



প্রগতি লাইফ
ইস্যুরেন্স
লিমিটেড

প্রগতি লাইফ ইস্যুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : ৯০, মতিঝিল বাণিজ্যিক এলাকা ঢাকা - ১০০০।

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র

দেয় তারিখ

বীমাপত্র/প্রস্তাবপত্র নম্বর

নাম : বর্তমান বয়স : পরিকল্পন নং : মেয়াদ :

- ১। বীমা গ্রহণকালে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা আহত হয়েছিলেন? হয়ে থাকলে তারিখ এবং স্থিতিকালসহ পূর্ণ বিবরণ দিন।
- ২। প্রথম শারীরিক সুস্থতার ঘোষণার পর আপনার পরিবারে (মাতা, পিতা, ভাই, বোন) কারো মৃত্যু হয়ে থাকলে মৃত্যুর কারণ, মৃত্যুকালীন বয়স এবং অসুস্থতার স্থিতিকালের পূর্ণ বিবরণ দিন।
- ৩। জীবন বীমার জন্য আপনি কি কখনও অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন যা প্রস্তাবিত পরিকল্পন অনুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয়নি?
- ৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?

মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য :

- ৫। আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা?
- ৬। শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ :
- ৭। সর্বশেষ মাসিকের তারিখ :

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী জীবন বীমার প্রস্তাবক/গ্রাহক এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে :

- ১। এখানে এবং/ অথবা পূর্ববর্তী ঘোষণায় বর্ণিত আমার সকল বিবৃতি সত্য এবং আমি এমন কোন তথ্য গোপন করিনি বা বাদ দেইনি যার ফলে এই প্রস্তাবপত্রের/বীমাপত্রের বর্ণিত ঝুঁকির ভারতম্য ঘটতে পারে।
- ২। উপরে বর্ণিত ঘটনাদি ছাড়া, আমার প্রথম ঘোষণার পর থেকে আজ পর্যন্ত আমি কোন রোগে আক্রান্ত হইনি অথবা আঘাত প্রাপ্ত হইনি এবং আমার নিজস্ব এবং পারিবারিক ইতিহাসেও কোন পরিবর্তন ঘটেনি।

আমি এই মর্মে সম্মত হচ্ছি যে :

- ১। এই প্রস্তাব/জীবন বীমার পরিপ্রেক্ষিতে আমার বর্তমান এবং পূর্ববর্তী অথবা পরবর্তী ঘোষণাসমূহ প্রগতি লাইফ ইস্যুরেন্স লিমিটেড এবং আমার মধ্যে উক্ত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে।
- ২। আমার যে কোন ঘোষণার মধ্যে যদি কোন মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে কোম্পানী আইন অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।
- ৩। কোম্পানী কর্তৃক সাময়িকভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত অগ্রিম কোন টাকা যদি কোন কারণে ওয়াশিল না হয় তাহলে তা শুধু জমা হিসাবে গণ্য হবে এবং কোম্পানীর উপর এই বীমা সম্পর্কিত কোন দায়িত্ব বর্তাবে না। উক্ত টাকা কোম্পানীর খাতায় ওয়াশিল করা হলে এবং কেবল মাত্র কোম্পানী কর্তৃক সীলমোহরকৃত পাকা রসিদ প্রদান করা হলেই কোম্পানী চুক্তির বিধান অনুযায়ী দায়-দায়িত্ব গ্রহণ করবে। আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, যে কোন হাসপাতাল, চিকিৎসক, সার্জন অথবা যে কোন ব্যক্তি যিনি আমার অসুস্থতার সময় চিকিৎসা বা দেখাশুনা করেছেন, বা ভবিষ্যতে করবেন, তিনি আমার শারীরিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ প্রগতি লাইফ ইস্যুরেন্স লিমিটেডকে জানাতে পারবেন।

সাক্ষীর স্বাক্ষর :

প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর :

নামও পূর্ণ ঠিকানা :

তারিখ :

পূর্ণ ঠিকানা :

দ্রষ্টব্য : মূল প্রস্তাবপত্রের অনুরূপ স্বাক্ষর দিতে হবে।