



METCS0501

রশিদের তারিখ :

টাকার পরিমাণ

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী
মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ
ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ
কল সেন্টার : ০৯৬৬৬৭৯৬৩৪৪
হটলাইন : ৯৬৩৪৪

বিস্তারিত আবেদন ও স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা

- পুনর্বহাল বিশেষ শ্রেণী পরিবর্তন
 প্ল্যান পরিবর্তন বীমার অংক পরিবর্তন
 অতিরিক্ত সুবিধা সংযুক্তি

পলিসি নম্বর..... প্রিমিয়াম প্রদেয় তারিখ..... এজেন্সী.....

১	নাম	জন্ম তারিখ	উচ্চতা	ওজন
বীমাকৃত ব্যক্তি				
বীমা গ্রহীতা				
অন্যান্য				

২. ক) বীমাগ্রহীতার বর্তমান পেশা খ) স্বামী/স্ত্রীর পেশা
গ) পেশাগত দায়িত্ব..... ঘ) নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা

৩. বীমাকৃত সকল ব্যক্তি কি বর্তমানে সুস্থ আছেন? হ্যাঁ না

৪. বীমাকারী/বীমাকৃত ব্যক্তি কি কখনো নিম্নলিখিত অসুস্থতা বিষয়ক কোন পরামর্শ গ্রহণ, চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য পরীক্ষা করিয়েছেন ?

ক)	হ্যাঁ	না		হ্যাঁ	না
ডায়াবেটিস (Diabetes)			টিউমার (Tumors)		
হৃদরোগ (Heart)			অস্থিসন্ধি (Back or Joints)		
কিডনি (Kidneys)			মূত্রনালী/মূত্রাশয় (Urinary System)		
উচ্চ রক্তচাপ (High Blood Pressure)			স্নায়ুরোগ সংক্রান্ত (Neuro)		
ক্যানসার (Cancer)			হার্নিয়া (Hernia)		
ফুসফুস (Lungs)			পরিপাক ও অন্ত্রসংক্রান্ত (Stomach or intestines)		

খ) বীমাকারী/বীমাকৃত ব্যক্তি কি উপরোল্লিখিত অসুস্থতা সমূহের বাইরে অন্য অসুস্থতাজনিত সমস্যার জন্য কোন পরামর্শ গ্রহণ, চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য পরীক্ষা করিয়েছেন? হ্যাঁ না

গ) বীমাকারী/বীমাকৃত ব্যক্তি কি ধূমপান/অ্যালকোহল গ্রহণ করেন? হ্যাঁ না

ঘ) বীমাকারী/বীমাকৃত কোন ব্যক্তির কি বীমার কার্যকরতার তারিখ হতে আনুষ্ঠানিক/অনানুষ্ঠানিকভাবে মেটলাইফ/অন্যকোন বীমা কোম্পানিতে নতুন কোন বীমা বা পরিকল্পনা আবেদন করা হয়েছে যা কোম্পানি কর্তৃক প্রত্যাখান/স্বীকৃত/প্রত্যাহার/পরিবর্তন বা বিশেষ শ্রেণীভুক্ত (রেট এ পরিবর্তন) হয়েছে? হ্যাঁ না

৫. শুধুমাত্র নারী আবেদনকারীদের জন্য প্রযোজ্য

ক) আপনি কি অন্তঃসত্ত্বা? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে কত মাস যাবৎ?

খ) সর্বশেষ প্রসূতি কবে হয়েছিলেন? (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

গ) কোন প্রকার গর্ভপাত, সিজারিয়ান ডেলিভারী অথবা যন্ত্রনাদায়ক প্রসবের সম্মুখীন হয়েছিলেন? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে বর্ণনা দিন

ঘ) স্বামীর সর্বমোট বীমা অংক এবং পলিসি নম্বর উল্লেখ করুন.....

৬. বীমাকারীর সন্তানের সংখ্যা এবং বয়স

মন্তব্য: যদি প্রশ্ন ৩ এর উত্তর “না” এবং ৪ এর কোন উত্তর “হ্যাঁ” হয় তবে নিম্নে প্রশ্ন নং উল্লেখ করে বিস্তারিত বর্ণনা করুন।

আমি ঘোষণা করছি যে, উপরের প্রতিটি জবাব পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং উপরোক্ত ঘোষণাকে বীমা পুনর্বহাল, পরিবর্তন বা ইস্যুর ভিত্তি হিসেবে গ্রহণ করতে সম্মত আছি। আমি সম্মত আছি যে, শুধুমাত্র বীমার বিপরীতে বকেয়া প্রিমিয়াম বা অন্য কোন পেমেন্ট দিলেই বীমাটি পুনর্বহাল হবে না, যদি না এবং যতক্ষণ না এই আবেদন পত্রটি কোম্পানি কর্তৃক অনুমোদিত হয়। আমি আরো অবগত যে, বীমাটি পুনর্বহাল হলে বীমা চুক্তিতে অন্য কোন বিধান থাকা সত্ত্বেও উহার অখণ্ডনীয়তা (Incontestability) ও আত্মহত্যা (Suicidal Clause) সংক্রান্ত বিধানগুলো বীমাটির পুনর্বহালের তারিখ হতে দুই বছরের জন্য এবং পূর্বে বিদ্যমান অবস্থা (Pre-existing Clause) সংক্রান্ত বিধান বীমা পুনর্বহালের তারিখ হতে কার্যকর হবে।

আমি এটাও বুঝতে পারি এবং স্বীকার করি যে যদি আমি আবেদনপত্রে বা অন্য কোনো ঘোষণায় কোনো তথ্য গোপন করি বা মিথ্যা বিবৃতি প্রদান করি বা ইচ্ছাকৃতভাবে ভুলভাবে তথ্য উপস্থাপন করি যা কোম্পানির দ্বারা ঝুঁকি গ্রহণকে প্রভাবিত করে সে ক্ষেত্রে পলিসিটি বাতিল হতে পারে এবং কোন সুবিধা প্রদান করা হবে না।

দায় পরিত্যাগমূলক বিবৃতি: যদি পলিসিটি পুনর্বহাল করা হয়, তাহলে এই আবেদনপত্রটি চুক্তির একটি অংশ হবে। প্রস্তাবিত বীমাকৃত ব্যক্তিকে এবং/অথবা বীমা গ্রাহককে অত্র আবেদনপত্রের তথ্যসমূহ সম্পর্কে শুধু সাধারণ ধারণা দেয়ার জন্য বাংলা সংস্করণটি ব্যবহৃত হয়েছে। এই আবেদনপত্রের আইনি বাধ্যবাধকতা পরিপালনের ক্ষেত্রে ইংরেজি সংস্করণটি প্রযোজ্য হবে।

স্বাক্ষরের স্থান..... তারিখ.....

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম ও স্বাক্ষর

ফোন/মোবাইল.....

ফিন্যান্সিয়াল অ্যাসোসিয়েটের নাম, স্বাক্ষর ও কোড/মেডিকেল পরীক্ষকের স্বাক্ষর, সিল ও আইডি নং

দ্বিতীয় অংশঃ মেডিকেল পরীক্ষা

পলিসি নম্বর

বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর

১) ক) উচ্চতা..... ফুট..... ইঞ্চি গ) আপনি কি তার ওজন নিয়েছেন? হ্যাঁ না
খ) ওজন..... কেজি/পাউন্ড আপনি কি তার মাপ নিয়েছেন? হ্যাঁ না

ঘ) পরিধি
(শুধুমাত্র
পুরুষের ক্ষেত্রে)

{ বুকের মাপ (স্বাভাবিক)..... ইঞ্চি
বুকের মাপ (সম্পূর্ণসারিত)..... ইঞ্চি
পেট (নাড়ি বরাবর)..... ইঞ্চি

২. আপনার অনুসন্ধান বা ডাক্তারি পরীক্ষায় মস্তিষ্ক, বুক, পরিপাক, যৌন, মুত্রাশয়, কারডিওভাস্কুলার, যকৃৎ, গ্রন্থি ও স্নায়বিক কোন বর্তমান বা পুরনো অসুস্থতা প্রকাশ করে কি? (প্রয়োজনে বিবরণ দিন)

হ্যাঁ না

৩. ক) বীমাকৃত ব্যক্তিকে দেখে কি অসুস্থ মনে হয়?

খ) তাকে কি উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশি বয়সি মনে হয়? (কেন?)

গ) তিনি কি চোখে দেখতে অথবা কানে শুনতে অসুবিধা বোধ করেন?

ঘ) তার বিকলাঙ্গতা বা অন্য কোন শারীরিক সমস্যা রয়েছে?

ঙ) আপনার জানা মতে তার চারিত্রিক অভ্যাসগত বা নৈতিক এমন কোন বৈশিষ্ট্য আছে কি না, যা বীমা ঝুঁকির উপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলতে পারে?

৭. মেডিকেল পরীক্ষকের নাম ও ঠিকানা

.....
.....

বিবরণ (প্রাসঙ্গিক প্রশ্নের নম্বর উল্লেখ করুন)

৪. হৃদস্পন্দন (প্রতি মিনিট)

বিশ্রামে	*ব্যায়ামের পর	৫ মিনিট পর

*(বিশ্রাম থেকে ২৫ স্পন্দন বেশি)

৫. রক্তচাপ

সিস্টলিক	ডায়াস্টলিক (৫ম পর্ব)

স্বাক্ষরের স্থান..... তারিখ.....

মেডিকেল পরীক্ষকের স্বাক্ষর, সিল ও আইডি নং

অপ্রাপ্ত বয়স্ক বীমাকৃতের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা

আমি উপরোল্লিখিত পলিসিটি পুনর্বহালের জন্য আবেদন করছি এবং ঘোষণা করছি যে, আমার ছেলে/মেয়ে..... এর শারীরিক সুস্থতা সম্পর্কে পলিসিটি গ্রহন করার সময় পলিসির আবেদনপত্রে যে ঘোষণা করেছিলাম, এখনও সে তেমন সুস্থ রয়েছে। সে সময় থেকে এখন পর্যন্ত তার পারিবারিক তথ্যাদির কোন পরিবর্তন হয়নি, সে কোন রোগে/অসুস্থতায় আক্রান্ত হয়নি, তার জীবনের উপর নতুন কোন বীমা, বিদ্যমান বীমার নতুন কোন পরিবর্তন বা কোন বীমা পুনর্বহালের আবেদন করা হয়নি যা সংশ্লিষ্ট কোম্পানি কর্তৃক প্রত্যাখ্যাত, স্থগিত বা প্রত্যাহার করা হয়েছে বা সংশ্লিষ্ট পলিসির প্রকৃত পরিমাণ বা হারে কোন পরিবর্তন করা হয়েছে (এর ব্যতিক্রম হলে নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা দেয়া হলো)*। আমি আরো অবগত যে, বীমাটি পুনর্বহাল হলে বীমা চুক্তিতে অন্য কোন বিধান থাকা সত্ত্বেও উহার অখণ্ডনীয়তা (Incontestability) ও আত্মহত্যা (Suicidal Clause) সংক্রান্ত বিধানগুলো বীমাটির পুনর্বহালের তারিখ হতে দুই বছরের জন্য এবং পূর্বে বিদ্যমান অবস্থা (Pre-existing Clause) সংক্রান্ত বিধান বীমা পুনর্বহালের তারিখ হতে কার্যকর হবে।

আমি এটাও বুঝতে পারি এবং স্বীকার করি যে যদি আমি আবেদনপত্রে বা অন্য কোনো ঘোষণায় কোনো তথ্য গোপন করি বা মিথ্যা বিবৃতি প্রদান করি বা ইচ্ছাকৃতভাবে ভুলভাবে তথ্য উপস্থাপন করি যা কোম্পানির দ্বারা ঝুঁকি গ্রহণকে প্রভাবিত করে সেক্ষেত্রে পলিসিটি বাতিল হতে পারে এবং কোন সুবিধা প্রদান করা হবে না।

*ব্যতিক্রম

দায় পরিত্যাগমূলক বিবৃতি: যদি পলিসিটি পুনর্বহাল করা হয়, তাহলে এই আবেদনপত্রটি চুক্তির একটি অংশ হবে। প্রস্তাবিত বীমাকৃত ব্যক্তিকে এবং/অথবা বীমা গ্রাহককে অত্র আবেদনপত্রের তথ্যসমূহ সম্পর্কে শুধু সাধারণ ধারণা দেয়ার জন্য বাংলা সংস্করণটি ব্যবহৃত হয়েছে। এই আবেদনপত্রের আইনি বাধ্যবাধকতা পরিপালনের ক্ষেত্রে ইংরেজি সংস্করণটি প্রযোজ্য হবে।

আবেদনকারীর নাম ও স্বাক্ষর

ফোন/মোবাইল:

সিএসসি-১৯৯৬

শুধুমাত্র হেড অফিসের ব্যবহারের জন্য

আডাররাইটিং মতামত: অনুমোদিত স্থগিত প্রত্যাখ্যাত

অতিরিক্ত মতামত

.....

.....

আডাররাইটারের স্বাক্ষর