

নির্দেশাবলী:

- বীমা হল আদতে একটি চুক্তি যা তৈরি হয় সর্বতভাবে বিশ্বাসের উপর ভিত্তি করে এবং আবেদনকারী ও বীমাকৃত ব্যক্তির উপর এই বিশ্বাসে যে তারা এই পত্রে দেওয়া সকল আনুষঙ্গিক বিষয়ের প্রশ্নগুলির সঠিক জবাব দেবেন।
- পলিসির পুনরুদ্ধার/স্বাস্থ্য সুনিশ্চিত অর্থরাশির বৃদ্ধি/রাইডারের সংযোজন/লাইফের সংযোজন/সম্ভাব্য বীমাকৃত ব্যক্তি কার্যকরি হবে চূড়ান্ত অধিকৃত আইনগুলির সিদ্ধান্তের তারিখের দিন থেকে অথবা কোম্পানির দ্বারা সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম প্রাপ্ত হওয়ার তারিখ অথবা সংশোধিত প্রিমিয়ামের জন্যে সম্মতি পত্র প্রাপ্তির তারিখ থেকে অথবা যেমন প্রযোজ্য।
- এই ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য ঘোষণাপত্রের বৈধতা হল তিন মাস।
- সুনিশ্চিত অর্থরাশির বৃদ্ধি/রাইডারের সংযোজন/বীমাকৃত ব্যক্তির সংযোজন - এগুলি প্রোডাক্টের উপর নির্ভর সাপেক্ষ। অনুগ্রহ করে বিবরণের জন্যে পলিসি ডকুমেন্ট দেখে নিন।

পলিসি নং..... তারিখ..... DD/MM/YYYY

বীমাকৃত ব্যক্তির নাম:.....
(ফ্যামিলি ফ্লোটার প্র্যানে মুখ্য ব্যক্তি) প্রথম নাম..... মধ্য নাম..... শেষ নাম.....

পলিসিধারকের নাম.....
প্রথম নাম..... মধ্য নাম..... শেষ নাম.....

ঠিকানা.....

শহর..... রাজ্য..... দেশ..... পিন কোড.....

এসটিডি কোডসহ টেলিফোন নং..... মোবাইল নং.....

ইমেল আইডি.....

পলিসি চালু হওয়ার তারিখ..... DD/MM/YYYY..... মুখ্য ব্যক্তির জন্মতারিখ (ফ্যামিলি ফ্লোটার প্র্যানের ক্ষেত্রে):..... DD/MM/YYYY

আমি, এতদ্বারা নিম্নলিখিতের জন্যে আবেদন করছি (অনুগ্রহ করে একটাতে টিক করবেন) :

- পলিসির পুনরুদ্ধার (ফ্যামিলি ফ্লোটার প্র্যানের জন্যে, অনুগ্রহ করে সকল জীবনের বিবরণ দিন)
- আমার হেল্থ/রাইডার সুনিশ্চিত অর্থরাশির পরিমাণ বৃদ্ধি করুন টাকা..... থেকে টাকা..... (বাছাই করা প্র্যানগুলির জন্যে অনুমতি দেওয়া হয়)
- রাইডারের সংযোজন (বাছাই করা প্র্যানগুলির জন্যে অনুমতি দেওয়া হয়)
- বীমাকৃত ব্যক্তি/ব্যক্তিদের সংযোজন (ফ্যামিলি ফ্লোটার প্র্যানে)

1. বীমাকৃত ব্যক্তি/ব্যক্তিদের বিবরণ (ভর্তি করতে হবে কেবলমাত্র যখন বীমাকৃত ব্যক্তিকে বর্তমানে চালু পলিসিতে যুক্ত করতে হবে)

	স্বামী	সন্তান 1	সন্তান 2	সন্তান 3
ক) নাম	.....	.....	.....	.....
খ) জন্মতারিখ	..... DD/MM/YYYY	..... DD/MM/YYYY	..... DD/MM/YYYY	..... DD/MM/YYYY
গ) লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> স্ত্রী	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> স্ত্রী	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> স্ত্রী	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> স্ত্রী
ঘ) বৈবাহিক স্থিতি	U- অবিবাহিত M- বিবাহিত; W- বিপত্নীক; D- ডিভোর্সড			
ঙ) জাতীয়তা	<input type="checkbox"/> ভারতীয় <input type="checkbox"/> অভারতীয়	<input type="checkbox"/> ভারতীয় <input type="checkbox"/> অভারতীয়	<input type="checkbox"/> ভারতীয় <input type="checkbox"/> অভারতীয়	<input type="checkbox"/> ভারতীয় <input type="checkbox"/> অভারতীয়
চ) বসবাসের স্থিতি	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N
	I- ভারতে বসবাসকারী; N- অনাবাসী ভারতীয়			
ছ) বয়সের প্রমাণ	পাসপোর্ট - PSPT; ড্রাইভিং লাইসেন্স - DL; স্কুল/কলেজ সার্টিফিকেট - SC; অন্যান্য - দয়া করে বর্ণনা করুন			
জ) শিক্ষা	নিরক্ষর - UEDU; 10 শ্রেণীর নিম্নে - <SSC; 10 ম শ্রেণী - SSC; 12 ম শ্রেণী - HSC; স্নাতক - GRAD; স্নাতকোত্তর - PGD; ডিপ্লোমা - DIP			
ঝ) শিক্ষাগত যোগ্যতা	ম্যানেজার - M; চার্টার্ড অ্যাকাউন্ট - C; ডক্টর - D; ইঞ্জিনিয়ার - E; অ্যাডভোকেট - L; অন্যান্য - (বর্ণনা দিন)			
ঞ) পেশা	বেতনভুক্ত - SP; ব্যবসা - BSEM; পেশাগত - PROF; শিক্ষার্থী - STDN; গৃহবধু - HSWF; অবসরপ্রাপ্ত - RETD; স্বনিয়োজিত পেশা - SELF; কৃষি - AGRI; অন্যান্য - OT;			
ট) প্রতিষ্ঠানের ধরণ	এমএনসি, পাব্লিক লিমিটেড, প্রাইভেট লিমিটেড, পার্টনার অথবা প্রপাইটার, সরকারি, ট্রাস্ট, অন্যান্য (বর্ণনা দিন)			
ঠ) প্রতিষ্ঠানের নাম	.....		
ড) বর্তমান পেশায় স্বেচ্ছায়	.....		
ঢ) বার্ষিক উপার্জন	.....		

2. সংযোজিত করার জন্যে রাইডারের বিবরণ

রাইডারের নাম	টার্ম (বৎসর)	বীমাকৃত অর্থরাশি (₹)	প্রিমিয়াম (₹)

3. বীমাকৃত ব্যক্তি/ব্যক্তিদের ব্যক্তিগত বিবরণ

*একক লাইফ প্র্যানের জন্যে, অনুগ্রহ করে কেবলমাত্র মুখ্য ব্যক্তির জীবনের অন্তর্গত বিবরণ ভর্তি করুন। ফ্যামিলি ফ্লোটার প্র্যানের জন্যে, সমস্ত ব্যক্তিদের বিবরণ দিতে হবে।

ক) উচ্চতা (সেমি)	মুখ্য লাইফট্রী			স্বামী			সন্তান 1			সন্তান 2			সন্তান 3		
	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
ক) উচ্চতা (সেমি)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
ক) ওজন (কেজি)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
C) জীবনযাত্রার বিবরণ															
i) আপনার পেশার সাথে কি বিশেষ কোন ধরনের বিপদের সম্ভাবনা জড়িত থাকে? (যেমন, রাসায়নিক কারখানা, খনি, বিস্ফোরক, রশ্মি বিচ্ছুরণ কেন্দ্র, বিপজ্জনক রসায়ন, উচ্চতায় কাজ করা, সাঁতারুর কাজ, ইত্যাদি)।															
ii) আপনি কি অস্ত্র-শস্ত্র বিভাগ, পার্লামেন্ট অথবা পুলিশ ফোর্সে কাজ করেন?															
iii) আপনি কি এমন কোন কার্যকারিতায় যোগদান করেন অথবা এমন কোন 'হবি' আছে যা কোন ভাবে বিপজ্জনক হতে পারে?															
iv) আপনি কি তামাক, সুরা অথবা কোন ধরনের নেশাজাতদ্রব্যে বর্তমানে আসক্ত বা পূর্বে ছিলেন? (যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রতি দিন কতটা পরিমাণ এবং কত বছর যাবৎ, একটি আলাদা কাগজে লিখে সংযুক্ত করে দিন)															
D) স্বাস্থ্যের বিবরণ															
i) আপনার কি কোন জন্মগত ক্রটি/অস্বাভাবিকতা আছে?															
ii) আপনার কি কোন শারীরিক অসঙ্গতি/অসুবিধা আছে অথবা আপনি কি কোন মেকানিক্যাল/শারীরিক সহযোগীতা নিয়ে চলাফেরা করেন?															
iii) গত 5 বৎসরে আপনি কি কোন অসুস্থতা অথবা আঘাতের জন্যে একনাগাড়ে 2 দিন অথবা তার অধিক সময়ের জন্যে চিকিৎসার দরুন হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন অথবা 7 দিন বা তার বেশি সময় ধরে একনাগাড়ে কোন সার্জিক্যাল পদ্ধতি অথবা ডায়াগনস্টিক টেস্ট (যার অন্তর্গত ম্যামোগ্রাম এবং প্যাপ স্মিয়ার) করিয়েছেন অথবা চিকিৎসা পরীক্ষা করাতে হয়েছে যার ফলাফল হয়েছে অস্বাভাবিক অথবা আপনাকে কি কোন মূল্যায়ন অথবা সার্জারির জন্যে ডাক্তার পরামর্শ দিয়েছেন?															
iv) আপনার কি কখনও ক্যান্সার, টিউমার, সিস্ট অথবা অন্য কোন স্ফীতি ধরা পড়েছে অথবা চিকিৎসিত হয়েছেন অথবা হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন?															
v) আপনার কি কোন অসুস্থতা/আঘাত/দুর্ঘটনার জন্যে চিকিৎসা/ওষুধের প্রয়োজন হয়েছে এক সপ্তাহের বেশি সময়ের জন্যে?															
vi) গত 2 বৎসরে, আপনি কি 2 দিন এক সাথে কোন অসুস্থতার জন্যে ছুটি নিয়েছেন?															
E) আপনি কি কখনও নিম্নলিখিতগুলির জন্যে ভুগেছেন বা এখন ভুগছেন?															
a. ডায়াবেটিস/রক্তে উচ্চ শর্করা															
b. বেশি/কম বিপি (ব্লাড প্রেসার)															
c. চোখ, কান, নাক, গলার যার অন্তর্গত এমনকি চোখে কম দেখা বা কথা বলাতে অথবা শুনতে অথবা কান থেকে ডিসচার্জ হওয়ার মত কোন অসুবিধা আছে?															
d. গত ছয় মাসের মধ্যে আপনার শরীরের 10 কেজি অথবা বেশি ওজনের পরিবর্তন হয়েছে?															
e. মস্তিষ্ক সম্পর্কিত কোন অসুস্থতা, মনঃসংক্রান্ত/মানসিক অসুস্থতা, পাকিনসনিজম, মাল্টিপল স্ক্লে রোসিস, নার্ডাস সিস্টেম, স্ট্রোক, প্যারালিসিস অথবা এপিলেপ্সি-ইত্যাদিগুলির কোন উপসর্গ/অসুস্থতা															
f. অ্যাস্থমা, ব্রঙ্কাইটিস, খুতুর সাথে রক্ত, যক্ষ্মা অথবা অন্য কোন শ্বাসনালীর বিশৃঙ্খলা।															
g. অ্যানিমিয়া, রক্ত অথবা রক্ত সম্বন্ধিত অসুবিধা।															
h. পেশীর হাড়ের গোলযোগ, যেমন আর্থ্রাইটিস, বারবার পিঠের ব্যথা হওয়া, স্প্রিড ডিস্ক অথবা মেরুদন্ড, হাড়ের জোড় অথবা পায়ের জোড় অথবা লেপ্রসিজাতীয় অন্য কোন অসুবিধা।															
i. আপনি বা আপনার স্ত্রী/স্বামী কখনও কি হেপাটাইটিস বি অথবা সি, এইচআইভি/AIDS অথবা অন্য কোন যৌনসংক্রান্ত অসুখের জন্যে চিকিৎসিত হয়েছেন?															
j. বৃক্ক ব্যথা, বৃক্ক ধড়ফড়, রিউম্যাটিক অর, বৃক্কের মধ্যে বিনবিন করা, হার্ট অ্যাটাক, নিশ্বাসে কষ্ট অথবা অন্য হৃদ-সংক্রান্ত গোলযোগ?															
k. কিডনি, মূত্রস্থলী, প্রস্টেট, টেস্টিস, অণ্ডকোষ, অথবা মূত্রাশয়ের সাথে জড়িত অন্য কোন সমস্যা আছে?															
l. গ্যাস্ট্রাইটিস, পাকস্থলী অথবা প্রহনী সংক্রান্ত আলসার, হার্নিয়া, লিভারের অসুখ, জন্ডিস, হেপাটাইটিস, ফিসচুলা, অর্শ অথবা গ্যাস্ট্রো-ইন্টেস্টিনাল সিস্টেমের কোন ধরনের অসুখ বা গোলযোগ আছে?															
m. থাইরয়েডের সমস্যা অথবা অন্য কোন অসুখ অথবা সমস্যা?															
n. অন্য কোন অসুস্থতা অথবা শারীরিক সমস্যা যা হয়ত উপরে উল্লেখ করা নেই?															
F. মহিলাদের জীবনের জন্যে কেবলমাত্র (যদি প্রযোজ্য না হয় তবে কেটে দিন)															
i) আপনি কি কোন ধরনের স্ত্রীরোগে ভুগেছেন বা বর্তমানে ভুগছেন?															
ii) আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী? যদি হ্যাঁ হয় তবে সপ্তাহ হিসাবে কত দিন হয়েছে উল্লেখ করুন।															
iii) কোন ধরনের জটিলতা, গর্ভপাত, চিকিৎসার জন্য গর্ভপাত অথবা সিজারিয়ান?															
iv) আপনি কি নিম্নলিখিত কারণগুলির কোনটির জন্যে কখনও কোন ধরনের পরীক্ষা-নিরীক্ষা অথবা চিকিৎসা করিয়েছেন অথবা কোন ডাক্তারের পরামর্শ নিয়েছেন:															
a. সার্ভিক্স, জরায়ু, জরায়ু(সমূহ) অথবা স্ত্রী-যৌনসংক্রান্ত কোন অসুস্থতা, অস্বাভাবিক রক্তপাত, ক্যান্সার অথবা অস্বাভাবিক কোন স্ফীতি?															
b. বৃক্কের কোন অসুস্থতা অথবা সমস্যা, যেমন বৃক্কের মধ্যে লাম্প/সিস্ট, ফাইব্রোসিস্টিক অসুস্থতা, স্তনবৃন্তে কোন পরিবর্তন অথবা ডিসচার্জ, ক্যান্সার অথবা বৃক্কি?															

4. উপরে উল্লিখিত 3C থেকে 3F পর্যন্ত প্রশ্নগুলির কোনটির উত্তর যদি 'হ্যাঁ' হয়, তবে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিবরণগুলি একটি আলাদা পৃষ্ঠায় সংযুক্ত করুন :

- (i) বীমাকৃত ব্যক্তির নাম (ii) চিকিৎসকের নাম এবং ঠিকানা
 (iii) অসুস্থতা/সঠিক রোগের ধরণ (iv) রোগ নির্ণয়নের প্রথম তারিখ
 (v) উপসর্গের বিবরণ (বাহ্যিক, গভীরতা এবং সম্ভাব্যি) (vi) প্রেক্ষিপশন অথবা ওষুধের তালিকা
 (vii) পরবর্তী কনসাল্টেশনের প্ল্যান (যদি থাকে)

5. বীমাকৃত ব্যক্তি কি কখনও তাঁর পেশা/বাসা/পলিসি ইস্যু করার তারিখের পর থেকে অতিরিক্ত কোন কার্য/পূর্বের পুনরুদ্ধারে পরিবর্তন করেছেন?

যদি হ্যাঁ হয়, তবে পেশার (যেমন, কেমিক্যাল ফ্যাক্টরি, খনি, বিস্ফোরক, বিচ্ছুরণ, ক্ষতিকারক কেমিক্যাল, ইত্যাদি)/অতিরিক্ত কোন কার্যের (যেমন, বিমানচালনা - ভাড়া দেওয়া যাত্রী হিসাবে ছাড়া, সমুদ্রে ঝাঁপ দেওয়া বা ডাইভিং, পাহাড়ে চড়, কোন ধরণের রেসিং, ইত্যাদি) সাথে কি কোন ধরণের ক্ষতিকারক/ঝুঁকির সম্ভাবনা জড়িত আছে?

অনুগ্রহ করে বিবরণ লিখুন :

6. এই পলিসিটির জন্য আবেদন পত্রের/পূর্ব পুনরুদ্ধারের তারিখের পরবর্তী আইসিআইসিআই প্রডেন্সিয়াল অথবা অন্য কোন ইন্সিওরেন্স কোম্পানির কাছে বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য অথবা নামে কোন ইন্সিওরেন্স পলিসি (গুলি) র জন্য, অন্য কোন আবেদন পত্র/আবেদন পত্রের পুনরুদ্ধার (যদি থাকে), সেটির বর্তমানে পূর্বস্থিতি কি?

পলিসি অথবা আবেদন পত্র নং.	কোম্পানির নাম	ইস্যু/আবেদন করার বৎসর	মেডিক্যাল পলিসি		বার্ষিক প্রিমিয়াম (₹)	বেসিক সুনিশ্চিত অর্থরাশি (₹)	বেসিক প্ল্যান-সিদ্ধান্ত (স্ট্যান্ড./এক্সট্রা প্রিমিয়ামসহ/ স্থগিত করা/অসম্পূর্ণ)	রাইডার ও সিদ্ধান্তের নাম উল্লেখ করুন (স্ট্যান্ড./এক্সট্রা প্রিমিয়ামসহ/ স্থগিত করা/অসম্পূর্ণ)	চালু আছে বন্ধ হয়ে গেছে (বন্ধ হয়ে যাওয়া/পুনরুদ্ধারের জন্যে আবেদনের বৎসর উল্লেখ করুন)
			হ্যাঁ	না					

- উপরের স্থান সঙ্কলন না হলে অনুগ্রহ করে একটি আলাদা পৃষ্ঠায় লিখে সংযুক্ত করুন।

ঘোষণাপত্র এবং অনুমোদনপত্র

আমি/আমরা এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি/আমরা আইসিআইসিআই প্রডেন্সিয়াল লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের (অত্পর 'কোম্পানি' বলে উল্লেখ করা হবে) উপদেষ্টার দ্বারা এই আবেদন পত্রের প্রশ্নগুলির ব্যাখ্যা করার পরে এবং সম্পূর্ণ ভাবে প্রশ্নগুলির ধরণ তৎসহ স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নসমূহ এবং সকল তথ্য প্রকাশিত করার এবং এই ধরণের প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়ার প্রয়োজনীয়তা বুঝে প্রশ্নগুলির উত্তর দিয়েছি। আমি/আমরা আরও ঘোষণা করছি যে আমি/আমরা আবেদনপত্রের সকল প্রশ্নের উত্তর দিয়েছি এবং কোম্পানির মেডিক্যাল পরীক্ষক/রাইটার/ডাক্তার/স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সকল প্রশ্ন এবং অভ্যাসের বিষয়ে তথ্যগুলি সত্য এবং সর্বতভাবে সম্পূর্ণ এবং আমি/আমরা গুরুত্বপূর্ণ বিষয়ে কোন গোপন করি নি এবং ধরে রাখি নি। আমি/আমরা বীমা উপদেষ্টা, মেডিক্যাল পরীক্ষক, অথবা আইসিআইসিআই প্রডেন্সিয়ালের সাথে সংশ্লিষ্ট কোন ব্যক্তির কাছে এমন কোন বিবৃতি দিই নি যা এই আবেদনপত্রের বিবৃতি থেকে আলাদা হতে পারে। আমি/আমরা বীমাকৃত ব্যক্তির/দের স্বাস্থ্যের পরিস্থিতি অথবা তাঁর/তাদের এই আবেদন পত্র স্বাক্ষর করা এবং কোম্পানির ঝুঁকিগ্রহণ করার পূর্বস্থিতি কোন পরিস্থিতির মধ্যে পরিবর্তন হলে তা অবিলম্বে কোম্পানিকে অবগত করার জন্যে অঙ্গীকার করছি। আমি/আমরা এছাড়াও বুঝি যে কোম্পানির কাছে কোন গুরুত্বপূর্ণ তথ্যের বিষয়ে গোপন করা বা ডুল বিবৃতি দেওয়ার জন্যে অথবা যেখানে কোম্পানিকে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত পরিবর্তনের বিষয়ে অবগত করা হয় নি, সে ক্ষেত্রে কোম্পানি পলিসির অন্তর্গত ক্রেম অঙ্গীকার করার অধিকার রাখে। পলিসিটি বাতিল হয়ে যাবে, যদি প্রমাণ হয় যে পলিসিটি কোন মিথ্যা/জাল ডকুমেন্টস এবং/অথবা প্রমাণের উল্লেখ করে ইস্যু করা হয়েছে। আমি/আমরা এছাড়াও শংসিত করছি যে আমি/আমরা কোম্পানির দ্বারা প্রকাশিত সুবিধার বিবৃতি, যেগুলি আমার/আমাদের হাতে আবেদন পত্রের সাথে দেওয়া হয়েছে সেগুলি পড়েছি এবং বুঝেছি। আমি/আমরা এছাড়াও বুঝেছি যে পলিসির অন্তর্গত বিধি ও শর্তাবলী তথা প্রিমিয়াম এবং প্রদেয় সুবিধাগুলি প্রযোজ্য আইন অনুসারে পরিবর্তনীয়। আমি/আমরা নিশ্চিত করছি যে প্রদেয় প্রিমিয়ামগুলি জমা করা হবে সম্পূর্ণ প্রকৃত এবং অকৃত্রিম উৎস থেকে।

আমি/আমরা রাজী যে আমার ক্রেমের জন্যে কোন মিথ্যা প্ররোচনার আশ্রয় নেব না। আমি/আমরা এছাড়াও নিশ্চিত করছি যে, আমি/আমরা যদি এমন কিছু করি, তবে কোম্পানি এই কন্ট্রাস্টটি বাতিল করে দেবে। আমি/আমরা এতদ্বারা আইসিআইসিআই প্রডেন্সিয়াল লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেডকে বীমাকারী ব্যক্তি/দের পূর্বস্থিতির বিষয়ে মেডিক্যাল পরীক্ষার মাধ্যমে স্বাস্থ্যের পূর্বস্থিতির সার্বিকভাবে যার অন্তর্গত ল্যাবোরেটরি পরীক্ষা, কার্ডিওলজিক্যাল নিরীক্ষণ এবং অন্যান্য মেডিক্যাল পরীক্ষা তথা ব্যাক্টেরিয়াল/ভাইরাল/ফাঙ্গাল সংক্রমণের যাচাই করার বিষয়ে রক্ত পরীক্ষার উপর ক্লিনিং/নিশ্চয়তা/পুনর্নিশ্চয়তা করার জন্যে অনুমোদন করছি। আমি/আমরা এতদ্বারা আমার/আমাদের সম্মতি দিচ্ছি HIV 1/2 টেস্ট করার জন্যে। আমি/আমরা সচেতন যে এই পরীক্ষাটি কেবলমাত্র ক্লিনিং-এর জন্যে এবং HIV/AIDS রোগ নিশ্চিত করার জন্যে নয়।

কোম্পানি লাইফ ইন্সিওরেন্সের জন্যে আবেদন পত্রের গ্রহণ, প্রত্যাখ্যান অথবা অফার বদল করার অধিকার রাখে। এই আবেদনের অন্তর্গত ঝুঁকির নিরূপণ করতে সক্ষম হওয়ার জন্যে এবং অতঃপর যেকোন সময়ের জন্যে, আমি/আমরা অনুমোদন করছি বিগত এবং বর্তমান নিয়োগ কর্তা/ব্যবসায় সংলিষ্ট/মেডিক্যাল প্র্যাক্টিশনার/হসপিটাল এবং মেডিক্যাল সোর্স/কোন লাইফ এবং নন-লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি/অথবা প্রতিষ্ঠান অথবা লাইফ ইন্সিওরেন্স সংশ্লিষ্ট মেডিক্যাল রেজিস্টারকে কোম্পানির কাছে এবং কোম্পানিকে যেকোন লাইফ এবং নন-লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি/অথবা লাইফ ইন্সিওরেন্স অ্যাসোসিয়েশন অথবা মেডিক্যাল রেজিস্টারের কাছে এইধরণের বিবরণের প্রকাশ করার জন্যে এবং এমপ্রয়মেন্ট/ব্যবসা অথবা অন্যান্য বিবরণ প্রকাশ করার জন্যে যা আনুষঙ্গিক বলে মনে হতে পারে। এই আবেদন পত্রটি লাইফ ইন্সিওরেন্স পলিসি কন্ট্রাস্টের একটি অংশ হতে পারে, যদি এটি কোম্পানি গ্রহণ করে।

মুখ্য জীবন _____ স্ত্রী/স্বামী _____ সন্তান 1 _____ সন্তান 2 _____ সন্তান 3 _____ আবেদনকারী (যদি বীমাকৃত ব্যক্তির থেকে আলাদা হন)

স্বাক্ষর/বন্ধাজুষ্ঠের ছাপ বীমাকৃত করা হবে এমন ব্যক্তির/ব্যক্তিদের জীবন (বীমাকৃত ব্যক্তি/ব্যক্তিদের বয়স 18 বৎসরের কম হলে প্রয়োজন নেই)

উপদেষ্টার স্বাক্ষর _____ (বন্ধাজুষ্ঠের ছাপ যদি বীমাকৃত ব্যক্তির দ্বারা হয়, তাহলে সেটিকে উপদেষ্টার দ্বারা সাক্ষীর সাক্ষ্য দিতে হবে।)

তারিখ _____ DD/MM/YYYY _____ স্থান _____

প্রাপ্তি স্বাক্ষরিত স্মরণ

এতদ্বারা ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য ঘোষণাপত্রের প্রাপ্তি স্বীকার করা হচ্ছে।

পলিসি নম্বর _____ তারিখ _____ DD/MM/YYYY _____

প্রাপ্তিকারকের নাম _____

স্টাম্প
আব
সময়

ঘোষণা এবং অনুমোদন

রিবেটের বিধি - ইন্সিওরেন্স অ্যাক্ট 1938 -এর ধারা 41 বিবৃত করে যে, (1938 এর 4): (1) কোনো ব্যক্তি অনুমতি দেবেন না বা কোন ব্যক্তিকে অনুমতি দেওয়া হবে না, প্রত্যক্ষ অথবা অপ্রত্যক্ষভাবে, প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কোনো ব্যক্তিকে ভারতে জীবন বা সম্পত্তির সাথে সম্বন্ধিত কোনো বিষয়ে কোনো বীমা নিতে বা নতুনভাবে চালু করতে বা সেটিকে বজায় রাখতে, এবং যে কমিশন পাওয়া যাবে তার থেকে সম্পূর্ণ বা আংশিকভাবে কোনো রিবেট বা ছাড় দিতে পারবেন না অথবা পলিসিতে দেখানো প্রিমিয়াম থেকে কোনো ছাড় দেওয়ার অনুমতি দেওয়া হবে না বা অনুমতি দিতে দেওয়া হবে না, অথবা কোনো ব্যক্তি ততক্ষণ পর্যন্ত কোনো ছাড় বা রিবেট স্বীকার করে কোনো পলিসি নিতে পারবেন না বা সেটির পুনরায় চালু করতে পারবেন না বা সেটিকে চালু রাখতে পারবেন না, যতক্ষণ না এরকম কোনো রিবেট বীমাকর্তার তালিকা বা প্রকাশিত বিবরণ-পুস্তিকা অনুযায়ী মান্য করা হবে। অবশ্য যদি কোন ইন্সিওরেন্স এজেন্ট কমিশন হিসাবে তাঁর নিজস্ব লাইফ ইন্সিওরেন্সের পলিসি থেকে রিবেট নেন, তবে সেটিকে রিবেট নিচ্ছেন বলে বিবেচনা করা হবে না এই উপবিভাগের অর্থ অনুসারে, যদি এই পলিসি গ্রহণের সময় ইন্সিওরেন্স এজেন্ট পলিসির আইনে বর্ণিত নিয়মানুযায়ী নিজেই তাঁর ইন্সিওরার দ্বারা কর্মে নিযুক্ত বোনোফাইড ইন্সিওরেন্স এজেন্ট হিসেবে শর্তগুলি সম্পূর্ণভাবে পরিপূরণ করতে পারেন। (2) এই বিভাগের কোনো বিধি যদি কোনো ব্যক্তি মানতে অসমর্থ হন, তবে সেটি জরিমানাযুক্ত শাস্তিযোগ্য অপরাধ বলে মনে হবে এবং যার অর্থ হতে পারে পাঁচ শত টাকা পর্যন্ত।

বিভাগ 45: এই বিধি শুরু হওয়ার পূর্বে যে জীবনবীমার পলিসি কার্যকর হয়েছে, সেটির এই বিধি চালু হওয়ার দু'বছরের সমাপ্ত সময় শেষ হয়ে যাওয়ার পর এবং এই বিধি শুরু হওয়ার পরে যে জীবনবীমার পলিসি লাগু হয়েছে, সেটি এই বিধি চালু হয়ে যাওয়ার দু বছরের সমাপ্ত সময় শেষ হয়ে যাওয়ার পরে, কোনো বীমাকারী ব্যক্তির দ্বারা এটির উপর কোনো আর কোনো প্রশ্ন করা যাবে না এই মর্মে যে সেটিতে তাঁর প্রস্তাবিত বিবৃতগুলির মধ্যে কোনোটি যা কোনো চিকিৎসা কর্মী, বা রেফারি বা বন্ধু দ্বারা স্বাক্ষরিত হয়েছে এবং সেই সমর্থনের নথিগুলিকে, যেগুলি বীমার জন্যে ব্যবহৃত করা হয়েছে সেগুলির কোনোটি মিথ্যা বা সঠিক নয়, যদি না বীমাকারী ব্যক্তি প্রমাণ করতে পারেন যে বিবৃত তথ্যটিকে সেই সময় লুক্কায়িত করা হয়েছে বা মিথ্যা বিবৃত করা হয়েছে পলিসিধারক দ্বারা এবং পলিসিধারক জানতেন যে বিবৃত তথ্যটিকে ইচ্ছাকৃতভাবে লুকানো হচ্ছে যেটি আসলে বীমার প্রয়োজনে প্রকাশ করা উচিত ছিল। অবশ্য এই বিভাগের কোনো ধারাই বীমাকারী ব্যক্তিকে প্রয়োজনে পলিসিধারককে বয়সের প্রমাণ হিসাবে দেখানোর জন্যে রোধ করবে না, এবং যদি প্রয়োজন হয় এবং কোনো পলিসির সম্বন্ধে প্রশ্ন তোলা যাবে না শুধুমাত্র এই কারণে যে পলিসির বিধিগুলিকে যুক্ত প্রমাণের সাথে ঠিক করা হয়েছিল এবং বিবৃতিতে বীমাকৃত ব্যক্তির বয়সের ভুল বিবৃতি দেওয়া হয়েছিল কেবলমাত্র পলিসির শর্ত পরিপূরণের জন্যে।

ঘোষণা

যে সকল ক্ষেত্রে আবেদনকারী নিরক্ষর অথবা শারীরিক কোন অসুস্থতার জন্যে লিখতে সক্ষম না হলে অথবা যেখানে আবেদনকারী আঞ্চলিক ভাষায় স্বাক্ষর করেছেন (মেনে রাখবেন : নিম্নলিখিত বিবৃতিটি কোম্পানির উপদেষ্টা/কর্মী ব্যতীত অন্য কোন ব্যক্তির সাক্ষ্য থাকতে হবে) সেসকল ক্ষেত্রে এই বিবৃতিটির প্রয়োজন হবে।

আমি শংসিত করছি যে আমি এই প্রোডাক্টটির জন্যে দরখাস্ত করেছি এবং আবেদন পত্রের সম্পূর্ণ বিষয়টি আমার কাছে পরিষ্কারভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি বিষয়গুলি সম্পূর্ণভাবে বুঝতে পেরেছি।

এছাড়াও আমি শংসিত করছি যে আবেদন পত্রের উত্তরগুলি আমি যেসকল তথ্য দিয়েছি তার উপর ভিত্তি করে রেকর্ড করা হয়েছে।

আমি (সাক্ষীর নাম) _____, _____-এর পুত্র/কন্যা, প্রাপ্তবয়স্ক, এবং _____-র অধিবাসী, _____-র বসবাসকারী এবং _____ (আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক) এতদ্বারা বিবৃত করছি যে আমি আবেদনপত্রের বিষয়বস্তু এবং আইসিআইসিআই ফ্রডেপিয়াল লাইফ ইন্সিওরেন্স লিমিটেডের ইন্সিওরেন্স পলিসি নেওয়ার জন্যে সকল আনুষঙ্গিক নথিগুলি শ্রীযুক্ত/শ্রীমতি/কুমারী _____-এর কাছে পড়ে শুনিয়েছি এবং বুঝিয়ে বলেছি এবং তিনি/তারা সেগুলি বুঝতে পেরেছেন এবং এতদ্বারা পলিসির সকল বিধি ও শর্তাবলী এবং আইনগুলি মেনে চলতে সম্মত হয়েছেন। আমি ঘোষণা করছি যে এই স্থলে যা কিছু বিবৃত করা হয়েছে সেগুলি সত্য এবং আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুসারে সঠিক। আমি ঈশ্বরের স্মরণ নিচ্ছি _____-এ (স্থান), এই বিষয়ে।

(সাক্ষীর স্বাক্ষর)

তারিখDD/MM/YYYY.....

(আবেদনকারীর স্বাক্ষর/বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের ছাপ)

স্থান

অফিসে ব্যবহারের জন্যে কেবলমাত্র

স্পার্ক কল আইডি তারিখDD/MM/YYYY.....
ক্ল্যানিং ক্যাভিনেট প্রাপ্তি স্বীকার
মন্তব্য

স্ট্যাম্প
আবক
সময়

অনুগ্রহ করে আমাদের গ্রাহক পরিষেবাতে ফোন করুন টোল ফ্রী নম্বর - 1-800-22-2020 (আপনার MTNL অথবা BSNL লাইন)
কলসেন্টারের সময়: সকাল 9:00 থেকে রাত 9:00 সোমবার থেকে শনিবার (জাতীয় ছুটির দিনগুলি ছাড়া)



যোগাযোগের ঠিকানা

আইসিআইসিআই লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, বিনোদ সিন্ধু মিলস কমপাউন্ড, চক্রবর্তী অশোক নগর, অশোক রোড, কান্দিভেলি (পূ), মুম্বাই - 400 101.