



আলফা ইসলামী লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি Alpha Islami Life Insurance PLC

প্রধান কার্যালয় : এ, জে, টাওয়ার, প্লট - ৪, লেভেল - ২-৪ ও ৬-১৩, সোনারগাঁও লিংক রোড, কাওরান বাজার, ঢাকা - ১২১৫।

ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র

দেয় তারিখঃ

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 প্রস্তার 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 সন্তবা?
- ৬। শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ :
- ৭। সর্বশেষ মাসিকের তারিখ :

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী জীবন বীমার প্রস্তাবক/গ্রাহক এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে :

- ১। এখানে এবং পূর্ববর্তী ঘোষণায় বর্ণিত আমার সকল বিবৃতি সত্য এবং আমি এমন কোনো তথ্য গোপন করিনি বা বাদ দেইনি যার ফলে এই প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র 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 ঘোষণাসমূহ আলফা ইসলামী লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি এবং আমার মধ্যে উক্ত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে।
- ২। আমার যে কোন ঘোষণার মধ্যে যদি কোনো মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে কোম্পানীর বিধান অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।
- ৩। কোম্পানী কর্তৃক সাময়িক ভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত অগ্রিম কোন টাকা যদি কোনো কারণে গৃহীত না হয় তাহলে তা শুধু জমা হিসেবে গণ্য হবে এবং কোম্পানীর উপর এই বীমা সম্পর্কিত কোনো দায়িত্ব বর্তাবে না। উক্ত টাকা কোম্পানীর খাতায় ওয়াশিল করা হলে কেবলমাত্র কোম্পানী কর্তৃক সীলমোহরকৃত পাকা রসিদ প্রদান করা হলেই কোম্পানী চুক্তির বিধান অনুযায়ী দায়-দায়িত্ব গ্রহণ করবে। আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, কোন হাসপাতাল, চিকিৎসক, সার্জন অথবা যে কোন ব্যক্তি যিনি আমার অসুস্থতার সময় চিকিৎসা বা দেখাশুনা করেছেন বা ভবিষ্যতে করবেন, তিনি আমার পারিবারিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ আলফা ইসলামী লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসিকে জানাতে পারবেন।

স্বাক্ষরকারী..... প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর.....

নাম ও পূর্ণ ঠিকানা..... তারিখ.....

..... পূর্ণ ঠিকানা.....

দ্রষ্টব্য : মূল প্রস্তাবপত্রের অনুরূপ স্বাক্ষর দিতে হবে।

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট

নাম.....বয়স (নিকটতম জন্মদিনে).....পরিকল্পন নং ও মেয়াদ.....

১। ডাক্তারী পরীক্ষার ফলে কি অতীতের বা বর্তমানের কোন মস্তিষ্কজনিত, শ্বাস-প্রশ্বাসজনিত, হৃৎপিণ্ড এবং রক্ত সঞ্চালনজনিত, মূত্রাশ্বিজনিত, পাকস্থলী, অন্ত্রজনিত বা স্নায়ুজনিত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে? উত্তর হ্যাঁ হলে তার পূর্ণ বিবরণ দিন

হ্যাঁ ☐ না ☐

২। সকল দিক দিয়ে হৃৎপিণ্ড কি স্বাভাবিক অবস্থায় আছে?

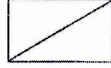
হ্যাঁ ☐ না ☐

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 (নাভী বরাবর)..... সেঃমিঃ/ইঃ

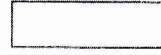
৬। উচ্চতা (জুতা ছাড়া)..... সেঃমিঃ/ইঃ

৭। বর্তমান ওজন..... পাউন্ড/কেজি

মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :
আপনি কি গর্ভাবস্থার কোন লক্ষণ দেখতে পেয়েছেন?

হ্যাঁ

না



আমি ডাক্তার..... এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, আমি উপরের উল্লেখিত প্রস্তাবক/বীমা গ্রাহককে পরীক্ষা করেছি এবং ফলাফল লিপিবদ্ধ করেছি। আমি বীমার জন্য এই জীবন উপযুক্ত বলে মনে করি। আমি আরও প্রত্যাশন করছি যে, বীমাগ্রাহক আমার সম্মুখে স্বাক্ষর করেছেন।

প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা/জীবন বীমা গ্রাহক-এর স্বাক্ষর

[ডাক্তারের সম্মুখে একই কালিতে স্বাক্ষর দিতে হবে]

স্থান ও তারিখ

ডাক্তারের স্বাক্ষর.....

পূর্ণ নাম.....

ডিগ্রী.....

রেজিস্ট্রেশন নং.....

পূর্ণ ঠিকানা.....

কোম্পানীর কোড নং.....

বিঃদ্রঃ ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট দেয়ার সময় ফরমের উভয় দিকে একই কালিতে পূরণ করতে হবে।

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপনীয় রিপোর্টঃ

(প্রয়োজন বোধে)