



প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

Electronic Fund Transfer (EFT) Debit লেনদেন এর মাধ্যমে প্রিমিয়াম জমা দেয়ার শর্তাবলী

১. প্রযোজ্য সকল ক্ষেত্রে অনুমোদিত লেনদেন বাংলাদেশ ব্যাংকের BEFTN অপারেটিং এর নীতিমালা অনুযায়ী পরিচালিত হবে। বাংলাদেশের প্রচলিত আইনানুযায়ী সকল নীতিমালা অনুসৃত হবে।
২. পলিসি গ্রহণ করার পর এবং পলিসি চালু থাকা অবস্থায়ই কেবল EFT Debit সুবিধার মাধ্যমে প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড এ প্রিমিয়াম প্রদান করা যাবে এবং এক্ষেত্রে যদি কোন চার্জ প্রযোজ্য হয় তা হলে গ্রাহকের ব্যাংক হিসাব থেকে কর্তনযোগ্য। প্রিমিয়াম প্রদান ছাড়া অন্য কোন প্রকার লেনদেন এর মাধ্যমে প্রদান করা যাবে না।
৩. অবশ্যই মূল অনুমোদিত ফরম প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লি: এর নিকট প্রেরণ করতে হবে। ফটোকপি অথবা ফ্যাক্স গ্রহণযোগ্য নয়। এক (০১)টি বাতিলকৃত চেক/চেকের সত্যায়িত ফটোকপি অবশ্যই ফরমের সাথে সংযুক্ত থাকতে হবে যাতে প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লি: ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্যাদি সঠিকভাবে যাচাই/সংরক্ষণ করতে পারে।
৪. নিম্নলিখিত শর্তাবলী পূরণ সাপেক্ষে ফরম গ্রহণ করা হবে-
 - ক. ব্যাংকে রক্ষিত তথ্যের সাথে ব্যাংক হিসাবধারীর প্রেরিত তথ্যের সামঞ্জস্য থাকতে হবে।
 - খ. ব্যাংক কর্তৃক যাচাই কালে হিসাবধারীর স্বাক্ষর যথাযথ হতে হবে
 - গ. উল্লিখিত হিসাবে পর্যাপ্ত পরিমাণ টাকা থাকতে হবে
 - ঘ. পলিসির শর্তানুযায়ী প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স এ টাকা পরিশোধের গ্রহণযোগ্যতা থাকতে হবে।
৫. EFT পদ্ধতি চালু করার কমপক্ষে ৩০ দিন পূর্বে Authorization Form অবশ্যই প্রধান কার্যালয়, প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লি:, ২০-২১ কাওরান বাজার, ঢাকা-১২১৫ এই ঠিকানায় পৌঁছাতে হবে।
৬. হিসাবধারী কর্তৃক লিখিত আবেদন প্রাপ্তির পূর্ব পর্যন্ত কার্যক্রম অব্যাহত থাকবে। এ সংক্রান্ত কোন আবেদন থাকলে পরবর্তী প্রিমিয়াম দেয় তারিখের অন্তত ৩০ (ত্রিশ) দিন পূর্বে প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লি: এর নিকট তা লিখিতভাবে অবহিত করতে হবে। প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স এর অনুমোদন ব্যতিত এ সংক্রান্ত যেকোন ধরনের পরিবর্তন/বাতিলীকরণ কার্যকর হবে না।
৭. ব্যাংকে পর্যাপ্ত টাকা রয়েছে এবং এই অনুমোদন ব্যাংক কর্তৃক প্রত্যাখ্যাত হবে না, এই মর্মে বীমা গ্রাহককে নিশ্চয়তা প্রদান করতে হবে কখনো কখনো প্রযুক্তিগত কিংবা অন্য কোন সমস্যার জন্য প্রিমিয়াম ঐ তারিখ অনুযায়ী জমা না হয়ে কয়েক দিন বিলম্ব হতে পারে। ব্যাংকের এ ধরনের সমস্যার জন্য প্রগতি লাইফ দায়ী থাকবে না।
৮. যদি এই অনুমোদন ব্যাংক দ্বারা প্রত্যাখ্যাত হয় তবে গ্রাহককে নির্দিষ্ট তারিখে প্রিমিয়াম এর টাকা ক্যাশ এর মাধ্যমে নিকটস্থ অফিসে জমা করতে হবে।
৯. কোম্পানীর ব্যাংক বিবরণীতে প্রদর্শিত লেনদেন প্রিমিয়াম প্রদানের প্রমানপত্র হিসেবে বিবেচিত হবে।
১০. এই নির্দেশ অনুযায়ী হিসাবধারীর ব্যাংক একাউন্ট থেকে প্রগতি লাইফে Debit কৃত পেমেন্ট এর বিষয়ে কোন বিতর্ক উত্থাপন করতে পারবেন না। যদি Debit কৃত অর্থ এর পরিমাণ কম বা বেশী হয় তবে, পলিসি গ্রাহক clarification এর জন্য প্রগতি লাইফ এর সাথে যোগাযোগ করতে পারবেন। উক্ত নির্দেশনা অনুযায়ী প্রগতি লাইফ তার গ্রাহকদের যেকোন প্রকার প্রত্যর্পন (Refund) নিষ্পত্তি করবে।
১১. EFT Debit Payment এর জন্য প্রগতি লাইফ প্রিমিয়াম জমা রশিদ ইস্যু করবে না। গ্রাহকের লিখিত অনুরোধের প্রেক্ষিতে প্রযোজ্য ক্ষেত্রে বাৎসরিক প্রিমিয়াম প্রদান বিষয়ক সার্টিফিকেট প্রদান করতে পারে। প্রিমিয়াম প্রদান বিষয়ক সকল প্রকার যোগাযোগ এর জন্য প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লি:, প্রগতি ইন্স্যুরেন্স ভবন, ২০-২১ কাওরান বাজার, ঢাকা-১২১৫, বাংলাদেশ; এই ঠিকানায় যোগাযোগ করার জন্য অনুরোধ জানানো যাচ্ছে। এ ছাড়া যে কোন তথ্যের জন্য কোম্পানির ওয়েবসাইট www.pragatilife.com ভিজিট করার জন্য ও অনুরোধ জানানো যাচ্ছে।

আমি/আমরা উপরোক্ত শর্তাবলীতে সম্মত হয়ে নিম্নে স্বাক্ষর প্রদান করলাম।

ব্যাংক হিসাবধারীর পূর্ণ নাম :

ব্যাংক হিসাবধারীর স্বাক্ষর ও তারিখ :



প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিঃ এ EFT Debit এর মাধ্যমে প্রিমিয়াম জমা দেয়ার জন্য অনুমোদনকৃত ফরম
সেকশন-১: ব্যাংক হিসাবধারী কর্তৃক পূরণ করতে হবে।

পলিসি হোল্ডার এর বিবরণ									
বীমা গ্রহীতার নাম :									
পলিসি নম্বর:					প্রিমিয়াম (টাকার পরিমাণ) :				
প্রিমিয়াম জমাদানের পদ্ধতি : <input type="checkbox"/> মাসিক <input type="checkbox"/> ত্রৈমাসিক <input type="checkbox"/> ষান্মাসিক <input type="checkbox"/> বার্ষিক									
EFT Debit শুরু তারিখ					EFT Debit শেষ তারিখ				
DD-MM-YYYY					DD-MM-YYYY				
ব্যাংক হিসাবধারীর বিবরণ									
ব্যাংক হিসাবধারীর নাম: (ইংরেজী Capital Letter-এ লিখুন)									
ব্যাংক হিসাব নম্বর: (ইংরেজীতে লিখুন)									
হিসাবধারীর ফোন নম্বর:					ব্যাংকের নাম:				
শাখার নাম:					পলিসি গ্রাহকের সাথে সম্পর্ক				
ব্যাংক হিসাবধারীর যোগাযোগের ঠিকানা:					<input type="checkbox"/> নিজ <input type="checkbox"/> স্বামী/স্ত্রী <input type="checkbox"/> সন্তান				
ব্যাংক হিসাবধারীর ফোন নম্বর:					<input type="checkbox"/> অন্যান্য (বিবরণ দিন).....				
আমি/আমরা এতদ্বারা প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিঃ কে উপরোক্ত পলিসি নম্বরের অনুকূলে Electronic Fund Transfer (EFT) Debit লেনদেন এর মাধ্যমে প্রিমিয়াম সংগ্রহের অনুমতি প্রদান করছি। পরবর্তী পৃষ্ঠায় বর্ণিত শর্তাবলী পড়েছি এবং এই মর্মে নিশ্চয়তা প্রদান করছি যে, আমি/আমরা শর্তাবলী প্রতিপালনে বাধ্য থাকিব। আমি/আমরা সংশ্লিষ্ট ব্যাংক কর্তৃপক্ষকে প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিঃ কে নিম্ন বর্ণিত সেকশন-২ এর তথ্য সরবরাহের অনুমতি প্রদান করিলাম।									
(উভয় পৃষ্ঠায় ব্যাংক হিসাবধারীর স্বাক্ষর ব্যতিরেকে এই ফরমটি গৃহীত হবে না)					ব্যাংক হিসাবধারীর স্বাক্ষর				

সেকশন-২: ব্যাংক কর্তৃক পূরণ করতে হবে।

ব্যাংক এর নাম:									
শাখা অফিসের নাম :					রাউটিং নম্বর:				
শাখা অফিসের ঠিকানা :					শাখা অফিসের টেলিফোন নম্বর				
আমরা হিসাবধারীর উপরে উল্লিখিত সকল তথ্যাদির নিশ্চয়তা প্রদান করছি এবং আরও নিশ্চয়তা প্রদান করছি যে, উপরে উল্লিখিত ব্যাংক হিসাব নম্বর সঠিক এবং উহা আমাদের ব্যাংক এর মাধ্যমে পরিচালিত হচ্ছে।									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ব্যাংক এর সীল মোহর </div>					----- সংশ্লিষ্ট ব্যাংক কর্মকর্তার স্বাক্ষর				
সংশ্লিষ্ট ব্যাংকের সীল এবং স্বাক্ষর ব্যতিরেকে এই ফরমটি গৃহীত হবে না।									
ব্যাংকের অনুমোদিত কর্মকর্তার নাম:									
মোবাইল নম্বর					তারিখ				
					DD-MM-YYYY				

সেকশন-৩: প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিঃ কর্তৃক পূরণ হবে।

ক্রমিক নম্বর:									
যাচাই কারীর স্বাক্ষর ও সীল (প্রগতি লাইফ এর জন্য)					তারিখ:				
					DD-MM-YYYY				

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল