



সন্ধানী লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিঃ

হেড অফিস : সন্ধানী লাইফ টাওয়ার, রাজউক প্লট নং-৩৪, বাংলা মোটর, ঢাকা-১০০০।
পিএবিএক্স : ৯৬১১১৯৭, ৯৬৬৪৯৩১, ৯৬৬১২৪১, ০১৮৩৩-৩২৫৬৮১-২, ফ্যাক্স : ০২-৯৬১৪৪০৫
E-mail : slic@sandhanilife.com, website : www.sandhanilife.com

মনোনীতকের

২ কপি পাসপোর্ট সাইজ
রঙ্গিন ছবি সংযুক্ত করুন

বীমা গ্রাহকের

২ কপি পাসপোর্ট সাইজ
রঙ্গিন ছবি সংযুক্ত করুন

প্রস্তাবপত্র

Proposal Form

Signature of Nominee (মনোনীতকের স্বাক্ষর/টিপসই) (ক্রমিক নং)

Signature of Insured (বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর/টিপসই)

(সকল প্রশ্নের উত্তর প্রস্তাবকের স্বহস্তে বা তার নির্দেশনানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ফ্লুইড বা ঘষামাজা করা যাবে না।)

ব্যক্তিগত তথ্য - প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন (Personal Information - Please make ✓ if necessary)

এফ এর নাম

প্রস্তাবপত্র নং

পলিসি পত্র নং

এফ এ কোড

বীমা অংক

তালিকা ও মেয়াদ

পেনশন বীমার জন্য প্রয়োজ্যঃ বীমা গ্রাহকের বয়স কত বছর পূর্তির পরে পেনশন প্রদান হবে _____ মাসিক পেনশন _____

Gender (লিঙ্গ) : পুরুষ মহিলা Marital Status (বৈবাহিক অবস্থা)ঃ অবিবাহিত বিবাহিত বিপত্তিক/বিধবা

বয়স প্রমাণপত্র : জাতীয় পরিচয় পত্র জন্ম সনদপত্র স্কুল সার্টিফিকেট পাসপোর্ট ড্রাইভিং লাইসেন্স

বয়স প্রমাণপত্র নম্বরঃ

নন মেডিক্যাল

মেডিক্যালঃ (নিচে টিক দিন)

এফএমআর

জিটিটি

সিবিসি

আরইউএ

ইসিজি

এক্স-রে

এম ১

এম ২

এম ৩

ইটিটি

টিএমটি

অন্যান্য

Name of Proposed Insured's/Payor Full Name (as mentioned in NID) (প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের/দাতার পূর্ণ নাম জাতীয় পরিচয়পত্র অনুযায়ী)

In English (Block Letter)

In Bengali (বাংলায়)

Date of Birth

Age (বয়স)

Occupation/ পেশা

Birth Place (জন্মস্থান)

Country (দেশ)

Nationality (জাতীয়তা)

Nature of Business (ব্যবসায়ের প্রকৃতি)

Daily Duties (দৈনন্দিন কাজের বর্ণনা)

Business Address (ব্যবসায়ের ঠিকানা)

Employer's name (if any) (নিয়োগদাতার নাম)

Phone-Res (ফোন-বাসা)ঃ

Office (ফোন-অফিস)ঃ

Mobile (মোবাইল)ঃ

Educational Level:

PSC/JSC

SSC/Dakhil

HSC/Alim

Graduate/Fazil

Post Graduate

Others

Father's Name (পিতার নাম)

Mother's name (মায়ের নাম)

Name of spouse (স্বামী/স্ত্রীর নাম)

Permanant Address (স্থায়ী ঠিকানা)

Residence Address (আবাসিক ঠিকানা)

সমর্পণ মূল্য সৃষ্টির পর মেয়াদের মধ্যে কোন সময় প্রিমিয়াম প্রদান বন্ধ হলে পলিসি বাজেয়াপ্ত না হওয়া সম্পর্কিত নিম্নোক্ত বিকল্পসমূহের কোনটি গ্রহণ করবেন?

- A এক বছরের প্রিমিয়াম সমর্পণ মূল্য হতে ঋণ প্রদান করে বীমাটিকে চালু রাখা এবং পরবর্তী কালে হ্রাসকৃত সম্পাদিত বীমায় রূপান্তর করা।
B নিঃশেষ না হওয়া পর্যন্ত সমর্পণ মূল্য হতে ঋণ হিসাবে প্রিমিয়াম পরিশোধ করে যতদিন সম্ভব বীমাটিকে চালু রাখা।
C সমর্পণ মূল্য সৃষ্টির পর প্রিমিয়াম প্রদান বন্ধ হলে বীমাটিকে তৎক্ষণাৎ হ্রাসকৃত সম্পাদিত বীমায় রূপান্তর করা।

(পেনশন ও ক্ষুদ্র বীমার জন্য অপশন C প্রযোজ্য হবে)

Type of Policy (বীমার ধরন) একক বীমা তাকাফুল বীমা ক্ষুদ্র বীমা

Supplementary Policy (সহযোগী বীমা) দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু সুবিধা (DIAB) দুর্ঘটনাজনিত স্থায়ী অক্ষমতা ও অঙ্গহানি সুবিধা (PDAB)

Mode of Premium (পরিশোধের ধরন) Yearly (বার্ষিক) Half Yearly (অর্ধ বার্ষিক) Quarterly (ত্রৈমাসিক) Monthly (মাসিক)
 Single Premium (একক প্রিমিয়াম)

Basic Premium (মূল প্রিমিয়াম) PDAB/DIAB Extra Premium (অতিরিক্ত প্রিমিয়াম)

Total Premium Amount (সর্বমোট প্রিমিয়ামের পরিমাণ) Types of Payment (পরিশোধের ধরন) Cash (নগদ) Cheque (চেক)

Debit Card (ডেবিট কার্ড) Credit Card (ক্রেডিট কার্ড) Online Banking (অনলাইন) Mobile Banking (মোবাইল ব্যাংকিং)

ব্যাংকের নামঃ

শাখা

হিসাব নম্বরঃ

আপনার বা আপনার পরিবারের কারও জীবনের উপর অন্য কোন জীবন বীমা থাকলে নিচে বিবরণ দিন।

সম্পর্ক

Name of the Company (কোম্পানীর নাম)	Name of Policy Holder (বীমা গ্রহণকারীর নাম)	Policy No (পলিসি নং)	Sum Assured (বীমা অংক)	Table & Term (তালিকা ও মেয়াদ)

Nominee's Information (মনোনীতকের তথ্য)

1. Nominee name (মনোনীতকের নাম) Relation (সম্পর্ক) Age (বয়স) অংশ %

2. Nominee name (মনোনীতকের নাম) Relation (সম্পর্ক) Age (বয়স) অংশ %

3. Nominee name (মনোনীতকের নাম) Relation (সম্পর্ক) Age (বয়স) অংশ %

অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম Relation (সম্পর্ক) Age (বয়স)

অভিভাবকের ঠিকানা

(২০১০ সালের বীমা আইনের ৫৭ ধারা অনুযায়ী)

Family Information (পারিবারিক তথ্য)

Relation (সম্পর্ক)	Number (সংখ্যা)	Alive (জীবিত)		Dead (মৃত)			
		Age (বয়স)	Current Physical Stautus (বর্তমান শারীরিক অবস্থা)	Age during Death (মৃত্যুকালে বয়স)	Death Reason (মৃত্যুর কারণ)	Duration of last illness (শেষ অসুস্থতার স্থিতিকাল)	Year of Death (মৃত্যুকালীন সন)
Father (বাবা)							
Mother (মা)							
Brother (ভাই)							
Sister (বোন)							
Spouse (স্ত্রী/স্বামী)							
Daughter (কন্যা)							
Son (ছেলে)							

Declaration of Policy Holder (বীমা গ্রাহকের ঘোষণা)

আমি সন্ধানী লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানীর প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক হিসাবে প্রতিজ্ঞা পূর্বক ঘোষণা করছি যে, আমার নিজের জীবন ও পরিবার সম্পর্কে উল্লেখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সম্পূর্ণরূপে সঠিক এবং নিশ্চয়তা দিচ্ছি যে, আমি আমার প্রদত্ত ঘোষণায় কোন প্রকার শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবপত্রে ডাক্তারি পরীক্ষা বিহীন অংশের শারীরিক বিষয়সহ প্রদত্ত অন্যান্য তথ্যসমূহ এবং ভবিষ্যতে (যদি প্রয়োজন হয়) ডাক্তারী পরীক্ষার সময় প্রদত্ত তথ্যবলী অত্র চুক্তিপত্রের মৌলিক ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাবশ্যকীয় কোন কিছু মিথ্যা প্রমাণিত হলে সন্ধানী লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড আমার সমুদয় প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করা ও পলিসি বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

আমি আরো ঘোষণা করছি, অবলিখন সংক্রান্ত চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণ না করা, কোম্পানীকে প্রথম প্রিমিয়াম পরিশোধ না করা এবং ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত কোম্পানীর উপর বীমার কোন দায় দায়িত্ব বর্তাবে না।

(As a proposed policy holder of Snadhani Life Insurance Company Limited, I hereby declare and make a promise that, the above given every answer of the questions on my life and my family are perfectly right and I ensure that I did not adopt any roguery in the given statement. I hereby also declare that the statement of this proposal including the given physical information of the nonmedical declaration part and in future (if necessary)) if there any medical examination required, then the given information would be considered as the fundamental documents for this contract. I hereby give the permission of inquiry on me by any individual, organization, doctor and hospital which are clearly familiar to me. If the company wants to do any kind of investigation on me and if there any false statements has demonstrated about material fact, then Sandhani Life Insurance Company Ltd. has got the right to it reject the policy and forfeiture the premium.

I also declared that, until to make underwriting decision, the first premium paid and the first premium receipt (FPR) is being issued, the company will not bear any sense of responsibility under this contract).

Witness (সাক্ষী)

Place (স্থান) ----- Date (তারিখ)

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Name (নাম) -----

Father's Name (পিতার নাম) -----

Mobile number (মোবাইল নম্বর) -----

Signature (স্বাক্ষর)

বীমাকৃত/বীমাগ্রাহকের পূর্ণ নাম ও স্বাক্ষর

Full Name & Signature of Insured/Policy holder

(উন্নয়ন কর্মকর্তা কর্তৃক গোপনীয় প্রতিবেদন)

তিনি কি এখন সুস্থ আছেন? -----

তার জীবন যাপন কি স্বাভাবিক? -----

তার মাসিক আয় কত? -----

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহককে কতদিন যাবত জানেন? -----

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের সাথে এফ এর সম্পর্ক -----

এফ.এর নাম -----

এফ.এ কোড

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

মোবাইল নম্বর

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

এফ.এর স্বাক্ষর

সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর ও সীল

২০১০ সনের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন সম্পূর্ণ বা আংশিক দেওয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কেউ কে জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখার জন্য বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রের প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত অর্থ জরিমানা করা যাবে।

নির্দেশনাবলী

- ১। নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে নিয়মিত প্রিমিয়াম পরিশোধ করুন।
- ২। প্রিমিয়াম জমার পর On-line ভিত্তিক জমা রশিদ বুঝে নিন।
- ৩। প্রিমিয়াম কোম্পানীতে জমা হওয়া নিশ্চিতকরণ এস.এম.এস মুঠো ফোনে চলে আসে।
- ৪। যে কোন পরিবর্তন (পেশা, ঠিকানা, বীমা অংক/তালিকা ও মেয়াদ/অপশন (A,B,C) ও অন্যান্য) বীমা দলিল গ্রহণের পূর্বে করুন। বীমা দলিল গ্রহণের পর কোন পরিবর্তন করা যাবে না।
- ৫। প্রত্যেক প্রস্তাবপত্রের সাথে KYC ফরম পূরন বাধ্যতামূলক।

আপনার ও আপনার পরিবারের নিরাপত্তায়

জীবন বীমা ক্ষেত্রে শীর্ষ নাম



সন্ধানী লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিঃ