

গুরুতর অসুস্থতার রাইডার সংযোজন ফর্ম

পলিসি হোল্ডারের নাম	:	_____
পলিসি নং.	:	_____
তারিখ	:	_____
যোগাযোগের নম্বর	:	_____
ই-মেল অ্যাড্রেস	:	_____
রাইডারের সংযোজন:		
<input type="checkbox"/> রাইডারের গুরুতর অসুস্থতায় প্রিমিয়াম মুকুব	<input type="checkbox"/> i গুরুতর অসুস্থতা রাইডার	
<input type="checkbox"/> মহিলাদের গুরুতর অসুস্থতা রাইডার গ্রুপ 1*	<input type="checkbox"/> মহিলাদের গুরুতর অসুস্থতা রাইডার গ্রুপ 2*	
<input type="checkbox"/> রাইডারের গুরুতর অসুস্থতা	<input type="checkbox"/> মহিলাদের যত্ন রাইডার গ্রুপ 1*	
<input type="checkbox"/> মহিলাদের যত্ন রাইডার গ্রুপ 2*	<input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন)	
*মহিলাদের গুরুতর অসুস্থতা রাইডার: - শুধুমাত্র মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য যাঁদের জীবন বীমাকৃত।		

- বর্তমান পেশা: _____
 ক) পলিসি ইস্যুর তারিখ থেকে, আপনার পেশায় কি কোনও পরিবর্তন হয়েছে? হ্যাঁ না
 যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
 খ) বীমাকারী ব্যক্তি কি বর্তমানে কোনও অসুস্থতা, রোগ বা আঘাত বা অন্য কোনও কারণে অক্ষম বা কোনও সাহায্য বা সহায়তা ছাড়া কাজ করতে বাধা দেয় এবং সম্পূর্ণভাবে এবং একই ভাবে যেমন পলিসির অধীনে প্রস্তাব জমা দেবার সময় আপনি কাজ করছিলেন। হ্যাঁ না
 যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
 গ) বীমাকারী ব্যক্তির বর্তমানে কোনও অসুস্থতা, রোগ, বিকলতা বা অক্ষমতায় ভুগছেন বা অস্ত্রপোচার হয়েছে? হ্যাঁ না
 যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- বীমাকারী ব্যক্তি কি পলিসি ইস্যুর সময় থেকে প্রমোদ ভ্রমণ বা ছুটি কাটান ছাড়া ভারতের বাইরে বেড়াতে বা থাকতে দিনের বেশী ছিলেন? হ্যাঁ না
 যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- উচ্চতা: _____ সেমি. ওজন: _____ কেজি.
 বীমাকারী ব্যক্তির ওজন কি গত দু বছরে 5 কেজির বেশী বেড়েছে বা কমেছে? হ্যাঁ না
 যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- ক) বীমাকারী ব্যক্তি কি অ্যালকোহল এবং/বা সিগারেট/বিড়ি বা এমন কোনও দ্রব্য সেবন করেন যাতে তামাক/নিকোটিন আছে? হ্যাঁ না
 যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে পরিমাণ/সপ্তাহ উল্লেখ করুন: _____
 অ্যালকোহল _____ ধূমপান _____
 খ) বীমাকারী ব্যক্তি কি একজন রেজিস্টার্ড চিকিৎসকের নির্ধারিত মাত্রার থেকে বেশী কোকেন, হেরোইন, বা অন্য কোনও মাদক, মারিজুয়ানা, LSD, বা অ্যাফিটামিন সেবন করেছেন? হ্যাঁ না
 যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____

- 5) বীমাকারী ব্যক্তির বাবা মা/ভাই/বোন, হৃদরোগ, উচ্চ রক্ত চাপ, স্ট্রোক, ডায়াবেটিস মেলিটাস, ক্যানসার, কিডনির রোগ, প্যারালিসিস বা বংশগত/পারিবারিক রোগ যেমন হান্টিংটোন রোগ, পলিসিস্টিক রোগ বা কিডনির বা কোলনের পারিবারিক পলিপসিস রোগে ভুগেছিলেন বা মারা গেছিলেন বা বর্তমানে ভুগছেন? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- 6) গত 5 বছরে জীবন বীমাকারী:
- ক) সাধারণ সর্দি জ্বর বা ইনফ্লুয়েঞ্জা ছাড়া 4 দিনের বেশী স্থায়ী অন্য কোনও অসুস্থতার জন্য কোনও ফিজিসিয়ান বা অন্য কোনও মেডিক্যাল হেলথ প্রাক্টিশনারের পরামর্শ নিয়েছেন কি? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- খ) কোনও অসুস্থতা, রোগ বা আঘাতের জন্য প্রেনেসী, শিশুর জন্ম বা নিয়মিত চেক আপ ছাড়া কখনও কোনও হাসপাতাল বা ক্লিনিকে ভর্তি হয়েছিলেন কিনা? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- গ) কোনও ECG, X-ray, রক্ত পরীক্ষা বা অন্য কোনও পরীক্ষা করা হয়েছিল বা হচ্ছে কিনা? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- 7) জীবন বীমাকারী কখনও হার্টের সমস্যা, হাইপার টেনসান, ডায়াবেটিস, শ্বাস প্রশ্বাসের সমস্যা, টিউবার কোলিসিস, হজমের রোগ, মূত্রাশয় সম্বন্ধীয় সমস্যা, টিউমার বা কোনও মানসিক রোগের জন্য পরীক্ষিত বা চিকিৎসা করা হয়েছে কিনা? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- 8) জীবন বিমাকারী কখনও অ্যাকোয়ার্ড ইমিউন ডেফিসিয়েন্সী সিন্ড্রোমের (AIDS) জন্য বা HIV ভাইরাসের উপস্থিতি পরীক্ষা করার জন্য গর্ভাবস্থা পরীক্ষা নিয়েছিলেন কিনা? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- 9) পলিসি ইস্যু করার তারিখ থেকে জীবন বিমাকারী অ্যাগন লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা অন্য কোনও বীমাকারী কোম্পানী কর্তৃক কোনও জীবন বীমার প্রস্তাব বা নবীকরণের প্রস্তাব বা স্বাস্থ্য বিমার প্রস্তাব বাতিল, পরিবর্তিত বা রেটেড আপ হয়েছিল কিনা? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- 10) জীবন বীমাকারীর অ্যাগন লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা অন্য কোনও বীমাকারী কোম্পানীর দ্বারা কোনও বীমার প্রস্তাব বর্তমানে পেমেন্ট আছে কি না? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____
- 11) মহিলা জীবন বিমাকারীর জন্য:
- ক) আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে গর্ভধারণের মেয়াদ জানান (সপ্তাহে): _____
- খ) আপনি কি গর্ভধারণ সম্পর্কিত কোনও জটিলতা বা স্ত্রী রোগ জনিত কারণে ভুগেছেন, পরীক্ষিত বা চিকিৎসা করান হয়েছিল? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন: _____

আমি, নিশ্চিত করি যে আমার দেওয়া উপরোক্ত প্রশ্নের সব উত্তর গুলি সত্যি, সম্পূর্ণ এবং সঠিক।

আমি সম্মত:

- 1) যে অ্যায়গন লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড ("কোম্পানী" টি), এই প্রস্তাবনার পরবর্তী সময়ে এই প্রস্তাবনা গৃহীত না হওয়া পর্যন্ত বিমাকারীর বীমাকৃত অবস্থার কোনও পরিবর্তন হবে না এবং বীমাকারী রাইডার প্রিমিয়াম প্রদান করলে কোম্পানী কোনও দায়ভার গ্রহণ করবে না।

ঘোষণা

- 2) সকল অত্যাবশ্যক ঘটনা, কোম্পানীটির প্রস্তাবনা নির্ধারণ করতে যে বিষয়গুলি প্রভাবিত করতে পারে, এই প্রস্তাবনাতে প্রকাশিত আছে, এটি বোধগম্য হয়েছে যে এরকম প্রকাশ করতে ব্যর্থ হলে চুক্তি অনুসারে প্রবেশ উপস্থাপনা কোম্পানীর বিকল্প এই প্রস্তাব বাতিলযোগ্য।

পলিসি হোল্ডারের স্বাক্ষর: _____

তারিখ:

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

স্থান: _____

ডিসক্লেমার

“এই ফরম্যাটের কোনও বিষয়বস্তু সম্বন্ধে দ্বিমত হলে, সেই ফরম্যাটটি হিন্দী/ইংরাজী যে রকম সংস্করণে প্রিন্ট করা হোক (ক্ষেত্র বিশেষে যে রকম হতে পারে) 29 এপ্রিলে 2014 র IRDAI সার্কুলার নং : IRDAI/ Life/ Life Council/ 2013/ 73 অনুসারে প্রযোজ্য।”