গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
আর্থিক প্রতিষ্ঠান বিভাগ, অর্থ মন্ত্রণালয়

জীবন বীমা কর্পোরেশন

প্রধান কার্যালয়, ২৪, মতিঝিল বা/এ, ঢাকা-১০০০।

সহযোগী সুবিধা (Supplementary Benefits) প্রস্তাবপত্র

প্রস্তাবক স্বহস্তে পূরণ করবেন অথবা তাঁর নির্দেশ অনুযায়ী পূরণ করাবেন এবং উপযুক্ত স্থানে টিক চিহ্ন দিবেন।

মূল পলিসির তথ্যাদি (Main Policy's Information)

প্রস্তাবপত্র নং																
পলিসি নং																
বীমা অংক:																
প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি:					প্রিমিয়ামের পরিমাণঃ											

বীমাকৃত ব্যক্তির ব্যক্তিগত তথ্যাদি (Personal Information)

প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়)ঃ	
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)ঃ	

জন্ম তারিখ: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ নিকটতম জন্মদিনে বয়স:..... বছর

বয়স প্রমাণক (উপর্যুক্ত স্থানে টিক চিহ্ন দিন): ■এস.এস.সি/সমমান সনদপত্র ■ পাসপোর্ট ■ জন্ম নিবন্ধন ■ জাতীয় পরিচয়পত্র।

প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহকের মোবাইল নম্বর:											

সহযোগী বীমা সুবিধার তথ্যাদি (Supplementary benefits Information)

অতিরিক্ত বীমা সুবিধা গ্রহণে ইচ্ছুক হলে উপযুক্ত স্থানে টিক চিহ্ন দিন।	DI AB	PDAB	HI	MD	WOP
সহযোগী বীমার প্রিমিয়াম (টাকা):					
বীমা অংক:					
প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি:	মূল পলিসির অনুরূপ		বার্ষিক	মূল পলিসির অনুরূপ	
বীমাকৃত ব্যক্তির জীবনের উপর অন্য কোন প্রতিষ্ঠানে সহযোগী বীমা সুবিধা থাকলে	বীমাপত্র নং		বীমা অংক	বীমার শ্রেণী ও মেয়াদ	

দাখিলকৃত মেডিক্যাল রিপোর্টের বিবরণ (উপর্যুক্ত স্থানে টিক চিহ্ন দিন): ■FMR ■ Urinalysis ■ ECG■ X-Ray■Blood Reports ■ Others (যদি থাকে)

ঘোষণা

আমি.....পিতা.....
মাতা..... প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহক এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে প্রশ্নগুলির যে উত্তর আমি প্রদান করেছি তা সঠিক ও সত্য । এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষায় আমি যা ঘোষণা করেছি বা করবো তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে, তা করবার অনুমতি কর্পোরেশনকে দিলাম। উপরে বর্ণিত তথ্যের কোন পরিবর্তন হলে কর্পোরেশনকে জানানো আমার দায়িত্ব।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাব বিবেচনার পর ১ম প্রিমিয়াম রশিদ (এফপিআর) ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কর্পোরেশনের উপর কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

স্থান.....তারিখ .....

সাক্ষীর পূর্ণ নাম:	প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের পূর্ণ নাম :
স্বাক্ষর ও তারিখ:	স্বাক্ষর ও তারিখ : (নিরক্ষর হলে বাম হাতের বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ):
ঠিকানা:	ঠিকানা: