



মেঘনা লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র

প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

নাম _____ বর্তমান বয়স _____ তালিকা নং _____ মেয়াদ _____

- ১। বীমা গ্রহণকালীন আপনার প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোনো রাগে 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 কারণ, মৃত্যুকালীন বয়স, মৃত্যুর তারিখ এবং অসুস্থতার স্থিতিকালের পূর্ণ বিবরণ দিন। _____
- ৩। জীবন বীমার জন্য আপনি কি কখনও অন্য কোনো সংস্থার কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন, যা প্রস্তাবিত পরিকল্পন অনুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয় নাই। _____
- ৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? _____
মহিলাদের জন্য প্রযোজ্যঃ _____
- ৫। আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? _____
- ৬। কতদিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? _____

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এতদ্বারা ঘোষণা করছি যেঃ

- ১। এখানে এবং পূর্ববর্তী ঘোষণায় বর্ণিত সকল বিবৃতি সত্য এবং আমি এমন কোনো তথ্য গোপন করিনি বা বাদ দেইনি যার ফলে এই প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্রে বর্ণিত ঝুঁকির ভারতম্য 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 যেঃ
- ১। এই প্রস্তাবের জীবন বীমা পত্রের পরিপ্রেক্ষিতে আমার বর্তমান এবং পূর্ববর্তী অথবা পরবর্তী ঘোষণা সমূহ মেঘনা লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী এবং আমার মধ্যে চুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে।
- ২। আমার যে কোনো ঘোষণার মধ্যে যদি কোনো মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে বীমা চুক্তির শর্ত ভঙ্গ হয়েছে বলে গণ্য করা হবে।
- ৩। কোম্পানী কর্তৃক সাময়িকভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত অগ্রিম টাকা যদি কোনো কারণে ওয়াশিল না হয় তাহলে তা শুধু জমা হিসাবে গণ্য হবে এবং কোম্পানীর কোনো দায় থাকবে না। কিন্তু উক্ত টাকা কোম্পানীর খাতায় ওয়াশিল করা হলে এবং কেবলমাত্র কোম্পানী কর্তৃক তার সীলমোহরযুক্ত পাকা রসিদ প্রদান করা হলেই কোম্পানীর চুক্তি অনুযায়ী দায় গ্রহণ করবে। আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, কোন হাসপাতাল, চিকিৎসক সার্জন অথবা যে কোনো ব্যক্তি যিনি আমার অসুস্থতার সময় চিকিৎসা বা দেখাশুনা করেছেন, ভবিষ্যতে করবেন, তিনি আমার শারীরিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ অত্র কোম্পানীকে জানাতে পারবেন।

স্বাক্ষরের স্থান

তারিখ

সাক্ষীর সই

পূর্ণ নাম

পূর্ণ ঠিকানা

প্রস্তাবক/বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর

বর্তমান পূর্ণ ঠিকানা.....

বিঃ দ্রঃ পূর্বে যদি আপনি প্রস্তাবপত্র ইংরেজীতে সই করে থাকেন তাহলে ইংরেজীতে

এবং বাংলায় সই করে থাকলে বাংলায় বা উভয় ভাষাতেই সই করবেন।

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট

নাম বর্তমান বয়স বীমাঅংক

- ১। ডাক্তারী পরীক্ষার ফলে কি অতীতের বা বর্তমানের কোনো (ক) মস্তিষ্কজনিত (খ) শ্বাস-প্রশ্বাসজনিত (গ) হৃদপিণ্ড এবং রক্ত সঞ্চালনজনিত (ঘ) মূত্রপ্রস্রাবজনিত (ঙ) পাকস্থলী অন্ত্রজনিত 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। (ক) উচ্চতা (জুতা ছাড়া) ফুট ইঞ্চি
- (খ) ওজন পাউন্ড/কেজি
- বুকের মাপ :
- (গ) পূর্ণ শ্বাস নিয়ে ইঞ্চি
- (ঘ) পূর্ণ শ্বাস ত্যাগ করে ইঞ্চি
- (ঙ) পেটের মাপ (নাভীর উপরে) ইঞ্চি
- ৪। মূত্র পরীক্ষার ফলাফল : সুগার এলবুমেন.....
- আপেক্ষিক ঘনত্ব

আমি প্রত্যায়ণ করছি যে, প্রস্তাবককে/বীমা গ্রাহককে সতর্কতার সাথে পরীক্ষা করেছি এবং সে অনুসারে ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্টটি প্রদান করলাম।

প্রস্তাবক/বীমা গ্রাহক এর স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

নাম

ডিগ্রী রেজিস্ট্রেশন নং

পূর্ণ ঠিকানা

কোড নং

বিঃ দ্রঃ ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট দেবার সময় ফরমের উভয় দিকই পূরণ করতে হবে।