



মার্কেটাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

আল-রাজী কমপ্লেক্স, ৯ম তলা, ১৬৬-১৬৭ শহীদ সৈয়দ নজরুল ইসলাম স্মরণী, পুরানা পল্টন, ঢাকা-১০০০।
ফোন : পিএবিএক্স : ৯৫৮০৫৫৩-৪, হট লাইন : ০৯৬০৩০০১১২২, ই-মেইল : info@mercantile-islamylife.com, Web: www.milil.com.bd

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form) জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র

* প্রস্তাবপত্র নং :				বীমা গ্রাহকের ছবি
১. বীমা পলিসির নাম / শ্রেণী :			তারিখ : মেয়াদ :	
পলিসি রেফারেন্স নং / পলিসি নং :			তারিখ :	
২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :	বার্ষিক পেনশন/বীমা অংক			
গ্রাহকের নাম :	জন্ম তারিখ :		বয়স :	
পিতার নাম :	মাতার নাম :			
স্বামী/স্ত্রীর নাম :	জাতীয়তা :		শিক্ষাগত যোগ্যতা :	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :		মোবাইল :	
ফ্যাক্স :	ই-মেইল :			
৩. পরিচিতিপত্র :				
ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং : _____			হ্যাঁ ☐	না ☐
খ) পাসপোর্ট নং : _____ মেয়াদ : _____			হ্যাঁ ☐	না ☐
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং : _____			হ্যাঁ ☐	না ☐
ঘ) ই-টি আই এন (যদি থাকে) : _____			হ্যাঁ ☐	না ☐
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং : _____ মেয়াদ : _____			হ্যাঁ ☐	না ☐
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) : _____			হ্যাঁ ☐	না ☐
৪. স্থায়ী ঠিকানা :				
৫. আবাসিক / বর্তমান ঠিকানা :				
৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত) :				
পেশাগত ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) :				
৭. গ্রাহকের অর্থের উৎস :	বার্ষিক আয় :			
৮. অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :				
৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :	মাসিক ☐	ত্রৈমাসিক ☐	ষান্মাসিক ☐	বার্ষিক ☐
১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :				
১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :				
(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ)				
(খ) নগদ				
১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :				
মনোনীত ব্যক্তির নাম :	সম্পর্ক :	বয়স :		নমিনীর ছবি
পিতার নাম :	মাতার নাম :			
স্বামী / স্ত্রীর নাম :	পেশা :	জন্ম তারিখ :		
বর্তমান ঠিকানা :				
স্থায়ী ঠিকানা :				
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :				
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :	মোবাইল :		
ফ্যাক্স :	ই-মেইল :			
(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার অতিরিক্ত পৃষ্ঠায় উল্লেখ করতে হবে)				
১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ :	☐ নিম্ন ☐ উচ্চ			
১৪. মন্তব্য :				

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/রিলেশনশীপ ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

গ্রাহকের স্বাক্ষর

অবলিখন কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

১৬. মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে - অভিভাবকের নাম	মনোনীতকের সঙ্গে সম্পর্ক	জন্ম তারিখ	বয়স

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

পলিসি নং	কোম্পানীর নাম	বীমা অংক	বীমা শুরুর তারিখ

১৮. পারিবারিক ইতিহাস

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

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

ক. উচ্চতা _____ ফুট _____ ইঞ্চি অথবা _____ মিঃ _____ সেঃমিঃ	বুকের মাপ পূর্ণ শ্বাস নিয়ে ইঞ্চি..... সেঃ মিঃ.....
ওজন _____ পাউন্ড/কেজি সনাক্তকারী চিহ্ন _____	শ্বাস ত্যাগের পর ইঞ্চি..... সেঃ মিঃ.....
	নাভী বরাবর পেটের মাপ ইঞ্চি..... সেঃ মিঃ.....

খ. আপনি কি সম্পূর্ণ সুস্থ্য? ☐ 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 :

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. মৃগীরোগ, মানসিক বা স্নায়বিক গোলযোগ বা রোগ। ☐ হ্যাঁ ☐ না

v. ডায়াবেটিস, যৌনরোগ, ক্যান্সার, টিউমার, অথবা অন্য কোন রোগব্যাধি 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 নিম্নোক্তক উপসর্গগুলো ছিল এবং এখনও ব্যাখ্যাযুক্ত? ☐ হ্যাঁ ☐ না

ক্লান্তি, ওজন কমে যাওয়া, পাতলা পায়খানা, বড় হয়ে যাওয়া লসিকাগ্রন্থি বা চামড়ায় অস্বাভাবিক ক্ষত ইত্যাদি।

ট. আপনার জানামতে আপনার পরিবারের নিকটতম কোন সদস্যের 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 বীমাগ্রাহকের কেউ কি কোন ঝুঁকিপূর্ণ খেলায় যেমন - স্কাইড্রাইভিং, আভার ওয়াটার ড্রাইভিং, হান্ড-গ্লাইডিং, প্যারাসুটিং, পর্বতারোহণ, 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 দৃষ্টিনা বীমার বা পুনর্বহালের আবেদন কখনও প্রত্যাখান, স্থগিত, মূল্যায়ন বা কোনভাবে পরিবর্তন করা হয়েছে? যদি হয় তবে প্রতিষ্ঠানের নাম _____ ☐ হ্যাঁ ☐ না

২০. শুধু মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

ক. আপনি কি সন্তান সম্ভাবা? ☐ হ্যাঁ ☐ না

খ. সর্বশেষ মাসিকের তারিখ _____

গ. আপনার কি কখনও মাতৃত্বকালীন জটিলতা অথবা কোন প্রকার স্তনের অথবা মেয়েলি অঙ্গ প্রত্যঙ্গের সমস্যা ছিল কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না

ঘ. আপনি কি জরায়ুর পীড়ায় ভুগেছেন, যা ছয় মাসের মধ্যে আপনাকে পুনরায় চিকিৎসা করতে বলা হয়েছিল? অথবা জরায়ুর কোনো সমস্যা দেখা দিয়েছিল কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না

চ. স্বামীর জীবনের উপর বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (যদি থাকে) : _____ স্বামীর বাৎসরিক আয় _____

ছ. পেশাবিহীন মহিলার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য বিশেষ শর্ত সাপেক্ষে বীমা গ্রহণে আপনি সম্মত আছেন কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না

মন্তব্য : (যদি ১৯ নং প্রশ্নের উত্তর খ এর উত্তর 'না' হয় অথবা 'গ' থেকে 'ড' পর্যন্ত 'হ্যাঁ' হয় তবে তার বিবরণ নিম্নে লিপিবদ্ধ করুন)

প্রশ্ন নম্বর	নাম	তারিখ	ডাক্তারের নাম, হাসপাতালের নাম, যে কারণে চিকিৎসা ও পরীক্ষা করানো হয়েছে

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উল্লেখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি তথ্য প্রদানে কোন প্রকার অসত্য ও শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং ডাক্তারী পরীক্ষা প্রযোজ্য হলে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় আমি যে ঘোষণা প্রদান করেছি তা প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে মার্কেটাইল ইসলামী লাইফ ইস্যুরেন্স লিমিটেড কে যে কোন তথ্য অনুসন্ধান অনুমতি এবং প্রত্যেক ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে যে কোন তথ্য প্রদান করার অধিকার দিলাম এবং আমার মোট প্রিমিয়ামের শতকরা ২ ভাগ কর্তন পূর্বক তাবারক তহবিলে জমা করতে সম্মত আছি। উল্লেখিত বিবৃতিতে কোন অসত্য বর্ণনা থাকলে প্রস্তাবিত বীমা চুক্তি বাতিল হয়ে যাবে এবং প্রদত্ত প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত হবে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই বীমা প্রস্তাব যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রশিদ ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীন মার্কেটাইল ইসলামী লাইফ ইস্যুরেন্স লিমিটেড এর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

বিশেষ অনুরোধ (যদি থাকে)

বিশেষ দৃষ্টব্য :- এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষরের পূর্বে অনুগ্রহ করে নিশ্চিত হউন যে, আবেদনপত্রে দেয়া তথ্যসমূহ সম্পূর্ণ সঠিক। যে কোন ভুল উত্তরের জন্য আবেদন পত্রটি বাতিলযোগ্য হবে।

স্বাক্ষরের তারিখ : _____ ১. _____ ২. _____
(বীমা প্রস্তাবকের দুটি স্বাক্ষর)

স্বাক্ষরের স্থান : _____ প্রস্তাবকের পুরো নাম (নিজ হস্তে)

স্বাক্ষীর নাম ও ঠিকানা : _____

ফাইন্যান্সিয়াল এসোসিয়েট/ইউএম/বিএম এর কোড _____

অভিভাবকের স্বাক্ষর (প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে)

গুরুত্বপূর্ণ বিষয় :

- জন্ম সনদ বয়স প্রমাণ হিসেবে প্রদান করলে অবশ্যই তা ছবিসহ প্রথম শ্রেণী গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়ন করে নিতে হবে।
- সকল নথি অবশ্যই সত্যায়ন করে নিতে হবে।

**শিশু নিরাপত্তা বীমা / শিশু শিক্ষা বীমা এর
প্রস্তাবিত/মনোনীত শিশু সম্পর্কে অতিরিক্ত বিবৃতি**
(প্রিমিয়ামদাতা/বীমাগ্রহীতা পূরণ করবেন)

শিশুর ছবি

- ১। প্রস্তাবিত শিশুর পূর্ণ নাম.....
- ২। শিশুর জন্ম তারিখ..... বয়স..... উচ্চতা..... ওজন.....
- ৩। (ক) শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ ?.....
(খ) তার কোন অঙ্গহানি বা অঙ্গবৈকল্য বা জন্মগত রোগ আছে কি ?.....
(গ) তাকে ডিপথেরিয়া, হুপিং কাশি, টাইফয়েড, ধনুষ্ঠংকার, পোলিও, যক্ষ্মা, হাম, জন্ডিস ইত্যাদির প্রতিষেধক টিকা দেয়া হয়েছে কি ?
- ৪। শিশুর স্বাস্থ্য সম্পর্কে নিচের প্রশ্নগুলির উত্তর দিন।

	হ্যাঁ	না
(ক) গত পাঁচ বছরে কখনও একাধিকক্রমে ১০ দিনের বেশী অসুস্থ ছিল কি ?	☐	☐
(খ) কখনও স্বাস্থ্য সম্পর্কীয় অনুসন্ধান (এক্স-রে, রক্ত পরীক্ষা ইত্যাদি) বা শৈল্য চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছিল কি ?	☐	☐
(গ) কখনও আহত হওয়ার দরুন ডাক্তারের চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছিল কি ?	☐	☐
(ঘ) পাকস্থলী, অন্ত্রের পীড়া, উদরাময় বা আমাশয় রোগে কখনও ভুগেছে কি ?	☐	☐
(ঙ) কখনও ঘন ঘন কাশি, রক্ত বমি, বাতজ্বর, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, হাঁপানী, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, হাম, গলগণ্ড, চর্ম, চোখ, নাক ও গলার রোগে ভুগেছিল কি ?	☐	☐
(চ) উপরোক্ত পীড়া সমূহ ছাড়া অন্য কোন রোগে কখনও কি ভুগেছে বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অন্য কোন অস্বাভাবিকতা আছে কি ?	☐	☐

কোন প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হলে নিম্নে অসুস্থতার কাল ও প্রকৃতি, তারিখ, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানাসহ বিশদ বিবরণ দিন।

.....

.....

.....
- ৫। শিশুকন্যার বয়স ৯ বছরের বেশী হলে তার শেষ মাসিকের তারিখ উল্লেখ করুন।

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

অবলিখন সিদ্ধান্তঃ