



মার্কেন্টাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

مَرْكَنتَايِلِ اِسْلَامِي لَآئِفِ اِنْشُورَنَسِ لِمِيْتِيد

Mercantile Islami Life Insurance Limited

আল-রাজী কমপ্লেক্স (১৫ তলা), ১৬৬-১৬৭ শহীদ সৈয়দ নজরুল ইসলাম স্মরণী, পুরানা পল্টন, ঢাকা-১০০০
ফোন : পিএবিএক্স : ৯৫৮০৫৫৩-৪, ফ্যাক্স : +৮৮০-২-৯৫৮০৫৫২, E-mail: info@mercantile-islamifile.com, Web: www.mercantile-islamifile.com

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র (DGH)

প্রস্তাব পত্র/বীমাপত্র নং

নাম : বর্তমান বয়স : তালিকা নং : মেয়াদ :

- ১। ইসলামী বীমা গ্রহণকালীন সময়ে আপনার প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা দুর্ঘটনায় আহত হয়েছিলেন? হয়ে থাকলে তারিখ এবং স্থিতিকালসহ পূর্ণ বিবরণ দিন।
- ২। প্রথম শারীরিক সুস্থতার ঘোষণার পর আপনার পরিবারে (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 পরিকল্পন অনুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয় নি।
- ৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?
- ৫। আপনার সন্তান কি বর্তমানে সুস্থ আছে? (শিশু বীমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)
মহিলাদের জন্য ক্রমিক নম্বর ৬, ৭ এবং ৮ প্রযোজ্য
- ৬। আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হয়ে থাকেন তাহলে সম্ভাব্য প্রসবের তারিখ উল্লেখ করুন
- ৭। আপনার মাসিক কি নিয়মিত হয়? সর্বশেষ মাসিক কখন হয়েছে তারিখ উল্লেখ করুন।
- ৮। কতদিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বর্ণনাসমূহ উল্লেখিত বীমাপত্রের পুনরুজ্জীবিত করণের ভিত্তি হিসাবে পরিগণিত হবে। অতএব, উপরোক্ত 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 সকল প্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হয়ে যাবে।

স্থান তারিখ

সাক্ষীর নাম বীমা গ্রাহকের প্রস্তাবপত্রে দেয় অনুরূপ স্বাক্ষর

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও পদবী নাম

কোড নং ঠিকানা

ঠিকানা

স্বাক্ষর যাচাইকারীর স্বাক্ষর

অনুমোদনকারীর স্বাক্ষর

ডাক্তারী পরীক্ষার সংক্ষিপ্ত রিপোর্ট :

নাম _____

বয়স (নিকটতম জন্ম দিনে) _____ তালিকা ও মেয়াদ _____

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

২। সকল দিক দিয়ে হৃৎপিণ্ড কি স্বাভাবিক অবস্থায় আছে? _____

ক) নাড়ির গতি (প্রতি মিনিটে) _____

খ) নাড়ির ধরণ _____

গ) রক্তচাপ ১। সিস্টোলিক কত? _____ ২। ডায়াস্টোলিক কত? _____

৩। বুকের মাপ :

(ক) পূর্ণ শ্বাস নিয়ে _____ ইঞ্চি (খ) পূর্ণ শ্বাস ত্যাগ করে _____ ইঞ্চি

পেটের মাপ (নাভীর উপরে) _____ ইঞ্চি। উচ্চতা (জুতা ছাড়া) _____ ফুট _____ ইঞ্চি

৪। মূত্র পরীক্ষার ফলাফল : সুগার _____ এলবুমেন : _____ আপেক্ষিক গুরুত্ব : _____

মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য

আপনি কি গর্ভাবস্থার কোন লক্ষণ দেখতে পেয়েছেন বা আশংকা করেছেন?

আমি ডাক্তার _____ এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, আমি উপরে উল্লেখিত প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা/বীমাগ্রাহককে পরীক্ষা করেছি এবং ফলাফল লিপিবদ্ধ করেছি। আমি অত্র জীবন বীমা সাধারণ হারে গ্রহণ করার জন্য অনুমোদন করছি।

স্থান ও তারিখ _____

ডাক্তারের স্বাক্ষর _____

প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা জীবন বীমা গ্রাহকের প্রচলিত স্বাক্ষর
(ডাক্তারের সম্মুখে স্বাক্ষর দিতে হবে)

পূর্ণ নাম _____

পদবী/ডিগ্রী _____ রেজিস্ট্রেশন নং _____

পূর্ণ ঠিকানা _____

কোড নং _____

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

পরীক্ষক ডাক্তারের গোপনীয় রিপোর্ট :