





১৯। শিশু স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি (শিশু বীমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) :

(ক) শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ? ☐ হ্যাঁ ☐ না (খ) তার কোন অঙ্গহানি, টাইফয়েড, ধূনষ্টংকার, পোলিও হাম, জন্ডিস বা জন্মগত অন্যকোন রোগ আছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

২০। আপনার বর্তমান শারীরিক পরিমাপ উল্লেখ করুন :

(ক) উচ্চতা : \_\_\_\_\_ ফুট/মি. : \_\_\_\_\_ ইঞ্চি/সেঃমিঃ, ওজন : \_\_\_\_\_ কেজি/পাউন্ড, বুকের মাপ (পূর্ণ শ্বাসসহ) : \_\_\_\_\_ ইঞ্চি/সেঃমিঃ

বুকের মাপ (শ্বাস ত্যাগ করার পর) : \_\_\_\_\_ ইঞ্চি/সেঃমিঃ, নাভী বরাবর পেটের মাপ : \_\_\_\_\_ ইঞ্চি/সেঃমিঃ, \_\_\_\_\_ ইঞ্চি/সেঃমিঃ

(খ) সনাক্তকরণের জন্য আপনার/সন্তানের (শিশু বীমার ক্ষেত্রে) বিশেষ কোন চিহ্ন থাকলে লিখুন : \_\_\_\_\_

২১। পারিবারিক ইতিহাসঃ

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা							
মাতা							
ভাই							
বোন							
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
মেয়ে							

#### ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক (প্রিমিয়ামদাতা) এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত প্রশ্নগুলির যে উত্তর আমি প্রদান করেছি তা সঠিক ও সত্য বলে বিশ্বাস করি এবং আমি কোন প্রকার অসত্য ও শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষায় আমি যাহা ঘোষণা করেছি বা করবো তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে, তা করার জন্য কোম্পানীকে অনুমতি দিলাম। উপরে বর্ণিত তথ্যের কোন পরিবর্তন হলে কোম্পানীকে জানানো আমার দায়িত্ব, অন্যথায় বীমা আইন ২০১০ অনুযায়ী কোম্পানী আমার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করবে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাব বিবেচনার পর এফ.পি.আর/পাস বই ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানীর উপর কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

স্বাক্ষরের স্থান : \_\_\_\_\_ তারিখ :

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর (১) : \_\_\_\_\_ প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর (২) : \_\_\_\_\_

প্রস্তাবিত শিশুর স্বাক্ষর/বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ (শিশু বীমার ক্ষেত্রে) : \_\_\_\_\_

সাক্ষীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ সাক্ষীর পূর্ণ নাম (পদবী ও কোড নং) : \_\_\_\_\_

#### ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েট/অর্গানাইজারের বিবৃতি

আমি প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে দেখেছি, তিনি সুস্থ আছেন। আমার মতে প্রস্তাবপত্রটি সর্বোত্তমভাবে গ্রহণযোগ্য।

ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েট এর স্বাক্ষর ও তারিখ : \_\_\_\_\_ সংগঠকের প্রতিস্বাক্ষর ও তারিখ : \_\_\_\_\_

নিম্নবর্ণিত প্রশ্নসমূহ উত্তরে 'হ্যাঁ' বা 'না' পরীক্ষাকারী ডাক্তার কর্তৃক পূরণীয়।

১।	ক) আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে কোনভাবে সম্পর্কযুক্ত?	৫।	গনোরিয়া, সিফিলিস, যৌন বা মূত্রনালী ছাড়া অন্যকোন রোগের চিহ্ন আছে কি?	
	খ) প্রস্তাবকের মধ্যে অকাল বার্ধক্যের কোন ছাপ আছে কি?		ক) দৈহিক উচ্চতা: _____ সেঃমিঃ/ফুঃ/ইঃ	
২।	তাকে দেখতে রক্তশূন্য, টিউমার, চর্মরোগ, পাকস্থলী, শ্রবণ ও দৃষ্টিশক্তি সহ অন্যকোন অসুস্থ্য বলে মনে হয় কি?	৬।	খ) ওজন: _____ কেজি/পাঃ	
	হৃদপিণ্ড, গা-ফোলা ও শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিক		গ) পূর্ণ শ্বাস নিয়ে: _____ সেঃমিঃ/ইঃ, ঘ) শ্বাস ত্যাগের পর _____ সিঃমিঃ/ইঃ	
৩।	স্বাভাবিক অথবা অসুস্থ্যতা আছে কি?		ঙ) নাভী বরাবর পেটের মাপ: _____ সিঃমিঃ/ইঃ	
	ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?		চ) সনাক্তকরণ চিহ্ন: _____	
৪।	খ) কোন স্কোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	৭।	প্রস্তাবকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি তাকে দীর্ঘায়ু মনে করেন কি?	
	গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	৮।	আপনার বিবেচনায় তিনি কি সকল দিক দিয়ে জীবন বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন বীমাধারী?	

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের প্রতিবেদন, স্বাক্ষর (সীলসহ) :	অবলিখন সিদ্ধান্ত :
---	--------------------

বিঃ দ্র : আপনার মূল্যবান পলিসির নিরাপত্তার স্বার্থে সতর্কতার সাথে লক্ষ্য রাখবেন এ পলিসি অন্য কোথাও যেন স্থানান্তর/হস্তান্তর না হয়। পলিসি অন্যত্র স্থানান্তর করলে যদি আপনি আর্থিক ক্ষতির সম্মুখীন হন, তবে কোম্পানী কোন দায়-দায়িত্ব বহন করবে না।