



METCS0501

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী
মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ
পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০
বাংলাদেশ

পুনর্বহাল

প্র্যান পরিবর্তন

অতিরিক্ত সুবিধা সংযুক্তি

বিশেষ শ্রেণী প্রত্যাহার

বীমার অংক পরিবর্তন

রশিদের তারিখ

টাকার পরিমাণ

বিস্তারিত আবেদন ও স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা

এজেন্সী পলিসি নম্বর প্রিমিয়াম প্রদেয় তারিখ

প্রথম অংশ- বীমাগ্রহীতা দ্বারা প্রদেয় প্রশ্নের উত্তর

১.	নাম	জন্ম তারিখ	উচ্চতা	ওজন
বীমাকৃত ব্যক্তি				
বীমাগ্রহীতা				
স্বামী/স্ত্রী				
নির্ভরশীলের তালিকা				

২. ক. বীমাগ্রহীতার বর্তমান পেশা খ. স্বামী/স্ত্রী-র পেশা

গ. পেশাগত দায়িত্বের যথাযথ বিবরণ

ঘ. নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা

৩. ক. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি ধূমপায়ী হলে তার প্রাত্যহিক/সাপ্তাহিক ধূমপানের মাত্রা

খ. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি অ্যালকোহল সেবনকারী হলে তার প্রাত্যহিক/সাপ্তাহিক অ্যালকোহল সেবনের মাত্রা

৪. বীমাকৃত কোন ব্যক্তির কি নিম্নলিখিত কাজগুলোর সঙ্গে বর্তমানে কোন সংশ্লিষ্টতা আছে অথবা ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতা থাকার সম্ভাবনা আছে?

ক. সেনা (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা আছে নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা আছে নাই)

খ. নৌবাহিনী (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা আছে নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা আছে নাই)

গ. বিমান চালনা (বর্তমানে সংশ্লিষ্টতা আছে নাই) (ভবিষ্যতে সংশ্লিষ্টতার সম্ভাবনা আছে নাই)

৫. ক. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি নতুন কোন বীমা ক্রয়ের জন্য আলোচনা করছেন বা ক্রয়ের চিন্তা করছেন? হ্যাঁ না

খ. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি বীমার কার্যকরতার তারিখ হতে আনুষ্ঠানিক/অনানুষ্ঠানিকভাবে মেটলাইফ বা অন্য কোন বীমা কোম্পানীতে নতুন কোন বীমা বা পরিকল্পিত পরিবর্তন বা পুনর্বহালের আবেদন করেছেন, যা কোম্পানী কর্তৃক প্রত্যাখান, স্থগিত, প্রত্যাহার/পরিবর্তন বা বিশেষ শ্রেণীভুক্ত (রেট-এ পরিবর্তন) করা হয়েছে? হ্যাঁ না

উত্তর হ্যাঁ হলে, কোম্পানী, তারিখ ও কারণ উল্লেখ করুন

৬. ক. বীমার কার্যকরতার তারিখের পর বীমাকৃত কোন ব্যক্তির পরিবারে কি কোন মৃত্যু ঘটেছে? হ্যাঁ না

উত্তর হ্যাঁ হলে, মৃত ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক, বয়স ও মৃত্যুর কারণ উল্লেখ করুন

৭. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি উপরোল্লিখিত প্রিমিয়াম প্রদেয় তারিখ হতে-

ক. অসুস্থ বা আহত হয়েছেন? (উত্তর হ্যাঁ হলে, নিম্নে তারিখসহ বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যাঁ না

খ. শারীরিক বা মানসিক অবস্থার জন্য কারো চিকিৎসা বা পরামর্শ গ্রহণ করেছেন? (উত্তর হ্যাঁ হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যাঁ না

গ. কোন হাসপাতাল বা অন্য চিকিৎসালয়ে সেবা নিয়েছেন? (উত্তর হ্যাঁ হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যাঁ না

৮. শুধুমাত্র নারীদের জন্য প্রযোজ্য: আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী? (উত্তর হ্যাঁ হলে কত মাস যাবত?) হ্যাঁ না

৯. বীমাকৃত সকল ব্যক্তি কি বর্তমানে সুস্থ আছেন? (উত্তর না হলে, নিম্নে বিস্তারিত বর্ণনা করুন) হ্যাঁ না

১০. বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি কোন চিকিৎসা বা চিকিৎসা বিষয়ক পরামর্শ গ্রহণ করতে ইচ্ছুক বা কোন মেডিকেল পরীক্ষা করেছেন?

হ্যাঁ না

১১. মেটলাইফ সহ অন্যান্য বীমা প্রতিষ্ঠানের সঙ্গে থাকা সকল পলিসির বিবরণ:

পলিসি নম্বর	প্রতিষ্ঠান	বীমার অংক	সম্পূর্ণক বীমা চুক্তিসমূহ

১২. এইডস (Acquired Immune Deficiency Syndrome) সংক্রান্ত : (কোন উত্তর হ্যাঁ হলে, বিস্তারিত বর্ণনা করুন)

- ক. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তি কি এইডস বা এইডস সংক্রান্ত অবস্থা বা যৌনবাহিত কোন রোগ সম্পর্কিত কোন চিকিৎসা বা চিকিৎসা বিষয়ক পরামর্শ গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না
- খ. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তিকে কি কেউ বলেছেন যে তার এইডস বা এইডস সংক্রান্ত সমস্যা রয়েছে? হ্যাঁ না
- গ. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তিকে কি কেউ বলেছেন যে তার রক্তে এইডস ভাইরাসের এক্টিভির প্রমাণ পাওয়া গেছে? হ্যাঁ না
- ঘ. আপনি বা বীমাকৃত কোন ব্যক্তির কি নিম্নে বর্ণিত কোন শারীরিক অবস্থা বিদ্যমান, যা অঙ্গাত: অবসাদ, ওজন হ্রাস, ডাইরিয়া, লসিকাগ্রন্থির বৃদ্ধি অথবা অস্বাভাবিক ত্বক ক্ষত? হ্যাঁ না

উপরের কোন প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হলে, প্রশ্নের নম্বরসহ মেডিকেল পরীক্ষার ফলাফল, তারিখ, স্থিতিকাল, আরোগ্য লাভের অবস্থা ও পূর্ণ ফলাফল চিকিৎসকের নাম, ঠিকানা, চিকিৎসা ব্যবস্থা ও প্রয়োজনীয় সকল বর্ণনা দিন

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 পেমেট দিলেই বীমাটি পুনর্বহাল হবে না, যদি না এবং যতক্ষণ না এই আবেদনপত্রটি কোম্পানী কর্তৃক অনুমোদিত হয়। আমি আরো অবগত যে, বীমাটি পুনর্বহাল হলে, এই বীমাতে অন্য কোন বিধান থাকা সত্ত্বেও উহার অখণ্ডনীয়তা (Incontestability) বা আত্মবিনাশ (Self-destruction) সংক্রান্ত বিধানগুলো বীমাটির পুনর্বহালের তারিখ থেকে দুই বছরের জন্য নতুন করে কার্যকর হবে।

স্বাক্ষরের স্থান.....তারিখ..... ২০১.....
(শহর) (দিন) (মাস)

ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েটের পূর্ণ নাম, স্বাক্ষর ও কোড

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম ও স্বাক্ষর

ফোন/মোবাইল.....

দ্বিতীয় অংশঃ মেডিকেল পরীক্ষা

লক্ষ্যণীয়ঃ অনুগ্রহ করে বীমাকৃত ব্যক্তির পরিচয় নিশ্চিত করুন

পরিচিতির ধরণ নম্বর বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর

১) ক) আপনি কতদিন যাবত বীমাকৃত ব্যক্তিকে চেনেন? খ) আপনারা কি আত্মীয়? গ) জাতি

২) ক) উচ্চতা..... ফুট..... ইঞ্চি গ) আপনি কি তার ওজন নিয়েছেন? হ্যাঁ না

খ) ওজন..... পাউন্ড আপনি কি তার মাপ নিয়েছেন? হ্যাঁ না

ঘ) পরিধি
(শুধুমাত্র
পুরুষের ক্ষেত্রে)

বুকের মাপ (স্বাভাবিক)..... ইঞ্চি
বুকের মাপ (সম্প্রসারিত)..... ইঞ্চি
পেট (নাভি বরাবর)..... ইঞ্চি

৩. 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)
৪. 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 কি পিউপিলারি (Pupillary) ও প্যাটেলার (Patellar) রিফ্লেক্স অস্বাভাবিক?
ঙ) তার বিকলাঙ্গতা বা অন্য কোন শারীরিক সমস্যা রয়েছে?
চ) তার কি কখনো সিরিকলিসের জন্য সেরোলজিকাল (Serological) টেস্ট করানো হয়েছে? (কারন, তারিখ ও ফল লিপিবদ্ধ করুন)
ছ) তার উদরে কি ভেরিকোসটিস (Varicostes) বা হার্নিয়া রয়েছে? (স্থান চিহ্নিত করুন ও বিবরণ দিন)
জ) আপনার জানা মতে তার চারিত্রিক অভ্যাসগত বা নৈতিক এমন কোন বৈশিষ্ট্য আছে কি না, যা বীমা ঝুঁকির উপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলতে পারে?

হ্যাঁ	না

১০. মেডিকেল পরীক্ষকের নাম ও ঠিকানা

বিবরণ (প্রাসঙ্গিক প্রশ্নের নম্বর উল্লেখ করুন)

৫. হৃদস্পন্দন (প্রতি মিনিট)

বিশ্রামে	*ব্যায়ামের পর	৫ মিনিট পর

*(বিশ্রাম থেকে ২৫ স্পন্দন বেশি)

৬. রক্তচাপ

সিস্টলিক	ডায়াস্টলিক (৫ম পর্ব)

৭. আর্টারিওস্ক্লেরোসিস (Arteriosclerosis) বা এনিউরিজম (Aneurysm) এর লক্ষণ বিদ্যমান? হ্যাঁ না

৮. হার্ট মারমার রয়েছে? (বিস্তারিত বিবরণ দিন)

হাইপারট্রফি (Hypertrophy) রয়েছে? (বিস্তারিত বিবরণ দিন)

৯. ক) ইউরিনালাইসিস

স্পেসিফিক গ্র্যাভিটি	শর্করা	এলবুমিন

খ) আপনি কি ইউরিনের নমুনার বিশ্বাসযোগ্যতা সম্পর্কে সন্তুষ্ট?

স্বাক্ষরের স্থান.....

তারিখ/...../.....
দিন মাস বছর

মেডিকেল পরীক্ষকের স্বাক্ষর, সিল ও আই.ডি নং

শুধুমাত্র হেড অফিসের ব্যবহারের জন্য

আন্ডাররাইটিং ডিপার্টমেন্টে প্রেরণ করা হল

আন্ডাররাইটিং মতামত:

স্বাক্ষর অমিল

বীমাকৃত/বীমাকারীর মেডিকেল ও ইউরিনালাইসিস রিপোর্ট প্রয়োজন (এন.এম.পি.-০/ক্যাবারেজ/বয়স/ক্রেইম এর কারণে)

অনুমোদিত
অতিরিক্ত মতামত

স্থগিত

প্রত্যাখ্যাত

স্বামী/পিতা/মাতার পলিসি আগে পুনর্বহাল করতে হবে

নতুন সি.এস.সি ১৯জে /সি.এস.সি ২০ ফর্ম জমা দিন

অন্যান্য

আন্ডাররাইটারের স্বাক্ষর

আন্ডাররাইটারের স্বাক্ষর

সি.এস.সি ২০

PARV108-17JP/20,000