



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার কর্তৃক অনুমোদিত এবং নিয়ন্ত্রিত (নিবন্ধন নং-লাইফ ১১/২০১৪)

স্বদেশ ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিঃ

SWADESH ISLAMI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

প্রধান কার্যালয় : স্বদেশ টাওয়ার, ৪১/৬ পুরানা পল্টন, ঢাকা-১০০০, ফোনঃ +৮৮ ০২ ৯৫৬৬৩৬২, মোবাইল-০১৭০০৭৮৩৫৩৬, ই-মেইল : swadeshlife@gmail.com, www.swadeshlamilife.com

বীমা গ্রাহকের
ছবি

মনোনীতক ও
অভিভাবকের
ছবি

প্রস্তাবপত্র

বি, এম : মোবাইল নম্বর অফিস কোড :

ইউ, এম : (প্রবাসী হলে সেদেশের ফোন নম্বর)

এফ, এ : প্রস্তাবপত্র নং :

প্রস্তাবক স্বহস্তে অথবা তাহার নির্দেশ অনুযায়ী পূরণ করবেন এবং উপযুক্ত স্থানে / (টিক চিহ্ন দিন)।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়)	(ক)
(খ) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (ইংরেজীতে) (বড় অক্ষরে)	(খ)
(গ) পিতার নাম :	(গ)
(ঘ) মাতার নাম :	(ঘ)
(ঙ) স্বামী/স্ত্রীর নাম :	(ঙ)
(চ) জাতীয় পরিচয়পত্র নং :	(চ) <input type="text"/>
২। (ক) বীমা গ্রাহকের পেশা : (প্রবাসী হলে সে দেশের নাম লিখুন)	(ক)
(খ) Facebook ID	(খ)

৩। পুরুষ নারী অন্যান্য শিক্ষাগত যোগ্যতা মাসিক আয় : টাকা
বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য.....প্রিমিয়াম কে দিবে.....

৪। স্থায়ী ঠিকানা	যোগাযোগের ঠিকানা (ইংরেজী বড় হাতের অক্ষরে বা বাংলায় লিখুন)
গ্রাম :	গ্রাম :
ডাকঘর :	ডাকঘর :
থানা :	থানা :
জেলা :	জেলা :

৫। ব্যাংক হিসাব নং : ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা :

৬। জন্ম তারিখ : বয়স : বছর বয়স প্রমাণ : জাতীয় পরিচয় পত্র জন্ম সনদ এসএসসি সনদপত্র পাসপোর্ট

৭। (ক) বীমা অংক : (খ) পরিকল্প ও মেয়াদ : ই-মেইল :
(গ) বার্ষিক পেনশন : (টাকা) (ঘ) প্রিমিয়ামের পরিমাণ : টাকা
(ঙ) পি.আর নং : তারিখ

৮। কিস্তির পদ্ধতি : মাসিক ত্রৈমাসিক ষান্মাসিক বার্ষিক এককালীন

৯। সহযোগী বীমা : (ক) দুর্ঘটনায় মৃত্যু (DIAB) (খ) দুর্ঘটনায় মৃত্যু, অঙ্গহানী ও স্থায়ী অক্ষমতা (PDAB)

১০। সমর্পন মূল্য অর্জন সাপেক্ষে-পরিশোধিত বীমায় রূপান্তর করার ব্যবস্থা।

১১। মনোনীতক (ক) নাম : বয়স : বছর, সম্পর্ক :
(খ) নাম : বয়স : বছর, সম্পর্ক :
(গ) নাম : বয়স : বছর, সম্পর্ক :

১২। মনোনীতকের বয়স ১৮ বছরের কম হলে অভিভাবকের নাম : বয়স : বছর, সম্পর্ক :

পারিবারিক ইতিহাস

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

.....
বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর ও তারিখ

জীবনের সাথে জীবনের পরে....

১৬। আপনার জীবনের উপর অন্য কোন বীমা থাকিলে উল্লেখ করুন :

বীমাপত্র নং	বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমা অংক	পরিকল্প ও মেয়াদ	বীমা শুরু তারিখ	কি শর্তে গৃহীত

১৭। মহিলা প্রস্ভাবিকার ক্ষেত্রে অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

- (ক) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভব্য? হ্যাঁ না প্রযোজ্য নহে যদি অন্তঃসত্ত্বা হন তবে কখন সন্তান আশা করেন :
- (খ) সন্তান প্রসব সব সময় স্বাভাবিক হয়েছে কি? হ্যাঁ না প্রযোজ্য নহে
- (গ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে জরায়ু বা স্তনের পীড়ায় ভুগছেন/ভুগেছিলেন? হ্যাঁ না

১৮। আপনার বর্তমান শারীরিক পরিমাপ উল্লেখ করুন :

- (ক) উচ্চতা :.....ফুটঃ/মিঃ.....ইঞ্চিঃ/সেঃ মিঃ, ওজনঃ.....কেজি/পাউন্ড, বুকের মাপ (পূর্ণ শ্বাসসহ)ঃ.....ইঞ্চিঃ/সেঃমিঃ, বুকের মাপ (শ্বাস ত্যাগ করার পর) :.....ইঞ্চিঃ/সেঃ মিঃ, নাতী বরাবর পেটের মাপইঞ্চিঃ/সেঃ মিঃ।
- (খ) সনাক্তকরণের বিশেষ কোন চিহ্ন থাকলে লিখুন :

ঘোষণা ও অঙ্গীকার (Declaration & Undertaking)

আমি, নিম্ন স্বাক্ষরকারী এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত প্রশ্নগুলোর যে উত্তর আমি প্রদান করেছি তা সম্পূর্ণ সঠিক ও সত্য বলে বিশ্বাস করি এবং কোনো প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিতে কোনো অসত্য বিবরণ থাকলে প্রস্ভাবিত বীমা চুক্তি বাতিল হয়ে যাবে ও প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানি কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হবে। এই প্রস্ভাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের সাথে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষায় আমি যাহা ঘোষণা করেছি বা করব তা এই বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গন্য হবে।

আমি এই মর্মে ক্ষমতা প্রদান করছি যে, আমার সম্বন্ধে কোম্পানির কোনো অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে কোন ডাক্তার, হাসপাতাল, বীমা কোম্পানি অথবা যে কোন প্রতিষ্ঠান থেকে আমার বা আমার পরিবারের সদস্যদের বীমা সংক্রান্ত নথি বা তথ্য সংগ্রহসহ স্বাস্থ্য, হাসপাতাল ভর্তি চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র, চিকিৎসকের তথ্য এবং রোগের বিবরণের তথ্য সংগ্রহের অনুমোদন দিলাম। এই ঘোষণাপত্রের অনুলিপি (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) মূল কপি হিসেবে বিবেচিত হবে।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্ভাব বিবেচনার পর প্রিমিয়াম পাকা রশিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্ভাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানীর উপর কোন দায়-দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না এবং কোম্পানী কর্তৃক দেয়া সকল পূর্বস্বত্ব মানিয়া নিব।

.....
স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

স্বাক্ষরকারীর পূর্ণ নাম
পদবী ও কোড নং
ঠিকানা

.....
বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর ও তারিখ
(নিরক্ষর হলে বাম হাতের বৃদ্ধাস্থলির ছাপ)

.....
মনোনীতক/অভিভাবকের স্বাক্ষর :

ফাইন্যান্সিয়াল এসোসিয়েটস্ ও সংগঠকের বিবৃতি

আমি প্রস্ভাবক/প্রস্ভাবিকাকে দেখেছি, তিনি সুস্থ ও স্বাভাবিক আছেন। আমার মতে প্রস্ভাবপত্রটি সর্বোত্তমভাবে গ্রহণযোগ্য। এ ব্যাপারে আমি কোন মিথ্যার আশ্রয় নেইনি।

- ১। এফ.এ এর স্বাক্ষর, নাম ও তারিখ : ২। সংগঠকের প্রতিনিধির স্বাক্ষর, নাম ও তারিখঃ.....
অফিসের নাম ও কোড : অফিস ইনচার্জ এর নাম ও কোড :

বিঃ দ্রঃ বীমা আইন ২০১০ সালের ৬০ ধারার সারামর্ম : কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাহাকেও জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখবার জন্য বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াতে প্রদান করতে পারবে না। কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধিসমূহ লঙ্ঘন করলে তাকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা যাবে।

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১৩। আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য আছে কি? হ্যাঁ না

১৪। বীমা গ্রহীতার স্বাস্থ্য সম্পর্কীয় বিবৃতি :

ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? হ্যাঁ না

খ) আপনি কি কোন ফ্লু বা করোনা ভাইরাস, এবোলা, সার্স বা অন্য ভাইরাস দ্বারা আক্রান্ত হ্যাঁ না

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

ক। আপনার পরিবারে মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন মৃগী, বাত ডায়াবেটিস হাঁপানি, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাগলামি ইত্যাদি আছে কি?	(vi) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।
খ) কখনো নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	(vii) কোন প্রকার অস্ত্রোপাচার, দুর্ঘটনা বা মাংস পেশীতে জখম
(i) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা স্নায়ুবিদিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	(viii) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।
(ii) রক্ত বমন, পুরাতন কপ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোনিয়াপুরেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	(ix) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?
(iii) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার পাকস্থলী ও অস্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	গ। কোন পীড়ার জন্য আপনি কখনও এন্ড্রের ইকোকর্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়াছেন, করিয়া থাকিলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন।
(iv) অর্শ, হার্নিয়া, অস্তি-সন্দী মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	ঘ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় কেন?
(v) বুক ধরফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া, ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ, রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	

প্রস্তাবিত শিশুর বিবরণী (শিশু বীমার ক্ষেত্রে)

(শিশুর বয়স প্রমাণ হিসাবে জন্ম সনদ অবশ্যই জমা দিতে হবে)

১। শিশুর নাম : ২। পিতার নাম :

৩। মাতার নাম : ৪। প্রিমিয়াম দাতার সহিত সম্পর্ক : ছেলে / মেয়ে

৫। শিশুর জন্ম তারিখ : শিশুর বয়স বৎসর, জন্মস্থান জাতীয়তা

৬। প্রিমিয়াম দাতার অবর্তমানে শিশুর অভিভাবক বয়স শিশুর সহিত সম্পর্ক

(শিশু নাবালক থাকাকালে প্রিমিয়াম দাতার মৃত্যু হইলে প্রিমিয়াম দাতা কর্তৃক স্থিরকৃত উপরোক্ত অভিভাবককে দাবীর টাকা পরিশোধ করা হইবে।

১৫। ডাক্তারী পরীক্ষা বিহীন শিশুর অতিরিক্ত বিবৃতি

১। শিশুর বয়স : উচ্চতা : ওজন :

২। সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন

৩। শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ?

৪। শিশুকে কোন কোন টিকা দেওয়া হয়েছে? (ক) (খ) (গ) (ঘ) (ঙ)

(কার্ডের ফটোকপি সংযুক্ত করুন)

৫। নিম্নে বর্ণিত রোগগুলোর জন্য কখনও কি ডাক্তারী পরীক্ষার প্রয়োজন হয়েছে কিনা? হয়ে থাকলে পূর্ণ বিবরণ দিন।

(ক) হৃদযন্ত্র, রক্ত সংক্রান্ত অথবা শ্বাস প্রশ্বাসী?

(ক) হ্যাঁ না

(খ) ব্রেন অথবা স্নায়ু তন্ত্র?

(খ) হ্যাঁ না

(গ) কিডনী অথবা মূত্রথলী?

(গ) হ্যাঁ না

(ঘ) হাড়, সন্ধি, চামড়া, চোখ, নাক অথবা গলা রোগ মুক্তি কিনা?

(ঘ) হ্যাঁ না

(ঙ) বাতজনিত রোগ এবং অস্থি সন্ধি?

(ঙ) হ্যাঁ না

(চ) জ্বরসহ অথবা ব্যতিরেকে কোন সংক্রামক রোগ?

(চ) হ্যাঁ না

(ছ) ডিসেনট্রি অথবা ডায়রিয়া?

(ছ) হ্যাঁ না

(জ) কোন প্রকার অস্ত্রোপাচার বা অন্য কোন রোগ

(জ) হ্যাঁ না

প্রিমিয়াম দাতার নাম :

শিশুর স্বাক্ষর :

স্বাক্ষর :

টিপ সহি :

বিঃ দ্রঃ প্রিমিয়াম দাতার পৃথক মেডিকেল রিপোর্ট প্রদান করতে হবে।

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফরম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তির জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (লাইফ)

বীমা গ্রাহকের
ছবি

১. বীমা পলিসির নাম/শ্রেণী : _____
পলিসি রেফারেন্স নং/পলিসি নং : _____
তারিখ : _____

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	জন্ম তারিখ :
পিতার নাম :	
মাতার নাম :	
স্বামী/স্ত্রীর নাম :	
জাতীয়তা :	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :
মোবাইল :	ফ্যাক্স :
ইমেইল :	

৩. পরিচিতি পত্র :

কপি গৃহীত

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং : হ্যাঁ না -

খ) পাসপোর্ট নং : মেয়াদ : হ্যাঁ না -

গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং : হ্যাঁ না -

ঘ) ই-টিন আইএন.....(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 অর্ধের উৎস :

৮. অর্ধের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :

মাসিক ত্রৈমাসিক ষান্মাসিক বার্ষিক এককালীন

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ)

(খ) নগদ

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

(ক) মনোনীত ব্যক্তির নাম :	সম্পর্ক :	বীমা গ্রাহক কর্তৃক সত্যায়িত মনোনীত ব্যক্তির ছবি
পিতার নাম :	_____	
মাতার নাম :	_____	
স্বামী/স্ত্রীর নাম :	_____	
পেশা :	জন্ম তারিখ :	
বর্তমান ঠিকানা :	_____	
স্থায়ী ঠিকানা :	_____	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপিসহ) :	_____	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	ফ্যাক্স : ই-মেইল :	

১৩. মন্তব্য :

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

অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

জীবনের সাথে জীবনের পরে....