



মার্কেটাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

Mercantile Islami Life Insurance Limited

আল-রাজি কমপ্লেক্স, ১৫তম তলা, ১৬৬-১৬৭ শহীদ সৈয়দ নজরুল ইসলাম স্মরণী, পুরানা পল্টন, ঢাকা-১০০০।
ফোন : পিএবিএক্স : ৯৫৮০৫৫৩-৪, ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৫৮০৫৫২, ই-মেইল : info@mercantile-islamilife.com, Web: www.mercantile-islamilife.com

প্রস্তাবপত্র নং :	
বীমাপত্র নং :	
ফাইন্যান্সিয়াল এ্যাসেসিস্ট কোড :	<input type="text"/>
অফিস কোড :	

<input type="checkbox"/> পুরুষ
<input type="checkbox"/> মহিলা
<input type="checkbox"/> মেডিক্যাল
<input type="checkbox"/> নন-মেডিক্যাল

<input type="checkbox"/> বিবাহিত
<input type="checkbox"/> অবিবাহিত
<input type="checkbox"/> ডিভোর্সী
<input type="checkbox"/> সেপারেটেড

প্রস্তাবিত বীমা
গ্রাহকের ছবি

জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র

বিঃ দ্রঃ প্রত্যেক প্রশ্নের পূর্ণ উত্তর প্রস্তাবকের নিজ হস্তাক্ষরে বা তার নির্দেশানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা বা ফুইড ব্যবহার করা যাবে না। কোন প্রকার ড্যাশ বা ক্রস (X) চিহ্ন দিয়ে উত্তর দিবেন না।

১. ব্যক্তিগত বৃত্তান্ত :-

(ক) প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : _____
ইংরেজীতে (বড় হাতের অক্ষরে) : _____

(খ) পিতার নাম : _____ (গ) মাতার নাম : _____

(ঘ) স্বামী/স্ত্রীর নাম : _____ (ঙ) জাতীয়তা : _____

(চ) জন্ম তারিখ : (ছ) বয়স : _____ (জ) জন্মস্থান : _____

(ঝ) বয়স প্রমাণ : এস.এস.সি সনদ জাতীয় পরিচয়পত্র পাসপোর্ট জন্ম সনদ অন্যান্য : _____

(ঞ) জাতীয় পরিচয়পত্র/পাসপোর্ট নং : _____ (ট) ইস্যুর তারিখ : _____

(ঠ) টিন (TIN) যদি থাকে : _____ (ড) মোবাইল নং :

(ঢ) ই-মোইল : _____ (ণ) শিক্ষাগত যোগ্যতা : _____

২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা : প্রযত্নে/হাউস নং : _____ (খ) বর্তমান ঠিকানা : প্রযত্নে/হাউস নং : _____

গ্রাম / রোড নং : _____ গ্রাম / রোড নং : _____

ডাকঘর : _____ ডাকঘর : _____

পোস্ট কোড : _____ পোস্ট কোড : _____

থানা / উপজেলা : _____ থানা / উপজেলা : _____

জেলা : _____ জেলা : _____

৩. (ক) পেশা : চাকুরী ব্যবসা অন্যান্য (বিবরণসহ) : _____

(খ) ব্যবসায়ী হলে প্রতিষ্ঠানের নাম ও ঠিকানা : _____

(গ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা ও প্রতিষ্ঠানের নাম : _____

(ঘ) বাৎসরিক আয় : _____ (ঙ) প্রাত্যাহিক কাজের ধরণ : _____

৪. (ক) পরিকল্পন নং _____ মেয়াদ : _____ বীমা অংক/বার্ষিক পেনশন : _____

(খ) মাসিক কিস্তি _____ কথায় : _____

(গ) সহযোগী বীমার জন্য যে কোন একটিতে (✓) টিক চিহ্ন দিন।
 DIAB PDAB WP CI Plan HI

(ঘ) প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :
 বার্ষিক ষান্মাসিক
 ত্রৈমাসিক মাসিক
 এক কিস্তি

৫. টাকা জমার বিবরণ : টাকা _____ নগদ চেক নং ও তারিখ : _____

ব্যাংক ও শাখার নাম : _____

৬. মনোনীতক (গণ) এর নাম	সম্পর্ক (প্রস্তাবকের সাথে)	জন্ম তারিখ	বয়স	মনোনীতকের ছবি	
মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে-অভিভাবকের নাম	মনোনীতকের সঙ্গে সম্পর্ক	জন্ম তারিখ	বয়স		

৭. আপনার জীবনের উপর অন্য কোন বীমা থাকলে অথবা আবেদন করে থাকলে বিবরণ দিন :

পলিসি নং	কোম্পানীর নাম	বীমা অংক	বীমা শুরু তারিখ

৮. সমর্পণ মূল্য অর্জনের পরে মেয়াদকালীন কখনও প্রিমিয়াম বন্ধ হলে পলিসি বাজেয়াপ্ত না হওয়া সম্পর্কিত নিম্নোক্ত বিকল্পসমূহের কোনটি গ্রহণ করবেন? নিদিষ্ট স্থানে (✓) চিহ্ন দিন।

- (ক) এক বছরের প্রিমিয়াম সমর্পণ মূল্য হতে কর্তৃক হিসেবে প্রদান করে বীমা চালু রাখা এবং পরবর্তীকালে হ্রাসকৃত পরিশোধিত বীমায় রূপান্তর করা।
(খ) নিঃশেষ না হওয়া পর্যন্ত পলিসির সমর্পণ মূল্য হতে কর্তৃক হিসেবে প্রিমিয়াম পরিশোধ করে বীমা চালু রাখা।
(গ) বীমার অধীনে সমর্পণ মূল্য সৃষ্টির পর কোন সময় প্রিমিয়াম প্রদান বন্ধ হলে তৎক্ষণাত্ হ্রাসকৃত পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত করা।
(যদি কোন বিকল্প নির্ধারণ করা না হয় এবং কোন পরিকল্পের জন্য বিশেষ কোন বিকল্প যদি পূর্বে নির্ধারিত না থাকে, তবে বিকল্প 'ক' প্রযোজ্য হবে।

৯. পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	বর্তমান বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
পিতা						
মাতা						
ভাই						
বোন						
স্বামী/স্ত্রী						
ছেলে						
মেয়ে						

১০. স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি (সকল প্রশ্ন এই আবেদনপত্রে প্রথম পৃষ্ঠায় উল্লেখিত প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহকের সম্পর্কিত)

ক. উচ্চতা _____ ফুট _____ ইঞ্চি অথবা _____ মিঃ _____ সেঃমিঃ _____
ওজন _____ পাউন্ড/কেজি সনাক্তকারী চিহ্ন _____

বুকের মাপ পূর্ণ শ্বাস নিয়ে ইঞ্চি:.....সেঃমিঃ:.....
শ্বাস ত্যাগের পর ইঞ্চি:.....সেঃমিঃ:.....
নাভী বরাবর পেটের মাপ ইঞ্চি:.....সেঃমিঃ:.....

খ. আপনি কি সম্পূর্ণ সুস্থ? হ্যাঁ না

গ. পূর্ববর্তী বছরের ওজন পরিবর্তন হয়েছে কি? কি কারণে পরিবর্তন হয়েছে? হ্যাঁ না

ঘ. আপনার কি কোন ব্যক্তিগত চিকিৎসক বা পারিবারিক ডাক্তার আছে? হ্যাঁ না

ঙ. i. আপনি কি ধূমপান বা তামাক জাতীয় দ্রব্য গ্রহণ করেন? হ্যাঁ না
ii. আপনি কি ধূমপান বা তামাক জাতীয় দ্রব্য গ্রহণ করতেন এবং ছেড়ে দিয়েছেন? (যদি হ্যাঁ হয় তবে কারণ ও তারিখ নিচে 'মন্তব্য' এর স্থানে উল্লেখ করুন) হ্যাঁ না

চ. আপনি কি কখনও মাদকাসক্ত ছিলেন বা অতিরিক্ত অ্যালকোহল গ্রহণ করতেন অথবা মাদকাসক্তি নিরাময়ের জন্য চিকিৎসা নিয়েছিলেন? হ্যাঁ না

ছ. আপনার কি শারীরিক বা স্বাস্থ্যগত বৈকল্য ছিল? হ্যাঁ না

জ. আপনি কি কখনও নিম্নলিখিত কারণে বা রোগে ভুগেছেন বা চিকিৎসা নিয়েছেন : হ্যাঁ না

i. শ্বাসকষ্ট, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্র ও ফুসফুসের রোগ, বাতজ্বর, উচ্চ রক্তচাপ, বুকে ব্যাথা, বুক ধড়ফড়, হৃদযন্ত্র রক্তনালীর অসুখ। হ্যাঁ না
ii. অস্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া, হেপাটাইটিস, যকৃৎের বা পিত্তথলির কোন রোগ। হ্যাঁ না
iii. মূত্রনালীতে পাথর, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, পাকস্থলী বা পেটের অন্য কোন পীড়া। হ্যাঁ না
iv. মূগীরোগ, মানসিক বা স্নায়বিক গোলযোগ বা রোগ। হ্যাঁ না
v. ডায়াবেটিস, যৌনরোগ, ক্যান্সার, টিউমার, অথবা অন্য কোন রোগব্যাদি বা গুরুতর আঘাত। হ্যাঁ না
vi. চোখের, কানের, গলার, পেশী, মস্তিষ্ক অথবা জয়েন্টের কোন সমস্যা। হ্যাঁ না
vii. অসুস্থতা, অপারেশন, মেডিকেল উপদেশ এবং অন্য যে কোন অসুস্থতা যেগুলো উপরে চিহ্নিত করা হয়নি। হ্যাঁ না

ঝ. আপনি কখনও কি ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা যেমন- X-Ray, Ultrasonogram, C.T. Scan, Biopsy, Electrocardiogram, রক্ত এবং মূত্র পরীক্ষা করেছেন কি? হ্যাঁ না

i. আপনি কি বর্তমানে চিকিৎসাধীন? হ্যাঁ না
ii. আপনাকে কি কখনও অঙ্গ প্রতিস্থাপন করতে বলা হয়েছে?/আপনার কি কখনও অঙ্গ প্রতিস্থাপন করতে হয়েছে? হ্যাঁ না
iii. আপনার কি কখনও মেডিকেল টেস্ট করার প্রয়োজন হয়েছে? হ্যাঁ না

ঞ. আপনি কি এইডস সংক্রান্ত চিকিৎসকের পরামর্শ, উপদেশ বা চিকিৎসা পেয়েছেন, এইডস সংক্রান্ত জটিলতা অথবা এইডস সম্পর্কিত অন্য কোন পরিস্থিতি অথবা যৌন রোগ এর মধ্যে কোনটি ছিল বলে বলা হয়েছে? অথবা আপনার এইচআইভি পরীক্ষা করা হয়েছে (অনুগ্রহ করে কারণ ও ফলাফল উল্লেখ করুন) অথবা আপনার নিম্নোক্ত উপসর্গ গুলো ছিল এবং এখনও ব্যাখ্যাযুক্ত: হ্যাঁ না
ক্লাস্ট্রি, ওজন কমে যাওয়া, পাতলা পায়খানা, বড় হয়ে যাওয়া লসিকাক্ষি বা চামড়ায় অস্বাভাবিক ক্ষত ইত্যাদি

ট. আপনার জানামতে আপনার পরিবারের নিকটতম কোন সদস্যর কখনও যক্ষ্মা, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ, মানসিক রোগ বা আপনার স্বামী/স্ত্রীর কোনো এইডস সংক্রান্ত অবস্থা ছিল কিনা? হ্যাঁ না

ঠ. আপনি কি বর্তমানে সামরিক বাহিনীর সদস্য, আপনি বা প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহকদের কেউ কি কোন ঝুঁকিপূর্ণ খেলায় (যেমন-স্কাইডাইভিং, আন্ডার ওয়াটার ড্রাইভিং, হান্ড-গ্লাইডিং, প্যারাসুটিং, পর্বতারোহন, মোটরসাইকেল রেসিং বা নৌকাবাইচ, সার্কিং বা স্থল বা জলে স্কেটিং ইত্যাদি) অথবা ফ্লায়িং (নিয়মিত শিডিউলড এয়ারলাইনস) কাজে নিয়োজিত? হ্যাঁ না

ড. আপনার কি জীবন বা দুর্ঘটনা বীমার বা পুনর্বহালের আবেদন কখনও প্রত্যাখান, স্থগিত, মূল্যায়ন বা কোনভাবে পরিবর্তন করা হয়েছে? যদি হয় তবে প্রতিষ্ঠানের নাম _____ হ্যাঁ না

