



সানলাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : বিটিএ টাওয়ার (১৩ তলা), ২৯ কামাল আতাউর্রহমান এভিনিউ, রোড নং-১৭, বনানী, বা/এ, ঢাকা-১২১৩

অবিরাম ডাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র

প্রস্তাবপত্র নং

বীমাপত্র নং

- ১। বীমা গ্রহণকালীন আপনার 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 পরিবারের (মাতা, পিতা, ভাই, বোন) কারও মৃত্যু হয়ে থাকলে মৃত্যুর কারণ, মৃত্যুকালীন বয়স এবং অসুস্থতার স্থিতিকালের পূর্ণ বিবরণ দিন।.....
- ৩। জীবন বীমার জন্য আপনি কি কখনও অন্য কোন সংস্থার কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন, যা প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয় নাই।.....
- ৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....

মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য :

- ৫। আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা ? যদি হয়ে থাকেন তাহলে সম্ভাব্য প্রসবের তারিখ কত ?
- ৬। আপনার মাসিক কি নিয়মিত হয় ? গত মাসিক কখন হয়েছে তারিখ উল্লেখ করুন।
- ৭। কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন ?

৮। আপনার সন্তান কি বর্তমানে সুস্থ ? (শিশুবীমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বর্ণনা সমূহ উল্লেখিত বীমাপত্রের পুনরুজ্জীবিত করণের ভিত্তি হিসাবে পরিগণিত হবে। অতএব, উক্ত বিবৃতিতে কোন অসত্য তথ্য সরবরাহ করা হয়ে থাকলে কিংবা কোন তথ্য গোপন করা হয়ে থাকলে তার ভিত্তিতে পুনরুজ্জীবিত বীমাচুক্তি (যদি হয়) বাতিল বলে গণ্য হবে এবং প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হয়ে যাবে।

স্থান

তারিখ

স্বাক্ষরীর নাম

নাম/স্বাক্ষর

স্বাক্ষরীর স্বাক্ষর ও পদবী

বীমাগ্রাহকের প্রস্তাবপত্রে দেয় অনুরূপ

কোড নং

ঠিকানা

বিঃ দ্রঃ পূর্বে যদি আপনি প্রস্তাব পত্রে কোন স্বাক্ষর করেছেন মনে না থাকে তাহলে ইংরেজী ও বাংলা উভয় ভাষাতেই সংক্ষিপ্ত ও পূর্ণ স্বাক্ষর করবেন।

স্বাক্ষর যাচাইকারীর স্বাক্ষর

অনুমোদনকারীর স্বাক্ষর

(অপর পৃষ্ঠায় বর্ণিত তথ্যাদি নিজ ব্যয়ে অনুমোদিত / রেজিস্টার্ড ডাক্তার দ্বারা পূরণ করে পাঠাবেন।)

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট

(রেজিস্টার্ড ডাক্তার দ্বারা পূরণ করিতে হইবে)

- ১। ডাক্তারী পরীক্ষার ফলে কি অতীতের বা বর্তমানের কোন (ক) মস্তিষ্কজনিত (খ) শ্বাস-প্রশ্বাসজনিত (গ) হৃদপিণ্ড এবং রক্ত সঞ্চালন জনিত (ঘ) পাকস্থলী অঙ্গজনিত বা (চ) স্নায়ুজনিত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে? পড়ে থাকলে তার পূর্ণ বিবরণ দিন।.....
- ২। সকল দিক দিয়ে হৃদপিণ্ড কি স্বাভাবিক অবস্থায় আছে?.....
- ক) নাড়ির গতি (প্রতি মিনিটে).....
- খ) নাড়ির ধরণ
- গ) রক্তচাপ : ১। সিস্টোলিক.....
২। ডায়াস্টোলিক.....
- ৩। পরিমাণ : ক) উচ্চতা (জুতা ছাড়া)..... ফুট..... ইঞ্চি
খ) ওজন..... কেজি/পাউন্ড
গ) বুকের মাপ : পূর্ণ শ্বাস নিয়ে..... ইঞ্চি
পূর্ণ শ্বাস ত্যাগ করে..... ইঞ্চি
ঘ) পেটের মাপ (নাভী বরাবর)..... ইঞ্চি

মূত্র পরীক্ষার ফলাফল : সুগার..... এলবুমেন.....
আপেক্ষিক গুরুত্ব.....

মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য : আপনি কি গর্ভাবস্থার কোন লক্ষণ দেখতে পেয়েছেন বা আশংকা করছেন? আমি ডাক্তারএতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত বীমা গ্রাহককে পরীক্ষা করেছে এবং ফলাফল লিপিবদ্ধ করেছে। আমি অত্র জীবন সাধারণ হারে গ্রহণ করার জন্য সুপারিশ করছি।

স্থান ও তারিখ..... ডাক্তারের স্বাক্ষর.....
বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর..... পদবী/ডিগ্রী.....
বীমা গ্রাহকের ডাক্তারের সামনে স্বাক্ষর দিতে হবে। পূর্ণ ঠিকানা.....
কোড নং.....

বিঃ দ্রঃ ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট দেবার সময় ফরমে উভয় দিকেই পূরণ করতে হবে।