

সু-স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র

(সকল বীমা গ্রাহক/আবেদনকারীর জন্য প্রযোজ্য)

আবেদনপত্র নং:

বীমা গ্রহীতার নাম: বর্তমান বয়স:

১। বীমা গ্রহণকালীন আপনার প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা আহত হয়েছিলেন? হ্যাঁ না
যদি 'হ্যাঁ' হয় তাহলে তারিখ, 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 সংস্থা/কোম্পানির কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন
যা প্রস্তাবিত পরিকল্পনানুযায়ী বা সাধারণ হারে গৃহীত হয়নি? হ্যাঁ না

৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? হ্যাঁ না

মহিলা বীমা গ্রাহকের জন্য প্রযোজ্যঃ

৫। আপনি কি বর্তমানে ৬ মাস বা তার অধিক সময়কাল ধরে গর্ভবতী? হ্যাঁ না

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে:

১। এখানে এবং পূর্ববর্তী ঘোষণার বর্ণিত সকল বিবৃতি সত্য এবং আমি এমন কোন তথ্য গোপন করিনি বা বাদ দেইনি যার ফলে এই প্রস্তাবিত বীমাপত্রে বর্ণিত ঝুঁকির তারতম্য
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 ও পারিবারিক
ইতিহাসেও কোন পরিবর্তন হয়নি।

আমি এই মর্মে সম্মত হচ্ছি যে:

১। এই প্রস্তাব/জীবন বীমার পরিপ্রেক্ষিতে আমার বর্তমান এবং পূর্ববর্তী অথবা পরবর্তী ঘোষণাসমূহ শান্তা লাইফ ইন্স্যুরেন্স প্রিএলসি এবং আমার মধ্যে চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে।

২। আমার যেকোনো ঘোষণার মধ্যে যদি কোন অসত্য বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে কোম্পানি আইন অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।

৩। কোম্পানি কর্তৃক সাময়িকভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত অগ্রিম টাকার বিপরীতে যদি কোন কারণে পাকা রশিদ ইস্যু না হয় তাহলে শুধুমাত্র আমানত হিসেবে তা গণ্য হবে এবং
কোম্পানির ওপর কোন দায়িত্ব বর্তাবে না। কিন্তু উক্ত টাকা কোম্পানির হিসাব খাতে অন্তর্ভুক্ত করে, কেবলমাত্র প্রতিষ্ঠান কর্তৃক সীলমোহরযুক্ত পাকা রশিদ প্রদান করা হলেই
কোম্পানি চুক্তির শর্তানুযায়ী দায়িত্বভার গ্রহণ করবে। আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, যেকোনো হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ, চিকিৎসক, সার্জন অথবা যেকোনো ব্যক্তি যিনি আমার
অসুস্থতার সময় চিকিৎসা করেছেন বা ভবিষ্যতে করবেন, তিনি আমার শারীরিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ শান্তা লাইফ ইন্স্যুরেন্স প্রিএলসি কে জানাতে পারবেন।

স্বাক্ষরের স্থান দিন মাস বছর

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও কোড নম্বরঃ প্রস্তাবক/বীমা গ্রহীতার স্বাক্ষর/আঙুলের ছাপঃ
(FA/UM/BM) (মূল প্রস্তাবপত্র অনুরূপ স্বাক্ষর দিতে হবে)

সাক্ষী যখন শান্তা লাইফ এর প্রতিনিধি নয় পূর্ণ নামঃ

পূর্ণ নামঃ অপ্রাপ্তবয়স্ক হলে অভিভাবকের স্বাক্ষরঃ

মোবাইল নম্বরঃ মোবাইল নম্বরঃ