রষ্টব্য : প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহককে মূল প্রস্তাবপত্রের অনুরূপ স্বাক্ষর দিতে হবে।

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট

নাম.....বয়স (নিকটতম জন্মদিনে) পরিকল্প ও মেয়াদ

১। ডাক্তারী পরীক্ষার ফলে কি অতীতের বা বর্তমানের কোন মস্তিষ্কজনিত, শ্বাস-প্রশ্বাসজনিত, হৃৎপিণ্ড এবং রক্ত সঞ্চালনজনিত, মূত্রতন্ত্রজনিত, পাকস্থলী, অন্ত্রজনিত বা স্নায়ুজনিত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে ?

উত্তর হ্যাঁ হলে তার পূর্ণ বিবরণ দিন হ্যাঁ না
..... হ্যাঁ না

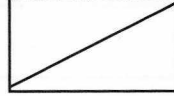
২। সকল দিক দিয়ে হৃৎপিণ্ড কি স্বাভাবিক অবস্থায় আছে ?

৩। (ক) নাড়ির গতি (প্রতি মিনিটে)

(খ) নাড়ির ধরণ

(গ) রক্তচাপ :

সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক



৪। বুকের মাপ :

(ক) পূর্ণশ্বাস নিয়ে সেঃমিঃ/ইঃ

(খ) পূর্ণশ্বাস ত্যাগ করে সেঃমিঃ/ইঃ

৫। পেটের মাপ (নাভীর উপরে) সেঃমিঃ/ইঃ

৬। উচ্চতা (জুতা ছাড়া)..... সেঃমিঃ/ইঃ

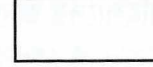
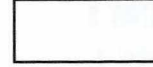
৭। বর্তমান ওজন..... পাউন্ড/কেজি

মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :

আপনি কি গর্ভাবস্থার কোনো লক্ষণ দেখতে পেয়েছেন ?

হ্যাঁ

না



আমি ডাক্তার এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, আমি উপরে উল্লেখিত প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহককে পরীক্ষা করেছি এবং ফলাফল লিপিবদ্ধ করেছি। আমি বীমার জন্য এই জীবন উপযুক্ত বলে মনে করি। আমি আরও প্রত্যয়ন করছি যে, বীমাগ্রাহক আমার সম্মুখে স্বাক্ষর করেছেন।

প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা/জীবন বীমাগ্রাহক-এর প্রচলিত স্বাক্ষর

[ডাক্তারের সম্মুখে একই কালিতে স্বাক্ষর দিতে হবে।]

স্থান ও তারিখ

ডাক্তারের স্বাক্ষর

পূর্ণ নাম

ডিগ্রী..... তারিখ

রেজিস্ট্রেশন নং.....

পূর্ণ ঠিকানা

কোম্পানীর কোড নং

মোবাইল নম্বর

বিঃ দ্রঃ ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট দেয়ার সময় ফরমের উভয় দিকই একই কালিতে পূরণ করতে হবে।

পরীক্ষক ডাক্তারের গোপনীয় রিপোর্ট :

(প্রয়োজন বোধে)