



হোমল্যান্ড লাইক ইনসুরেন্স কোম্পানী লিঃ

অবিরাম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণা পত্র

(ডি.জি.এইচ)

ফোন :

মোবাইল নং : ০১৭২২২২২২২২২২

মোবাইল নং : ০১৭২২২২২২২২২২

পৃষ্ঠা

প্রস্তাবপত্র/বীমা পত্র নং

নাম	বর্তমান বয়স	তালিকা নং	মেয়াদ
১। বীমা প্রদর্শকালীন আপনার প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা আহত হয়েছিলেন ? হয়ে থাকলে তারিখ এবং স্থিতিকালসহ পূর্ণ বিবরণ দিন।	১।		
২। প্রথম শারীরিক সুস্থিতার ঘোষণার পর আপনার পরিবারের (মাতা, পিতা, ভাই, বোন) কারো মৃত্যু হয়ে থাকলে মৃত্যুর কারণ মৃত্যুকালীন বয়স এবং অসুস্থিতার স্থিতি কালের পূর্ণ বিবরণ দিন।	২।		
৩। জীবন বীমার জন্য আপনি কি কখনও অন্য কোন সংস্থার বা কোম্পানীর কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন যা প্রস্তাবিত পরিকল্পনামূল্যায় বা সাধারণ হারে গৃহীত হয়নি ?	৩।		
৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন ? <u>মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য</u>	৪।		
৫। আপনি কি বর্তমানে অস্তঃসন্তা ?	৫।		
৬। আপনার মাসিক কি নিয়মিত হয়? গত মাসিক কখন হয়েছে? তারিখ উল্লেখ করুন।	৬।		
৭। কতদিন আগে শেষ সত্ত্বান প্রস্ব করেছেন ?	৭।		

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে :

এখানে এবং পূর্ববর্তী ঘোষণায় বর্ণিত সকল বিবৃতি সত্য এবং এমন কোনো তথ্য গোপন বা বাদ দেইনি যার ফলে এই প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্রে বর্ণিত ঝুঁকির তারতম্য ঘটতে পারে।

উপরে বর্ণিত ঘটনাদি ছাড়া, আমার প্রথম ঘোষণার পর থেকে আজ পর্যন্ত কোন রোগে আক্রান্ত হইনি অথবা আঘাতপ্রাণ হইনি এবং আমার নিজস্ব ও পারিবারিক ইতিহাসে ও কোন পরিবর্তন হয়নি।

আমি এই মর্মে সম্মত হচ্ছি যে :

এই প্রস্তাব/জীবন বীমার পরিপ্রেক্ষিতে আমার বর্তমান এবং পূর্ববর্তী অথবা পরবর্তী ঘোষণা সমূহ হোমল্যান্ড লাইক ইনসুরেন্স কোম্পানী লিঃ এবং আমার মধ্যে চুক্তি হিসাবে গণ্য হবে।

আমার যে কোন ঘোষণার মধ্যে যদি কোন মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তা হলে কোম্পানী আইন অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।

কোম্পানী কর্তৃক সাময়িকভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত অঞ্চলীয় কোন টাকা যদি কোন কারণে ওয়াশিল না হয় তাহলে শুধু জমা হিসাবে গণ্য হবে এবং কোম্পানীর কোন দায়িত্ব থাকবেন।

কিন্তু উক্ত টাকা কোম্পানীর খাতায় ওয়াশিল করা হলে এবং কেবলমাত্র কোম্পানী কর্তৃক তার সীলনোহরযুক্ত পাকা রসিদ প্রদান করা হলেই কোম্পানীর চুক্তির আইন অনুযায়ী দায়িত্বভূত গ্রহণ করবে।

আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, যে কোন হাসপাতাল, চিকিৎসক, সার্জন অথবা যে কোন ব্যক্তি যিনি আমার অসুস্থিতার সময় চিকিৎসা বা দেখাশুনা করছেন,

তাবিষ্যতে করবে, তিনি আমার শারীরিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ হোমল্যান্ড লাইক ইনসুরেন্স কোম্পানী লিঃ এ জানাতে পারবেন।

স্বাক্ষরের স্থান _____ দিন _____ মাস _____ বছর _____

স্বাক্ষর নাম ও সই _____

পূর্ণ ঠিকানা _____

বিঃ দ্রঃ পূর্বে যদি আপনি প্রস্তাব পত্রে বাধ্যায় সই না করে থাকেন
তাহলে ইঁরেজী এবং বাংলা উভয় ভাষাতেই সই করবেন।

প্রস্তাবক/প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের প্রস্তাবিত স্বাক্ষর

বর্তমান পূর্ণ ঠিকানা _____