



**আস্থা লাইফ ইস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড**

প্রধান কার্যালয় : এস কে এস টাওয়ার (লেভেল ১২)  
৭ ভিআইপি রোড, মহাখালি, ঢাকা-১২০৬।  
ফোন : ৫৫০৫৮৩৫৮-৬১, মোবাইল : +৮৮০১৭৬৯ ০৫৯৩৩৩,  
www.asthalife.com.bd

**গ্রুপ মেডিকেল ইস্যুরেন্স  
ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বিবরণী ফর্ম**

পাসপোর্ট সাইজ ছবি  
(প্রয়োজ্য সকলের)

পলিসি নং : \_\_\_\_\_

নিচের “ক” অংশ কর্মজীবী বা সদস্য কর্তৃক এবং “খ” অংশ নিয়োগকর্তা বা কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয়

প্রতিষ্ঠানের নাম এবং ঠিকানা :	
-------------------------------	--

**ক. কর্মজীবী বা সদস্যের বিবরণ**

১. নাম (বাংলায়) :	২. পদমর্যাদা :		
(ইংরেজী বড় হাতের অক্ষরে) :	৩. আই ডি নং : Employee ID /PIN		
৪. লিঙ্গ : পুরুষ / মহিলা / অন্যান্য	৫. ধর্ম :		
৬. জন্ম তারিখ : DD/MM/YYYY	৭. বৈবাহিক অবস্থা : অবিবাহিত / বিবাহিত / অন্যান্য, বিবাহিত হইলে সন্তানের সংখ্যা :		
৮. ওজন ও উচ্চতা : _____ কেজি; _____ ফিট _____ ইঞ্চি	৯. স্থায়ী ঠিকানা :		
১০. জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর :	১১. মোবাইল নম্বর -১ : +৮৮০		
১২. ই-মেইল (যদি থাকে) :	মোবাইল নম্বর -২ : +৮৮০		
১৩. গ্রুপ বিমায় অন্তর্ভুক্তির ধরণ : নিজে / স্বামী বা স্ত্রী সহ / সন্তান সহ / পিতা-মাতা সহ (পিতা-মাতার জন্য আলাদা ফর্ম পূরণীয়)			
১৪. পারিবারিক সদস্যভুক্তি :	নাম	জন্ম তারিখ	লিঙ্গ
স্বামী / স্ত্রী		DD / MM / YYYY	পুরুষ/মহিলা
ছেলে/মেয়ে ১.		DD / MM / YYYY	পুরুষ/মহিলা
২.		DD / MM / YYYY	পুরুষ/মহিলা
৩.		DD / MM / YYYY	পুরুষ/মহিলা
৪.		DD / MM / YYYY	পুরুষ/মহিলা

বিঃ দ্রঃ কর্মজীবী/সদস্য সহ গ্রুপ বিমায় অন্তর্ভুক্তিতে ইচ্ছুক পারিবারিক সদস্যগণের প্রত্যেকের সদ্য তোলা পাসপোর্ট সাইজের ১ (এক) কপি করে ছবি সংযুক্তি বাধ্যতামূলক যাহা কোম্পানি কর্তৃক হেলথ ইস্যুরেন্স কার্ড প্রদান করিতে অতিব জরুরী।

১৫. স্বাস্থ্য বিষয়ক বিবৃতি : আস্থা লাইফ কর্তৃক স্বাস্থ্য বীমার আন্তর্ভুক্ত হইবার পূর্বে কোন সদস্যের কোন রকম অসুস্থতা বা কোন রোগের উপসর্গ বর্তমান থাকিলে উক্ত সমস্যা সংক্রান্ত কোন দাবী স্বাস্থ্য বীমার আওতায় গ্রহণযোগ্য হইবে না, যদি না উহা এখানে বর্ণিত হয় এবং আস্থা লাইফ কর্তৃক উহা গৃহীত হয়। সুতরাং আপনার স্বার্থেই প্রশ্নসমূহের সম্পূর্ণ ও সঠিক তথ্য প্রদান করণ।

১৫.১) আপনি বা বীমা গ্রহণে চ্ছুক আপনার পরিবারের কোন সদস্য বর্তমানে বা বিগত সময়ে কখনো নিম্নলিখিত যেকোন রোগের জন্য চিকিৎসা গ্রহণ করিয়াছেন অথবা চিকিৎসা গ্রহণ করিতে কখনো উপদেশ প্রাপ্ত হইয়াছিলেন? উপযুক্ত ঘরে (✓) চিহ্ন দিন।

রোগের নাম	হ্যাঁ	না	রোগের নাম	হ্যাঁ	না	রোগের নাম	হ্যাঁ	না
হাট এটাক বা হৃদরোগ			বাত জ্বর বা রিউমাটয়েড অর্থাইটিস			জেনিটো ইউরিনারী ডিজিস		
যক্ষ্মা, হাঁপানি বা শ্বাসকষ্ট			উচ্চ রক্তচাপ, রক্তে চর্বি সমস্যা			মানসিক রোগ বা নিউরোলজিক্যাল সমস্যা		
ডায়াবেটিস			খিচুনী বা মৃগী রোগ			থাইরয়েড বা হরমোন সমস্যা		
টিউমার বা ক্যান্সার			কিডনী বা লিভার রোগ			এস এল ই (বখউ)		
জন্মগত ত্রুটি বা রোগ			এইডস বা চর্ম ও যৌন রোগ			হেড ইনজুরি বা মারাত্মক জখম		
দীর্ঘমেয়াদী বা বারবার আক্রান্তকারী রোগ			নাক, কান, গলা, দন্ত ও মুখের রোগ			মহামারী ঘোষিত কোন রোগ যেমন- কোভিড-১৯		

১৫.২) বিগত ৫ (পাঁচ) বছরের মধ্যে আপনি বা বীমা গ্রহণে চ্ছুক আপনার পরিবারের কোন সদস্য স্বাস্থ্যগত অসুস্থতা বা কোন জখম বা বিশেষ কোন রোগের কারণে ঘটিয়ে যাওয়া নিম্নলিখিত প্রশ্নসমূহের প্রযোজ্য ক্ষেত্রে (✓) চিহ্ন দিন।

বিবরণ	হ্যাঁ	না	বিবরণ	হ্যাঁ	না
চিকিৎসকের পরামর্শ গ্রহণ করিয়াছেন বা নিয়মিত কোন ঔষধ সেবন করেন?			কোন ধরনের মেডিকেল টেস্ট করিয়াছিলেন?		
কোনো হাসপাতালে ভর্তি হইয়া তিন দিনের অধিক সময় ভর্তি ছিলেন?			কোন প্রকার সার্জিকেল চিকিৎসার ইতিহাস আছে কিনা?		
অন্য কোন জীবন বীমা পলিসি স্থগিত, অস্বীকৃত বা শর্তসাপেক্ষে গৃহীত হইয়াছে কিনা?			দুর্ঘটনায় মারাত্মক কোন জখমের ইতিহাস আছে কিনা?		

১৫.৩) বিবাহিতা মহিলা বীমা গ্রাহকের জন্য প্রযোজ্য : আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? হ্যাঁ  না ; যদি হ্যাঁ হয়, কত মাসের অন্তঃসত্ত্বা? \_\_\_\_\_  
আগের কোন সন্তান প্রসবের সময় কোন জটিলতা হয়েছিলো কিনা? হ্যাঁ  না

১৬. উপরোক্ত ১৫ নং এর অধীনস্থ কোন প্রশ্নের উত্তর “হ্যাঁ” বোধক হইলে নীচে তাহা পুরোপুরি ব্যাখ্যা করিতে হইবে এবং প্রয়োজন হইলে আলাদা সাদা কাগজে লিখিয়া সংযুক্ত করিতে পারিবেন।

--

১৭. ঘোষণা : আমি এই মর্মে ঘোষণা করিতেছি যে, উপরোল্লিখিত বর্ণনা ও প্রশ্ন সমূহের জবাব সম্পূর্ণ সঠিক ও সত্য। আমি সম্মত আছি যে, উপরোক্ত তথ্যবলী আমার/আমার প্রতিষ্ঠান ও বীমা কোম্পানীর স্বাস্থ্য বীমার ভিত্তি হিসাবে গণ্য হইবে। আমি আরো ঘোষণা করিতেছি যে, আমার জ্ঞাত বর্তমান কোন রোগ বা রোগের লক্ষণাদি এই বিবৃতিতে যদি অসম্পূর্ণ বা গোপন করিয়া থাকি তাহা হইলে বীমা কোম্পানীর নিকট আমার বীমার দাবী বাতিল বলিয়া গণ্য হইবে।

**খ. কর্মজীবী বা সদস্যের তথ্য যাহা নিয়োগকর্তা বা কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয়**

১৮. উক্ত কর্মজীবী কি বিগত ৬ (ছয়) মাসের মধ্যে কোন অসুস্থতা বা ইনজুরির কারণে নিয়মিত কার্যক্রম হইতে অনুপস্থিত ছিলেন?	হ্যাঁ	না	“হ্যাঁ” বোধক হইলে নীচে তাহা লিখুন
---	-------	----	-----------------------------------

অফিসিয়াল সীল সহ কর্তৃপক্ষ বা নিয়োগকর্তার নাম ও স্বাক্ষর	তারিখঃ
---	--------