



আস্থা লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

এস কে এস টাওয়ার, লেভেল-১২,
৭ ভি আই পি রোড, মহাখালী, ঢাকা-১২০৬।

রশিদের তারিখ.....

টাকার পরিমাণ.....

পুনর্বহালের আবেদন ও স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা

পলিসি নম্বর..... প্রিমিয়াম প্রদেয় তারিখ..... ব্রাঞ্চ কোড.....

প্রথম অংশ-বীমাগ্রহিতা দ্বারা প্রদেয় প্রশ্নের উত্তর

১.	নাম	জন্ম তারিখ	উচ্চতা	ওজন
বীমাকৃত ব্যক্তি				
বীমাগ্রহিতা				
স্বামী/স্ত্রী				
নির্ভরশীলের তালিকা				

২।(ক) বীমাগ্রহিতার বর্তমান পেশা.....(খ) স্বামী/স্ত্রীর পেশা.....

গ। পেশাগত দায়িত্বে যথাযথ বিবরণ.....

ঘ। নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা.....

৩। বীমাকৃত কোন ব্যক্তি ধূমপায়ী হলে তার প্রাত্যহিক/সাপ্তাহিক অ্যালকোহল সেবনের মাত্রা.....

৪। বীমাকৃত কোন ব্যক্তির কি নিম্নলিখিত কাজগুলোর সঙ্গে বর্তমান কোন সংশ্লিষ্টতা আছে অথবা ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতা থাকার সম্ভাবনা আছে??

ক। সেনা (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা আছে নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা আছে নাই)

খ। নৌবাহিনী (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা আছে নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা আছে নাই)

গ। বিমান চালনা (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা আছে নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা আছে নাই)

৫. বীমার কার্যকরিতার তারিখের পর বীমাকৃত কোন ব্যক্তির পরিবারে কি মৃত্যু ঘটেছে?

উত্তর হ্যা হলে, মৃত্যু ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক, বয়স ও মৃত্যুর কারণ উল্লেখ করুন.....

৬. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি উপরোল্লিখিত প্রিমিয়াম প্রদেয় তারিখ হতে –

ক. অসুস্থ বা আহত হয়েছেন(উত্তর হ্যা হলে, নিম্নে তারিখসহ বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যা না।

খ. শারীরিক বা মানুসিক অবস্থার জন্য কার চিকিৎসা বা পরামর্শ গ্রহণ করেছেন? (উত্তর হ্যা হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যা না।

গ. কোন হাসপাতাল বা অন্য চিকিৎসালয় এ সেবা নিয়েছেন? (উত্তর হ্যা হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যা না।

৭. শুধুমাত্র নারীদের জন্য প্রযোজ্য: আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? হ্যা না।

(ক) উত্তর হ্যা হলে, কত মাস যাবৎ.....(খ) উত্তর না হলে, সর্বশেষ মাসিকের তারিখ.....

৮. বীমাকৃত সকল ব্যক্তি কি বর্তমানে সুস্থ আছেন? (উত্তর না হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যা না।

০৯. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি কোন চিকিৎসা বা চিকিৎসা বিষয়ক পরামর্শ গ্রহণ করতে ইচ্ছুক বা কোন মেডিকেল পরীক্ষা করেছেন? হ্যা না।

১০. এইডস (Acquired Immune Deficiency Syndrome) সংক্রান্তঃ (কোন উত্তর হ্যা হলে বিস্তারিত বর্ণনা করুন)

ক. আপনি বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি এইডস সংক্রান্ত অবস্থা বা যৌনবাহিত কোন রোগ সম্পর্কিত কোন চিকিৎসা বা চিকিৎসা বিষয়ক কোন পরামর্শ গ্রহণ করেছেন? হ্যা না।

খ. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তিকে কি কেউ বলেছেন যে তার এইডস বা এইডস সংক্রান্ত সমস্যা রয়েছে? হ্যা না।

গ. আপনি বীমাকৃত কোন ব্যক্তিকে কি কেউ বলেছেন যে তার রক্তে এইডস ভাইরাসের এন্টিবডি প্রমাণ পাওয়া গেছে? হ্যা না।

ঘ. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তির কি নিম্নে বর্ণিত কোন শারীরিক অবস্থা বিদ্যমান, যা অজ্ঞাতঃ অবসাদ, ওজন হ্রাস, ডায়রিয়া, লসিকাগ্রন্থির বৃদ্ধি অথবা অস্বাভাবিক ত্বক ক্ষত? হ্যা না

উপরের কোন প্রশ্নের উত্তর হ্যা হলে, প্রশ্নের নম্বরসহ মেডিকেল পরিষ্কার ফল, তারিখ, স্থিতিকাল, আরোগ্য লাভের অবস্থা ও পূর্ণ ফলসহ চিকিৎসকের নাম, ঠিকানা, চিকিৎসা ব্যবস্থা ও প্রয়োজনীয় সকল বর্ণনা দিন:

আমি ঘোষণা করছি যে, উপরের প্রতিটি জবাব পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং উপরোক্ত ঘোষণাকে বীমা পুনর্বহাল, পরিবর্তন, বা ইস্যুর ভিত্তি হিসেবে গ্রহণ করতে সম্মত আছি। আমি সম্মত আছি যে, শুধুমাত্র বীমার বিপরীতে বকেয়া প্রিমিয়াম বা অন্য কোন পেমেন্ট দিলেই বীমাটি পুনর্বহাল হবে না, যদি না এবং যতক্ষণ না এই আদেশপত্রটি কোম্পানি কতৃক অনুমোদিত হয়। আমি আরো অবগত যে, বীমাটি পুনর্বহালে হলে, এই বীমাতে অন্য কোন বিধান থাকা সত্ত্বেও তার অখন্ডনীয়তা (Incontestability) বা আত্মবিনাশ (Self-destruction) সংক্রান্ত বিধানগুলো বীমাটির পুনর্বহালের তারিখ থেকে দুই বছরের জন্য নতুন করে কার্যকর হবে।

স্বাক্ষরের স্থান..... তারিখ..... ২০২

(শহর) (দিন) (মাস)

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম ও স্বাক্ষর

ফোন/মোবাইল.....

ফিন্যান্সিয়াল অ্যাসোসিয়েটর পূর্ণ নাম, স্বাক্ষর ও কোড