



পপুলার লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

POPULAR LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED.

প্রধান কার্যালয় : ৩৬ দিলকুশা বা/এ, পিপলস্ ইনস্যুরেন্স ভবন (৩য় তলা), ঢাকা-১০০০।

ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্ট

- ১। ক) প্রস্তাবকের পূর্ণ নাম _____ প্রস্তাবপত্র নং _____
খ) পিতা/স্বামীর নাম _____ ২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স _____ বৎসর
গ) পেশা _____ (খ) বীমা অংক _____
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? হ্যাঁ না (গ) পরিকল্পন নং ও মেয়াদ _____
৪। বিগত ১ বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস-বৃদ্ধি ঘটেছে কি? _____

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন।
কোন বক্তব্য থাকলে বিবরণের জন্য নির্ধারিত স্থানে লিখুন।

৫। আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।	চ) মুত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি।
৬। আপনার পরিবারে মাতৃ ও পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন-মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানি, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ, পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংস-পেশীতে জখম।
	জ) বাতজ্বর, ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।
৭। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হয়েছেন কি?	ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ।
ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শ্লায়বিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	৮। ক) কোন পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এক্সরে, ইলেকট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন কি? করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ঠিকানা সহ লিখুন।
খ) পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোনিয়া, পুরেসীস শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	খ) আপনি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করেছেন কি? করলে কখন, কোথায় ও কেন?
গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	গ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক ও নেশা জাতীয় দ্রব্যে অভ্যস্ত?
ঘ) অর্শ, হার্নিয়া, অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের কোন রোগ।	
ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ, রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	

৫নং হতে ৮নং-এ কোন প্রশ্নের জবাব/উত্তর হ্যাঁ হলে রোগের তারিখ ও স্থায়িত্ব, চিকিৎসকের নাম, ঠিকানা ও চিকিৎসার পূর্ণ বিবরণ দিন।

৯। পারিবারিক ইতিহাস :

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			১০। মহিলা প্রস্তাবকের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা :
	সংখ্যা	বয়স	স্বাস্থ্যের বর্তমান অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
পিতা							ক) আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্তা? যদি হন কখন সন্তান আশা করেন?
মাতা							খ) পূর্বের কোন প্রসবের সময় কখনো কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্টি হয়েছিল? হলে লিখুন।
ভাই							গ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগেছেন? ভুগলে লিখুন।
বোন							ঘ) আপনার গত মাসিক কত তারিখে হয়েছে?
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
মেয়ে							

১১। ক আপনার বর্তমান ওজন : কেজি/পাউন্ড। খ আপনার উচ্চতা : মিঃ/ফুট সেগমিঃ/ ইঞ্চি

গ আপনার বুকের মাপ, পূর্ণশ্বাস নিয়ে : সেগমিঃ/ইঞ্চি, শ্বাস ত্যাগের পর : সেগমিঃ/ইঞ্চি

ঘ নাভি বরাবর পেটের মাপ : সেগমিঃ/ইঞ্চি ঙ সনাক্তকরণ চিহ্ন (যদি থাকে) :

১২। সশস্ত্র বাহিনীর সদস্যদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা :

ক আপনার পদমর্যাদা কি?

খ চাকুরীর রেকর্ড অনুযায়ী আপনার স্বাস্থ্যের মান (Category) কি?

ঘোষণা

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী (প্রস্তাবক), এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, প্রত্যেক প্রশ্নের প্রদত্ত উত্তর আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি। বর্তমানে আমি সম্পূর্ণ সুস্থ আছি এবং উল্লিখিত বিবৃতিতে কোন সত্য গোপন করি নাই। আমি এই ঘোষণার মাধ্যমে উল্লিখিত সমুদয় বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদন পত্রে বর্ণিত সকল তথ্য আমার সাথে কোম্পানীর প্রস্তাবিত জীবন বীমার চুক্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমি আরও ঘোষণা করছি, উপরোক্ত বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদন পত্রে কোন অসত্য বিবরণ থাকলে প্রস্তাবিত বীমা চুক্তি বাতিল হয়ে যাবে ও প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হবে। প্রত্যেককে আমার সম্বন্ধে য কোন তথ্য, বিশেষ করে শারীরিক ও মানসিক পীড়ার তথ্য জানা থাকলে তা কোম্পানীকে জানাতে অনুমতি দিলাম।

আমি ঘোষণা করছি যে, পূর্ব পৃষ্ঠায় লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবককে বুঝানো হয়েছে এবং প্রদত্ত উত্তর যথাযথ ভাবে লিখেছি। প্রস্তাবক আমার সম্মুখে দস্তখত করেছেন।

স্থান _____ তারিখ _____

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর/স্বাক্ষীর স্বাক্ষর ও পরিচিতি

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রদানকারী

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলির উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন। কোন মন্তব্য থাকলে বিবরণের জন্য নির্ধারিত স্থানে লিপিবদ্ধ করুন।

১। ক) আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে কোনভাবে সম্পর্কযুক্ত?	৬। গণোরিয়া, সিফিলিস, যৌন বা মূত্র নালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?
খ) তাঁকে দেখে কি উপরে উল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়? না হলে, নিম্নে আপনার মন্তব্য লিখুন।	৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করেছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে যে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই। থাকলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।
গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	
২। ক) তাঁকে দেখতে রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয় কি? যদি হয়, বর্ণনা দিন।	৮। ক) দৈহিক উচ্চতাসেঃমিঃ/ফুঃইঃ(খ) ওজন..... কেজি/পাঃ
খ) শ্রবণ ও দৃষ্টিশক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? বিবরণ দিন।	গ) বুকের মাপঃ পূর্ণ শ্বাস নিয়ে সেঃমিঃ/ফুঃইঃ
গ) গ্ল্যান্ড ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	শ্বাস ত্যাগের পর সেঃমিঃ/ফুঃইঃ
৩। ক) পাকস্থলী ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ সেঃমিঃ/ফুঃইঃ
খ) প্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	৯। ক) প্রস্তাবকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাঁর দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন?
গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	
৪। ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিক সম্প্রসারণ ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	খ) আপনার বিবেচনায় তিনি কি সকল দিক দিয়ে জীবন বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন? (কোন মন্তব্য থাকলে লিখুন)।
খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকলে লিখুন।	
গ) শ্বাসকষ্ট, গা-ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	
৫। ক) নাড়ীর গতি কত? ধরণ কেমন?	বিবরণের স্থানঃ
খ) কোন স্কেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	
গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়স্টোলিক	
ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকলে লিখুন।	
৬) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয়েছে কি? সন্দেহ থাকলে তাঁকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	স্থান _____ তারিখ _____ ডাক্তারের স্বাক্ষর _____
	পূর্ণ নাম : _____ কোড নং _____
	রেজিস্ট্রেশন নং : _____
	বর্তমান ঠিকানা : _____