



বিস্মিত্বাহির রাহমানির রাহীম

ফারইষ্ট ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড
فارايسيت اسلامي لائف انشورنس كمپني لميتد
FAREAST ISLAMI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

ইসলামী শরী'আহ মোতাবেক পরিচালিত

প্রধান কার্যালয় : টি. কে. ভবন (১৪ তলা), ১৩ কারওয়ান বাজার, ঢাকা-১২১৫

ফোন- ৮১৫০১২৭-৩১, ৮১৫৮১২৭, ৮১৫৪১৩০, ফ্যাক্স- ৮৮-০২-৮১৩০৬১১

ই-মেইল- filicbd@yahoo.com ওয়েব সাইট- www.fareastislamilife.com

নিবন্ধন নং-সি-৪০৩৮১ (২৩৪৯) ২০০০ তারিখ-২৯/০৫/২০০০ইং

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণা (DGH)

প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নম্বর

বীমা গ্রাহকের নাম : বর্তমান বয়স : পরিকল্প নং ও মেয়াদ :

- 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 পরিবারে (পিতা, মাতা, 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 বীমা প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন, যা প্রস্তাবিত পরিকল্প অনুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয় নাই?
- ৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?

মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য

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

ঘোষণা

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য। আমি কোন প্রকার মিথ্যা ও শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বর্ণনাসমূহ উল্লেখিত প্রস্তাব/বীমাপত্রের পুনরুজ্জীবিতকরণের ভিত্তি হিসাবে পরিগণিত হবে। অতএব, উক্ত বিবৃতিতে কোন অসত্য কথা সরবরাহ করা হয়ে থাকলে কিংবা কোন তথ্য গোপন করা হয়ে থাকলে তার ভিত্তিতে পুনরুজ্জীবিত বীমা চুক্তি (যদি হয়) বাতিল বলে গণ্য হবে এবং বীমা আইন অনুযায়ী কোম্পানী যে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করবে তা মেনে নিতে বাধ্য থাকব।

৮। আপনার সন্তান কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছে? (শিশু বীমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) :

স্বাক্ষরের স্থান :
স্বাক্ষীর স্বাক্ষর :
স্বাক্ষীর নাম :
পদবী : কোড নং :
ঠিকানা :
তারিখ :

বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
(প্রস্তাবপত্রের অনুরূপ)

আপনি যদি প্রস্তাবপত্রে প্রদত্ত স্বাক্ষর ভুলে গিয়ে থাকেন তাহলে একাধিক স্বাক্ষর করুন।

বিঃ দ্রঃ তামাদিকাল ১ বছরের মধ্যে হলে কেবলমাত্র অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণার প্রথম পৃষ্ঠা পূরণ করতে হবে।

স্বাক্ষর যাচাইকারীর স্বাক্ষর
তারিখ

প্রতি স্বাক্ষর (সেকশন ইনচার্জ)
তারিখ

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট (SMR)

বীমা গ্রাহকের নাম :

বর্তমান বয়স (বয়স প্রমাণের রেকর্ড অনুযায়ী) : পরিকল্পন নং ও মেয়াদ :

১। ডাক্তারী পরীক্ষার ফলে কি অস্বাভাবিক বা বর্তমানের কোন (ক) মস্তিষ্কজনিত (খ) শ্বাস প্রশ্বাসজনিত (গ) হৃৎপিণ্ড এবং রক্ত সঞ্চালনজনিত (ঘ) মূত্র গ্রন্থজনিত (ঙ) পাকস্থলী অঙ্গজনিত (চ) স্নায়ুজনিত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে? পড়ে থাকলে তার পূর্ণ বিবরণ দিন।

২। ক) সকল দিক দিয়ে কি হৃৎপিণ্ড স্বাভাবিক অবস্থায় আছে?
খ) নাড়ির গতি (প্রতি মিনিটে)
গ) নাড়ির ধরণ ঘ) রক্ত চাপ : (১) সিস্টোলিক (২) ডায়াস্টোলিক

৩। বুকের মাপ :
ক) পূর্ণ শ্বাস নিয়ে সেমি/ইঞ্চি। (খ) পূর্ণ শ্বাস ত্যাগ করে সেমি/ইঞ্চি।
পেটের মাপ (নাভী বরাবর) সেমি/ইঞ্চি। উচ্চতা (জুতা ছাড়া) মিটার/ফুট সেমি/ইঞ্চি।
ওজন : কিলোগ্রাম/পাউন্ড।

৪। মূত্র পরীক্ষার ফলাফলঃ ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব সুগার এলবুমিন
খ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্বাবধানে সংগৃহীত?

মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য

৫। আপনি কি অন্তঃসত্ত্বার কোন লক্ষণ পেয়েছেন বা আশংকা করছেন?

৬। শেষ মাসিকের তারিখ

আমি (ডাক্তারের নাম) এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উল্লিখিত প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা/
বীমাগ্রাহককে পরীক্ষা করেছি এবং ফলাফল লিপিবদ্ধ করেছি। আমি অত্র জীবন বীমা সাধারণ হারে গ্রহণ করার জন্য সুপারিশ করছি।

স্বাক্ষরের স্থান :

তারিখ :

বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

প্রস্তাবপত্রে প্রদত্ত স্বাক্ষরের অনুরূপ (ডাক্তারের সম্মুখে স্বাক্ষর দিতে হবে)।

ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল

ডাক্তারের পূর্ণ নাম : পদবী/ডিগ্রী

রেজিস্ট্রেশন নং বিশ্ববিদ্যালয় কোড নং

বর্তমান ঠিকানা

বিঃ দ্রঃ ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট দেয়ার সময় ফরমের উভয় পৃষ্ঠায় একই কালি দ্বারা পূরণ করতে হবে।

পরীক্ষক ডাক্তারের গোপনীয় রিপোর্ট :