

ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

গণ-গ্রামীণ বীমা ডিভিশন

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।

ইউনিট কোড :

--	--	--	--	--	--

বীমা এজেন্ট কোড :					
-------------------	--	--	--	--	--

জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র

পলিসি নম্বরঃ

(প্রস্তাবককে স্বহস্তে অথবা তাঁর নির্দেশানুযায়ী পূরণ করতে হবে)

১. (ক) প্রস্তাবিত বীমাবৃত্তের পূর্ণ নাম (বাংলায়):
 (ইংরেজী বড় অক্ষরে):
 (খ) বিবাহিত হলে স্বামী/স্ত্রীর নাম:
 (গ) পিতার নাম: (ঘ) মাতার নাম:
 (ঙ) শিক্ষাগত যোগ্যতা: (চ) পেশার পূর্ণ বিবরণ:
 (ছ) চাকুরিরত হলে প্রতিষ্ঠানের নাম: (জ) নিয়মিত বার্ষিক আয়:

২. প্রস্তাবিত বীমাবৃত্তের জন্য: (ক) জন্ম তারিখ (খ) বয়স (গ) বয়স প্রমাণের বিবরণ
 (ঘ) জন্মস্থান (ঙ) জাতীয়তা (চ) ধর্ম
 (ছ) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য (জ) জাতীয় পরিচয় পত্র (আইডি) নম্বর

৩. বীমাবৃত্ত/বীমা গ্রাহকের ঠিকানা:
 (ক) স্থায়ী ঠিকানা: (খ) যোগাযোগের ঠিকানা:

 পোস্ট কোড:
 পোস্ট কোড: বীমা গ্রাহকের মোবাইল নং :
 নিজস্ব মোবাইল নম্বর না হলে টিক (✓) চিহ্ন দিন। (স্বামী/স্ত্রী/সন্তান/পিতা/মাতা/ভাই/বোন)

৪. (ক) পরিকল্পের নাম: (খ) পরিকল্প নং ও মেয়াদ: (গ) সহযোগী বীমার নাম :
 (ঘ) বীমা অংক: (ঙ) প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি: মাসিক/ত্রৈমাসিক/ষান্মাসিক/বার্ষিক
 (চ) বীমার মূল প্রিমিয়াম (টাকা) (ছ) সহযোগী বীমার প্রিমিয়াম (টাকা) (জ) পেশাগত অতিরিক্ত (টাকা): মূলবীমা
 সহযোগী বীমা মোট অতিরিক্ত (টাকা) (ঝ) সর্বমোট প্রিমিয়াম (টাকা) (ঞ) জমাকৃত টাকা
 (ট) ১। রসিদ নং ইস্যুর তারিখ ২। রসিদ নং ইস্যুর তারিখ

৫. বীমাবৃত্তের শারীরিক পরিমাপ:
 (ক) উচ্চতা: সেংমি:। (খ) বুকের মাপ (পূর্ণ শ্বাস নিয়া) সেংমি:। (গ) বুকের মাপ (শ্বাস ত্যাগের পর) সেংমি:
 (ঘ) পেটের মাপ সেংমি:। (ঙ) বর্তমান ওজন কেজি।

৬. মহিলা আবেদনকারীর ক্ষেত্রে অতিরিক্ত প্রশ্নমালা:
 (ক) আপনি কি বিবাহিতা? (খ) সর্বশেষ সন্তানের জন্ম তারিখ (গ) এখন কি সন্তান সম্ভবা? (ঘ) সর্বশেষ মাসিকের তারিখ
 (ঙ) স্বামীর পরিচয় (১) নাম (২) পেশা (৩) বার্ষিক আয়

মনোনীতক (২০১০ সালের বীমা আইনের ৫৭ ধারা অনুযায়ী)

৭. মনোনীতকের নামঃ জন্ম তারিখ বীমাবৃতের সাথে সম্পর্ক
 অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নামঃ জন্ম তারিখ মনোনীতকের সাথে সম্পর্ক
৮. এই কোম্পানীতে আপনার অন্য কোন জীবন বীমা থাকলে নীচে বর্ণনা দিনঃ

প্রস্তাবপত্র/পলিসি নং	শুরুর তারিখ	পরিকল্পন নং ও মেয়াদ	বীমা অংক	প্রিমিয়াম কিস্তি	কি শর্তে গৃহীত হয়েছে

- ### ৯. বীমাব্যতের পারিবারিক ইতিহাসঃ

সম্পর্ক	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	স্বাস্থ্যের অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	সন
পিতা						
মাতা						
ভাই						
বোন						
স্বামী/স্ত্রী						
ছেলে						
মেয়ে						

মহিলা বীমাবৃত্তের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবেঃ গর্ভাবস্থায় বা সন্তান জন্মের তিন মাসের মধ্যে পলিসি গ্রহণ বা পুনর্বহাল করা যাবে না।

প্রস্তাবিত বীমাবৃত্তের স্বাস্থ্য সম্পর্কে নিজস্ব বিবৃতি

নীচের প্রতিটি প্রশ্নের উত্তরের জন্য নির্দিষ্ট স্থানে



টিক চিহ্ন দিন।

১০. (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?-----	হ্যাঁ না	(ঘ) এপেন্ডিসাইটিস, পুরাতন বা রক্ত আমাশয়, আলসার, অর্ধ, হার্নিয়া, পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন রোগ।-----	হ্যাঁ না
(খ) গত ১ বছরের মধ্যে ওজনের তারতম্য হয়েছে কি? হলে নীচে বিস্তারিত লিখুন।-----	হ্যাঁ না	(ঙ) মুত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা, এ্যালবুমিন, পুঁজের উপস্থিতি বা মুত্রাশয়ে অন্য কোন রোগ।-----	হ্যাঁ না
(গ) আপনার সামরিক বাহিনীতে যোগদানের সম্ভবনা আছে কি?	হ্যাঁ না	(চ) ক্যান্সার, টিউমার, বাতজ্বর, অস্টি ও অস্টিসন্ধি, রক্ত, চর্ম, নাক, কান ও গলার কোন রোগ।-----	হ্যাঁ না
১১. (ক) আপনার কি কখনও কোন অস্ত্রোপচার বা আহত হওয়ায় ডাক্তারের পরামর্শ প্রয়োজন হয়েছিল?-----	হ্যাঁ না	১৪. (ক) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক যেমন- হাঁপানি, ডায়াবেটিস, কুষ্ঠ, পাগলামি ইত্যাদি রোগ আছে কি? ----	হ্যাঁ না
(খ) আপনি কখনও স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় (যেমন-এক্স-রে, কার্ডিওগ্রাম, রক্ত, প্রেসার পরীক্ষা ইত্যাদি/ শৈল চিকিৎসানুসন্ধান করেছেন?-----	হ্যাঁ না	(খ) আপনি বিগত ৫ বছরে প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত কারণগুলি ছাড়া অন্য কোন কারণে ডাক্তারের পরামর্শ নিয়েছেন কি? -----	হ্যাঁ না
১২. জন্মগত কোন বৈকল্য বা অস্বাভাবিক কোন রোগ আছে কি না ?	হ্যাঁ না	(গ) আপনি কি কোন মাদক দ্রব্যে আসক্ত?-----	হ্যাঁ না
১৩. নিম্নের এক বা একাধিক রোগে কখনও আক্রান্ত হয়েছেন কি ?	হ্যাঁ না	(ঘ) প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত বিষয়গুলো ছাড়া আপনার জীবনের উপর স্বাস্থ্যগত বা অন্য কোন প্রতিকূল প্রভাব বিস্তারকারী তথ্য জানা আছে কি?--	হ্যাঁ না
(ক) মৃগী, মূর্ছা, মানসিক বা স্নায়বিক রোগ বা ঘন ঘন মাথা ধরা।-----	হ্যাঁ না	১৫. আপনার কি কখনো করোনা ভাইরাস সনাক্ত হয়েছে? -----	হ্যাঁ না
(খ) রক্ত-বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, পুরেসী, বাতজ্বর, নিউমোনিয়া ও শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।-----	হ্যাঁ না		
(গ) হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যাথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ, রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।-----	হ্যাঁ না		

১১ নং থেকে ১৫ নং প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হলে নীচে অসুস্থতার কারণ, সময়কাল, চিকিৎসা, বর্তমান অবস্থা ইত্যাদির পূর্ণ বিবরণ দিন (প্রয়োজনে পৃথক কাগজ ব্যবহার করুন।)

১৬. বীমাবৃত্তের ঘোষণাঃ

আমি প্রস্তাবিত বীমাবৃত্ত এই মর্মে সম্পূর্ণ সুস্থচিত্তে ও সুস্থ মস্তিষ্কে ঘোষণা করছি যে, আমি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি এবং উল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য। আমি কোন প্রকার অসত্য ও শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়ে থাকে বা হয় তবে ডাক্তারী পরীক্ষায় আমি যা ঘোষণা করেছি বা করবো তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে তা করার অনুমতি কোম্পানীকে দিলাম এবং প্রত্যেক জ্ঞাত ব্যক্তিকে আমার সম্পর্কে যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিলাম। উল্লিখিত বিবৃতিতে যদি কোন অসত্য বর্ণনা থাকে, তবে প্রস্তাবিত বীমা চুক্তি বাতিল হবে এবং প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানীর অনুকূলে বাজেয়াপ্ত হবে। আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী..... ইউনিটের বীমাবৃত্ত হিসাবে অন্তর্ভুক্ত হওয়ার জন্য প্রস্তাব করছি। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবকারীর জীবনের ঝুঁকি গ্রহণ না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানীর উপর কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

প্রস্তাবিত বীমাবৃত্তের স্বাক্ষর/টিপসই ও তারিখ

১৭. সাক্ষীর স্বাক্ষরঃ নামঃ..... ঠিকানাঃ.....

বীমা এজেন্টের বিবৃতি

১। প্রস্তাবিত বীমাবৃত্তকে আপনি কত দিন থেকে জানেন?..... ২। তিনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?.....
৩। আবেদনপত্রে প্রস্তাবিত বীমাবৃত্তের উল্লিখিত বয়স কি আপনি সঠিক বলে মনে করেন?..... ৪। আপনি কি তাঁর কোন দুর্ঘটনার কথা জানেন?.....
৫। তাঁর জীবনযাত্রা প্রণালী কি স্বাভাবিক এবং তিনি কি মিতাচারী?..... ৬। আপনার মতে এই বীমা কি কোম্পানীর নিকট সর্বতোভাবে গ্রহণযোগ্য?.....

ইউনিট ব্যবস্থাপকের স্বাক্ষর (সীলসহ), তারিখ ও কোড নং

বীমা এজেন্টের স্বাক্ষর, তারিখ ও কোড নং

অবলিখন সিদ্ধান্ত

পলিসি শুরু তারিখঃ

ঝুঁকি গ্রহণের তারিখঃ