



প্রগতি লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি.

প্রধান কার্যালয় : প্রগতি ইন্স্যুরেন্স ভবন, ২০-২১, কাওরান বাজার, ঢাকা-১২১৫

বীমা গ্রাহকের
সত্যায়িত ছবি

জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র

প্রস্তাবক স্বহস্তে অথবা তাঁহার নির্দেশ অনুযায়ী প্রতিনিধি পূরণ করবেন। উপযুক্ত স্থানে টিক (✓) চিহ্ন দিন।

অফিস কোড :		এফ.এ কোড :	
------------	--	------------	--

১। প্রস্তাবপত্র নং :		তারিখ :		পলিসি নং :	
----------------------	--	---------	--	------------	--

২। বীমাগ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম (বাংলায়) :			জন্ম তারিখ :	
গ্রাহকের নাম (ইংরেজিতে) :			বয়স :	
পিতার নাম :			জীবিত ☐ মৃত ☐	
মৃত হলে মৃত্যুকালীন বয়স:..... বছর, মৃত্যুর কারণ :.....				
মাতার নাম :			জীবিত ☐ মৃত ☐	
মৃত হলে মৃত্যুকালীন বয়স:..... বছর, মৃত্যুর কারণ :.....				
স্বামী/স্ত্রীর নাম :			জীবিত ☐ মৃত ☐	
জাতীয়তা :			জন্মস্থান :	
টেলিফোন নং (বাসা) :			টেলিফোন নং (অফিস) :	
মোবাইল নং :			ফ্যাক্স :	
ই-মেইল :				

৩। পরিচিতি পত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং :	তারিখ :	হ্যাঁ ☐	না ☐
খ) পাসপোর্ট নং :	মেয়াদ :	হ্যাঁ ☐	না ☐
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :	তারিখ :	হ্যাঁ ☐	না ☐
ঘ) ই-টি আই এন (E-TIN) (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 মাসিক আয় :	আয়ের উৎস :
-------------------------	-------------

৮। অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :	
----------------------------------	--

৯। বিবাহিত প্রস্তাবিকার ক্ষেত্রে স্বামীর নাম : পেশা : মাসিক আয় :

১০। পুরুষ ☐ নারী ☐ , এস.এস.সি পাশ : হ্যাঁ ☐ না ☐ , শিক্ষার মান

১১। পরিকল্পের নাম : পরিকল্প নং : মেয়াদ : বছর

১২। বীমা অংক : (টাকা), বার্ষিক এনুইটি/পেনশন/ইউনিট সংখ্যা :

অপর পৃষ্ঠায় দেখুন

১৩। সহযোগী বীমা : দূর্ঘটনায় মৃত্যু (ADB) ☐, দূর্ঘটনায় মৃত্যু, অঙ্গহানী ও স্থায়ী অক্ষমতা (PADB) ☐, জটিল ব্যাধি (CI) ☐, আই, এম, সি ☐
 হাসপাতাল বীমা (HI) : ইকোনমি ☐, এক্সিকিউটিভ ☐, কর্পোরেট ☐, কর্পোরেট প্লাস ☐, আইসি ☐, পিসি ☐, টাকা.....

১৪। প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ ষান্মাসিক ☐ বার্ষিক ☐ এককালীন ☐

১৫। প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

১৬। প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ) ব্যাংকের নাম : চেক নং :

টাকার পরিমাণ : সি.আর/পি.আর/বি.এম নং : তারিখ :

খ) নগদ টাকার পরিমাণ : সি.আর/পি.আর/বি.এম নং : তারিখ :

১৭। মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম	:	সম্পর্ক :
পিতার নাম	:	
মাতার নাম	:	
স্বামী/স্ত্রীর নাম	:	
পেশা	:	জন্ম তারিখ : বয়স :
বর্তমান ঠিকানা	:	
স্থায়ী ঠিকানা	:	
জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদ নং (কপি সহ)	:	
টেলিফোন নং (বাসা)	:	টেলিফোন নং (অফিস) :
মোবাইল নং	:	ফ্যাক্স :
ই-মেইল	:	

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
সত্যায়িত মনোনীত
ব্যক্তির ছবি

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
সত্যায়িত অপ্রাপ্ত
বয়স্ক মনোনীত
ব্যক্তির অভিভাবকের
ছবি

বিঃ দ্রঃ ক) মনোনীতকের বয়স ১৮ (আঠারো) বছরের কম হলে-

অভিভাবকের নাম :, সম্পর্ক :

পরিচিতি পত্র নং : জন্ম তারিখ : বয়স :

খ) মনোনীত ব্যক্তি একাধিক কিনা? হ্যাঁ ☐ না ☐ একাধিক হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার আলাদা কাগজে উল্লেখ করতে হবে।

১৮। আপনার জীবনের উপর অন্য কোন বীমা থাকলে উল্লেখ (প্রয়োজনে আলাদা কাগজে) করুন :

বীমাপত্র নং	বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমা অংক	পরিকল্পন নং ও মেয়াদ	বীমা শুরুর তারিখ	কি শর্তে গৃহীত

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

২০। বীমা গ্রহীতার স্বাস্থ্য সম্পর্কীয় বিবৃতি :

(ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? হ্যাঁ ☐ না ☐ “না” হলে, রোগের নাম ও অসুস্থতার সময়সহ বিস্তারিত বিবরণ (প্রয়োজনে আলাদা কাগজে) লিখুন :

(খ) আপনি কি অতীতে এবং বর্তমানে হৃদরোগ, ডায়াবেটিস, উচ্চরক্তচাপ, যক্ষ্মা, হাঁপানী, কিডনী রোগ, বাতজ্বর, জন্ডিস, নিউমোনিয়া, শ্বাসযন্ত্রের রোগ, পাকস্থলী বা অন্ত্রের রোগ, মূত্রাশয়ের রোগ, যৌন রোগ, এইডস (AIDS), ক্যান্সার, মানসিক রোগ অথবা অন্য কোন পীড়া বা রোগে ভুগেছেন বা ভুগছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐

(গ) আপনি কি কোন অস্ত্রোপচার এবং দূর্ঘটনার সম্মুখীন হয়েছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐

(ঘ) কোভিড (COVID) এ আক্রান্ত হয়ে অথবা এর কোন জটিলতার কারণে আপনি কি কখনো হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন অথবা আপনার কোন কোভিড (COVID) এর উপসর্গ বা জটিলতা দেখা দিয়েছে বা চলমান রয়েছে? হ্যাঁ ☐ না ☐

হ্যাঁ হলে অনুগ্রহ করে বিস্তারিত উল্লেখ করুন (চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ও হাসপাতালের নামসহ).....

২১। আপনার বর্তমান শারীরিক পরিমাপ উল্লেখ করুন :

- (ক) উচ্চতা :.....মিঃ/ফুট, ইঞ্চি/সেঃ মিঃ, ওজন : কেজি/পাউন্ড,
বুকের মাপ (পূর্ণ শ্বাসসহ) : ইঞ্চি/সেঃ মিঃ, বুকের মাপ (শ্বাস ত্যাগ করার পর) : ইঞ্চি/ সেঃ মিঃ,
নাভী বরাবর পেটের মাপ : ইঞ্চি/ সেঃ মিঃ।
- (খ) সনাক্তকরণের জন্য বিশেষ কোন চিহ্ন থাকলে লিখুন :.....

২২। মহিলা প্রস্ৰাবিকার ক্ষেত্রে অতিরিক্ত প্রশ্নমালা : হ্যাঁ/না ঘরে টিক (✓) চিহ্ন দিন

- (ক) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? হ্যাঁ ☐ না ☐, যদি সন্তান সম্ভবা হন তাহলে সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ :.....
- (খ) সন্তান প্রসব সব সময় স্বাভাবিক হয়েছে কি? হ্যাঁ ☐ না ☐
- (গ) আপনার কতজন সন্তান রয়েছে : জন
- (ঘ) শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ : ও প্রসবের ধরণ : নরমাল ডেলিভারী ☐ /সিজারিয়ান ☐
- (ঙ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগ, জরায়ু বা স্তনের পীড়ায় ভুগেছেন /ভুগছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐
- (চ) আপনার সর্বশেষ মাসিকের তারিখ লিখুন :

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত প্রশ্নগুলির যে উত্তর আমি প্রদান করেছি এবং আনুসঙ্গিক যে সমস্ত তথ্য ও প্রমাণ প্রদান করেছি তা সঠিক ও সত্য বলে আমি বিশ্বাস করি এবং কোন প্রকার অসত্য ও শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করি নাই। এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য ও প্রমাণ এবং যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয় তবে ডাক্তারী পরীক্ষায় আমি যা ঘোষণা করেছি বা করবো তা প্রদানকৃত তথ্য ও প্রমাণসমূহ প্রস্তাবিত জীবনবীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে, তা করার অনুমতি কোম্পানীকে দিলাম এবং ভবিষ্যতে যদি বর্ণিত তথ্য ও প্রমাণসমূহে কোন অসত্য বর্ণনা বা ভুল পরিলক্ষিত হয় তাহলে কোম্পানী প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তি বাতিল ও প্রদত্ত সকল প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করতে পারবে। উপরে বর্ণিত তথ্যের কোন পরিবর্তন হলে তা কোম্পানীকে জানানো আমার দায়িত্ব।

আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাব বিবেচনার পর এফ.পি.আর ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানীর উপর কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

Special Request :

স্থান :তারিখ :

.....
সাক্ষীর স্বাক্ষর

স্বাক্ষর :

পূর্ণ নাম :

.....
(প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম)

পদবী ও কোড নং :

ঠিকানা :

এফ. এ/অর্গানাইজারের বিবৃতি

আমি প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে দেখেছি, তিনি সুস্থ আছেন। আমার মতে প্রস্তাবপত্রটি সর্বোত্তমভাবে গ্রহণযোগ্য।

এফ. এ এর স্বাক্ষর ও তারিখ : উর্ধ্বতন কর্মকর্তার প্রতিস্বাক্ষর ও তারিখ :

অফিসের নামসহ সীল : সংগঠকের কোড নং :

বিঃ দ্রঃ বীমা আইন ২০১০ এর ধারা ৬০ অনুযায়ী প্রত্যক্ষ কিংবা পরোক্ষভাবে কোন ব্যক্তিকে কোন বীমা গ্রহণ, নবায়ন অথবা অব্যাহত রাখিবার জন্য উৎসাহিত করিতে কমিশন অথবা তাহার অংশ বিশেষ অথবা পলিসিতে প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন রেয়াত প্রদান করিবে না বা প্রদানের প্রস্তাব করিবে না। কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানসমূহ লংঘন করিলে তাহাকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা হইবে।

(যদি থাকে)

(ক) বীমা গ্রহীতার ব্যাংক হিসাবের নাম :

(খ) হিসাব নং : ও হিসাবের ধরন : সঞ্চয়ী ☐ চলতি ☐

(গ) ব্যাংক ও শাখার নাম :

(ঘ) ব্যাংকের ঠিকানা :

(পরবর্তীতে কোম্পানী থেকে টাকা উত্তোলনের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে)

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ :

নিম্ন ☐

উচ্চ ☐

জীবন বীমার পলিসি সম্পর্কীয় কতিপয় গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

- সময়মত প্রিমিয়াম পরিশোধ না করার কারণে আপনার পলিসিটি তামাদি অর্থাৎ মূল্যহীন হয়ে যেতে পারে। সুতরাং আপনার ও আপনার প্রিয়জনের আর্থিক নিরাপত্তা বজায় রাখার স্বার্থে সময়মত প্রিমিয়াম পরিশোধ করে পলিসিটি চালু (Policy Inforce) রাখবেন। উল্লেখ্য, ন্যূনতম ০২ (দুই) বছরের প্রিমিয়াম পরিশোধ না করলে পলিসির অনুকূলে কোন ধরনের সুবিধা বা অর্থ প্রদেয় হবে না।
- পলিসি সংক্রান্ত যে কোন ব্যাপারে যোগাযোগ বা প্রিমিয়াম জমা দেওয়ার সময় অবশ্যই আপনার “পলিসি নম্বর ও মোবাইল নম্বর” উল্লেখ করবেন।
- নবায়ন প্রিমিয়ামের টাকা সরাসরি কোম্পানীর নির্ধারিত বাণিজ্যিক ব্যাংক, মোবাইল ব্যাংকিং, এজেন্ট ব্যাংকিং, EFT Debit, অনলাইন পেমেন্ট-এর মাধ্যমে জমা করতে পারেন। এছাড়াও কোম্পানীর প্রধান কার্যালয় অথবা সার্ভিসিং সেন্টার/সেলে/কোম্পানীর নির্ধারিত অফিসে জমা দেওয়া যেতে পারে। উল্লেখিত যে কোন উপায়ে প্রিমিয়াম জমা দিয়ে জমার রসিদ সংগ্রহ করুন এবং প্রিমিয়াম জমার এই রসিদ সযত্নে আপনার হেফাজতে রাখুন।
- মনে রাখবেন, জীবন বীমা/পলিসি বা পলিসির স্বত্ব এক কোম্পানী থেকে অন্য কোম্পানীতে স্থানান্তরযোগ্য নহে। প্রতারণার উদ্দেশ্যে কোন ব্যক্তি কর্তৃক অন্য কোম্পানীতে আপনার মূল্যবান জীবন বীমা/পলিসি স্থানান্তরের প্রলোভন দিলে, তা তাৎক্ষণিকভাবে আপনার নিকটস্থ আমাদের কোম্পানীর যে কোন অফিসে কর্মরত কর্মকর্তাদের সাথে যোগাযোগ করে পরামর্শ গ্রহণ করার জন্য অনুরোধ করছি।