



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার কর্তৃক অনুমোদিত ও নিয়ন্ত্রিত
আলফা ইসলামী লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি
Alpha Islami Life Insurance PLC

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)
(ব্যক্তির জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (লাইফ)

Head Office : A.J. Tower, Plot # 4, Level 2-4 & 6-13, Sonargaon Link Road, Kawran Bazar, Dhaka-1215.
Phone +88 -02 55013304-5, 09678300200, info@alphalife.com.bd, www.alphalife.com.bd

আবেদনপত্র নং (Application No)

ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েটের নাম
(Name of Financial Associate):

কোড নং (Code No):

০১। পলিসির নাম (Name of Policy) :

পলিসি শুরুর তারিখ (Date of Comm.) :

পলিসি নম্বর (Number of Policy) :

পলিসির ধরণ (Type of Policy) :

প্রদেয় কিস্তির সংখ্যা (N. of Premium) :

পুরুষ (Male)

মহিলা (Female)

মেডিকেল (Medical)

নন-মেডিকেল (Non-Medical)

গ্রাহকের পাসপোর্ট সাইজের ০১ কপি ছবি।

(01 copy passport size
photograph of applicant)

০২। বীমা গ্রাহকের তথ্য/পরিচিতি (Policy Holder's Information) :

গ্রাহকের পূর্ণ নাম-বাংলায় (Full Name in Bengali)	
ইংরেজীতে (In English)	
পিতার নাম (Father's Name)	
মাতার নাম (Mother's Name)	
স্বামী/স্ত্রীর নাম (Spouse Name)	
ফোন/মোবাইল নম্বর (Phone/Mobile Number)	
বিকল্প মোবাইল নম্বর (Alternate Mobile No.)	
জাতীয়তা (Nationality)	
ই-মেইল যদি থাকে (E-mail if any)	
ধর্ম (Religion)	
শিক্ষাগত যোগ্যতা (Educational Qualification)	
জন্ম তারিখ (Date of Birth)	
বয়স (Age)	

মনোনীতকের পাসপোর্ট সাইজের ০১ কপি ছবি।
[01 copy passport size
photograph of Nominee (s)]

০৩। পরিচিতিপত্র (Introducing Letter) :

ক) জাতীয় পরিচয় পত্র/পাসপোর্ট নং/জন্ম সনদ নং (National ID/ Passport No/Birth Certificate) : হ্যাঁ/Yes ☐ না/No ☐
খ) ই-টিআই এন-যদি থাকে (E-TIN if any) : হ্যাঁ/Yes ☐ না/No ☐
গ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নম্বর (Driving License Number) : হ্যাঁ/Yes ☐ না/No ☐
ঘ) অন্যান্য (Others) : হ্যাঁ/Yes ☐ না/No ☐

০৪। স্থায়ী ঠিকানা (Permanent Address) :

০৫। বর্তমান ঠিকানা (Present Address) :

০৬। পেশার পূর্ণ বিবরণ (Details of occupational status) :

০৭। গ্রাহকের অর্থের উৎস (Source of Income) :

০৮। অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি (Verification of source of income) :

০৯। প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম, ব্যাংক / নগদ (Mode of Collection, Bank/Cash) :

১০। ব্যাংক হিসাব নং-যদি থাকে (Bank Account No-if required) : শাখা (Branch) : ব্যাংকের নাম (Bank Name) :
(সকল দাবী পরিশোধের পূর্বে নিজ ব্যাংক হিসাব নম্বর প্রদান করতে হবে- Applicants Bank Account Number is to be submitted before claim settlement)

১১। নমিনীর তথ্য (Information of Nominee) :

মনোনীত ব্যক্তির নাম-১ (Name of Nominee-1)	বয়স (Age)	সম্পর্ক (Relation)	%
মনোনীত ব্যক্তির নাম-২ (Name of Nominee-2)	বয়স (Age)	সম্পর্ক (Relation)	%
জাতীয় পরিচয় পত্র/পাসপোর্ট নং/জন্ম নিবন্ধন সনদ নং (National ID/Passport No/Birth Certificate)			
মোবাইল নম্বর (Mobile Number)	ই-মেইল, যদি থাকে (E-mail-if any)		

▶ নমিনী অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে (Nominee in case of minor age) :

অভিভাবকের নাম (Name of Guardian)	
পেশা (Occupation)	বয়স (Age) সম্পর্ক (Relation)

(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে- In case of multiple nominees all information and distribution of claim percentage must be provided [বিশেষ দৃষ্টব্যঃ শুধুমাত্র আমার মৃত্যুর পর মনোনীতক(গণ) বীমার টাকা গ্রহণ করতে পারবেন এবং তার/তাদের নিজ দায়িত্বে ফারায়েজ অনুসারে ওয়ারিশ গণের মধ্যে বন্টন করবেন।]
[N.B.My nominee(s) will receive benefit as per the terms & conditions of policy and he/she will distribute the same under in their own responsibility among the heir farayez]

১২। আপনার বা আপনার পরিবারের কারো জীবনের উপর আলফা ইসলামী লাইফ/অন্য কোন কোম্পানীতে বীমা প্রস্তাব থাকিলে নিম্নের ছকে উল্লেখ করুন :

(If or any of your family member's have any policies with Alpha Islami Life Insurance Limited/any other organizations please provide details below).

বীমাপত্র নং (Policy No)	বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম (Name of the Company)	বীমা অংক (Sum Assured)	পরিকল্পন নং ও মেয়াদ (Plan & Term)	বীমা শুরুর তারিখ (Date of Commencement)	কি শর্তে গৃহীত (Acceptance Condition)	মন্তব্য (Remarks)

১৩। বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য (Reasons for Policy) : মাসিক আয় (Monthly Income) :

১৪। বীমা অংক (Sum Assured) : টাকা (Taka), বার্ষিক পেনশন (Yearly Pension)/বৃত্তি (Stipend).....

১৫। পরিকল্পন নং (Product No) : মেয়াদ (Term):..... বছর (Year), ১৫। প্রস্তাবিত প্রিমিয়াম (Proposed Premium):

১৬। প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি (Mode of Payment) :

১৭। সহযোগী বীমা (Supplementary Coverage) :

জটিল/দূরারোগ্য ব্যাধির পরিমাণ (CC) : হাসপাতাল সুবিধা (HC) : স্ত্রী (Spouse)

১৮। শিক্ষা/শিশু নিরাপত্তা পলিসির জন্য প্রযোজ্য (Applicable for Education/Child Protection Assurance) : (Plan No) :

(ক) শিশুর নাম (Name of Child) : জন্ম তারিখ (Date of Birth) : বয়স (Age) :

(খ) লিঙ্গ (Gender) : (গ) প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক (Relation with the payor) :

▶ শিক্ষা/শিশু স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি-Statement about Education/child health (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য-Applicable for Education child protection assurance) :

(ক) শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ? (Is the Child presently healthy) :

(খ) তার কোন অঙ্গহানি, টাইফয়েড, ধনুষ্ঠংকার, পোলিও, হাম, জন্ডিস বা জন্মগত অন্যকোন রোগ আছে? (Is there any physical disability Typhoid, Tetanus, Polio, Ham, Jaundice or congenital infirmity)

১৯। বীমা গ্রহীতার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি (Health Statement of the Policy Holders) :

(ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (Are you healthy now)

হ্যাঁ/Yes

না/No

(খ) আপনি কি অতীতে এবং বর্তমানে হৃদরোগ, ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, যক্ষা, হাঁপানী, কিডনি, বাতজ্বর, নিউমোনিয়া, শ্বাসযন্ত্রের রোগ, পাকস্থলী বা অন্ত্রের রোগ, মূত্রাশয়ের রোগ, যৌনরোগ, এইডস, ক্যান্সার, লিভার সিরোসিস, মানসিকরোগ অথবা অন্য কোন পীড়া বা রোগে ভুগেছেন বা ভুগছেন? (Have you ever been suffering from Heart disease, Diabetics, High Blood Pressure, Tuberculosis, Asthma, kidney, Remetic fever, pneumonia, Respiratory disease, Stomach or Bowel infection, Urinary disease, Sexual disease, Aids, Cancer, Liver cirrhosis, Mental disease or any other disease).

হ্যাঁ/Yes

না/No

(গ) আপনি কি কোন অস্ত্রোপচার এবং দুর্ঘটনার সম্মুখীন হয়েছেন? (Have you faced in accident & surgical operation?)

হ্যাঁ/Yes

না/No

২০। মহিলা প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে অতিরিক্ত প্রশ্নমালা (Additional Questionnaire for female proposals) :

(ক) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? (Are you pregnant now?)

হ্যাঁ/Yes

না/No

যদি অন্তঃসত্ত্বা হন তবে কখন সন্তান আশা করেন (If you are pregnant when you expect delivery) :

(খ) সন্তান প্রসব সব সময় স্বাভাবিক হয়েছে কি? (Were your past delivery normal?)

হ্যাঁ/Yes

না/No

(গ) শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ (Date of birth of your last child) :

(ঘ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে, স্তন বা জরায়ু সংক্রান্ত কোন পীড়ায় ভুগেছেন/ভুগছেন (Have you ever been suffering from synecology, breast or uterus relevant disease)

হ্যাঁ/Yes

না/No

(ঙ) আপনার সর্বশেষ মাসিকের তারিখ (Last Menstruation date) :

[প্রয়োজনে আলাদা কাগজে ১৮, ১৯ ও ২০ নং অথবা আপনার/সন্তানের (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে) অন্যকোন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি আলাদা কাগজে বিস্তারিত লিখে সংযুক্ত করুন] [If Necessary, attach details No. 18, 19 and 20 on a separate paper or any other health related Statement of you/Child. (In case of Education/Child Insurance) on a separate paper]

২১। বীমা গ্রাহকের বুকি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

২২। আপনার বর্তমান শারীরিক পরিমাপ উল্লেখ করুন (Your present physical measurement) :

ক উচ্চতা (Height) : ফুট/মি. (Feet/Meter) ইঞ্চি/সেংমিঃ (Inch/C.M.).

খ ওজন (Weight) : কেজি/পাউন্ড (kg/Lbs).

গ বুকের মাপ (Chest size) (পূর্ণ শ্বাসসহ Breath in) ইঞ্চি/সেংমিঃ (Inch/C.M.).

ঘ বুকের মাপ (Chest size), শ্বাস ত্যাগ করার পর- (Breath out) ইঞ্চি/সেংমিঃ (Inch/C.M.).

ঙ নাভী বরাবর পেটের মাপ (Waist Measurement) : ইঞ্চি/সেংমিঃ (Inch/C.M.).

চ সনাক্তকরণের জন্য আপনার/সন্তানের (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে) বিশেষ কোন চিহ্ন থাকলে লিখুন : (Special mark of you/your child (Education/Child protection assurance)-if any)

২৩। পারিবারিক ইতিহাস (Family History)

সম্পর্ক (Relation)	জীবিত (Alive)			মৃত (Dead)			
	সংখ্যা (Number)	বয়স (Age)	বর্তমান শারীরিক অবস্থা (Current Physical Status)	মৃত্যুকালে বয়স (Age during Death)	মৃত্যুর কারণ (Reason of Death)	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব (Duration of last Illness)	মৃত্যুর সন (Year of Death)
পিতা (Father)							
মাতা (Mother)							
ভাই (Brother)							
বোন (Sister)							
স্বামী/স্ত্রী (Spouse)							
ছেলে (Son)							
মেয়ে (Daughter)							

১। আলফা ইসলামী লাইফের সম্মানিত গ্রাহকদের কিস্তি/প্রিমিয়াম এজেন্ট কর্তৃক নগদ গ্রহণ করা হয় না। প্রিমিয়াম নিজে জমা দিন নিশ্চিত থাকুন।

২। আমরা ৭ (সাত) কর্ম দিবসের মধ্যে সকল বীমা দাবী নিষ্পত্তি করি।

৩। SB/Part Payment & Maturity ও নির্দিষ্ট তারিখে পরিশোধ করা হয়।

নিম্নবর্ণিত প্রশ্নসমূহ উত্তরে হ্যাঁ বা না পরীক্ষাকারী ডাক্তার কর্তৃক পূরণীয় (Following questionnaires will be filled up by examining doctor with mark Yes or No)

(কেবল মাত্র মেডিকেল পলিসির জন্য প্রযোজ্য- Only applicable for the medical policy)

০১	ক) আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে কোনভাবে সম্পর্কযুক্ত ? (Is there any relationship with the proposer)	০৫	গণোরিয়া, স্ফিলিস, যৌন বা মূত্রনালী ছাড়া অন্যকোন রোগের চিহ্ন আছে কি? (Is there any disease of the genital organs other then (Testes epididymes,prostate)	
	খ) প্রস্তাবকের মধ্যে অকাল বার্ধক্যের কোন ছাপ আছে কি ? (Healthy,looks declared age)		ক) উচ্চতা (Height) %.....ফুট/মি. (Feet/Meter)..... সেঃমিঃ/ইঃ (Inch/C.M)	
০২	তাকে দেখতে রক্তশূন্য, চিউমার, চর্মরোগ, পাকস্থলী, শ্রবণ ও দৃষ্টিশক্তিসহ অন্যকোন অসুস্থ বলে মনে হয় কি (Have you seen any abnormalities in hepatomegaly, Tumour, Skin eruption ,Stomach, herein eye sight)	০৬	খ) ওজন (Weight) %..... কেজি/পাউন্ড(kg/lb).	
			গ) পূর্ণ শ্বাস নিয়ে (Breath in)..... সেঃ মি/ইঃ (Inch/C.M.)	
০৩	হৃদপিণ্ড, গা- ফোলা ও শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিক কি স্বাভাবিক অথবা অসুস্থতা আছে কি? Is the heart sounds normal (Intensit,splitting, etc)		ঘ) শ্বাস ত্যাগ করার পর-(Breath out)সেঃ মি/ইঃ (Inch/C.M.)	
			ঙ) নাভী বরাবর পেটের মাপ (Waist Measurement)সেঃ মি (C.M)/ ইঃ (Inch):.....	
০৪	ক) নাড়ির গতি কত ? ধরণ কেমন ? (Is pulse rate , is normal)		চ) সনাক্তকরণ চিহ্ন Mark of identification (if any) %.....	
	খ) রক্তচাপঃ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক। (Blood pressure: Systolic...../Diastolic.....)	০৭	প্রস্তাবকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি তাকে দীর্ঘায়ু মনে করেন কি? (Do you thing the proposer may be a long life by considering the health condition & family history)	
		০৮	আপনার বিবেচনায় তিনি কি সকল দিক দিয়ে জীবন বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন বীমাধারী ? (Do you consider him/her as a fast class insurance policy holder in all sense.)	

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের প্রতিবেদন, স্বাক্ষর (সীলসহ)- Statement & signature of the Registered Doctor (seal) :	অবলিখন সিদ্ধান্ত (Underwriting Decision) :

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক (প্রিমিয়ামদাতা) এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত প্রশ্নগুলির যে উত্তর আমি প্রদান করেছি তা সঠিক ও সত্য বলে বিশ্বাস করি এবং আমি কোন প্রকার অসত্য ও শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। এই আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষায় আমি যাহা ঘোষণা করেছি বা করব তাহা প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে, তা করার জন্য কোম্পানীকে অনুমতি দিলাম। উপরে বর্ণিত তথ্যের কোন পরিবর্তন হলে কোম্পানীকে জানানো আমার দায়িত্ব, অন্যথায় বীমা আইন ২০১০ অনুযায়ী কোম্পানী আমার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করবে।

আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাব বিবেচনার পর এফ.পি.আর ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানীর উপর দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

Declaration

(If the company wants to make any investigation on my statement and if there found anything wrong then company reserve the right to reject the policy and premium might be canceled)
(I also declare that until first premium receipt (FPR) is being issued the company will not be responsible under this proposed agreement/policy)

তারিখ (Date) :

গ্রাহকের স্বাক্ষর (১) :

(Signature of the Policyholder)

(২)

শিশুর স্বাক্ষর বা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে):

(Signature or Thumb print of the child)

ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েট/অর্গানাইজারের বিবৃতি (Statement of the Financial Associate/Field Organizer)

আমি প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে দেখেছি, তিনি সুস্থ আছেন। আমার মতে আবেদনপত্রটি সর্বোত্তমভাবে গ্রহণযোগ্য (I observed the proposer/applicant, he is quiet well. This Application form/ applicant may be accepted)

ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েট এর স্বাক্ষর

(Signature of the F.A)

ইউনিট ম্যানেজার এর স্বাক্ষর ও কোড

(Signature of the U.M & Code)

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার এর স্বাক্ষর ও কোড

(Signature of the B.M & Code)

সংযুক্তিঃ (Enclosure) : গ্রাহক এবং মনোনীতক এর পাসপোর্ট সাইজের ০১ কপি সাম্প্রতিক রঙ্গিন ছবি, বয়স প্রমাণের জন্য জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদ/ড্রাইভিং লাইসেন্স/ পাসপোর্ট/ এসএসসি সার্টিফিকেট এর ফটোকপি প্রদান করতে হবে। (OI copy passport size recent color photograph of applicant & his/her nominee's photocopy of age verification-NID/Birth Certificate/Driving License/ Passport/SSC Certificate)

বিঃ দ্রঃ আপনার মূল্যবান পলিসির নিরাপত্তার স্বার্থে সতর্কতার সাথে লক্ষ্য রাখবেন এ পলিসি অন্য কোথাও যেন স্থানান্তর/হস্তান্তর না হয়। পলিসি অন্যত্র স্থানান্তর করলে যদি আপনি ক্ষতির সম্মুখীন হন, তবে কোম্পানী কোন দায়-দায়িত্ব বহন করবে না। (Please note that keep Your eyes carefully on your policy for your own interest, this policy is not transferable to any where or any other company. If the policy will transfer AILIL will not bear the responsible Regarding your life insurance policy)