



# জেনিথ ইসলামী লাইফ ইন্সুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়: আজিজ ভবন (৯ম তলা), ৯৩ মতিবিল, বা/এ, ঢাকা-১০০০।

## ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্ট

- ১। ক) প্রস্তাবকের পূর্ণ নাম \_\_\_\_\_  
 খ) পিতার নাম \_\_\_\_\_  
 গ) মাতার নাম \_\_\_\_\_  
 ঘ) পেশা \_\_\_\_\_  
 ঙ) যোগাযোগের ঠিকানা \_\_\_\_\_

- ২। প্রস্তাব পত্র নং \_\_\_\_\_

- ৩। ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স \_\_\_\_\_ বৎসর  
 খ) বীমা অংক \_\_\_\_\_  
 গ) পরিকল্পন নং ও মেয়াদ \_\_\_\_\_

- ৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? হ্যাঁ না

- ৫। গত ১ বছরের মধ্যে আপনার ওজনের হ্রাস-বৃদ্ধি ঘটেছে কি?

### নিম্ন বর্ণিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তরে হ্যাঁ বা না লিখুনঃ

৬। আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।	৭। আপনার পরিবারের মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুকরণিক রোগ যেমনঃ মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাপানী, যক্ষা, ক্যাসার, কুষ্ট, পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	৮। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হয়েছেন কি?  ক) মৃগী, অঙ্গান, মানসিক বা স্নায়ুবিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা। খ) রক্ত বমন, পুরাতল কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষা, নিউমোনিয়া, পুরোবীস, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ। গ) এ্যাপেনিডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত। ঘ) অর্শ, হার্নিয়া, অস্থি-সন্ধী ও মেরদন্ত বা গলগড়ের কোন রোগ। ঙ) বুক ধড়কড় করা, হন্দযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যাথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ, রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	৯। ক) কোন পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এক্স-রে, ইলেকট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন? করিয়ে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ঠিকানাসহ লিখুন।  খ) আপনি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্ববধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করেছেন কি? করলে কখন, কোথায় ও কেন?  গ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক ও নেশা দ্রব্যে অভ্যন্ত?
---	--	--	---

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

### ১০। পারিবারিক ইতিহাসঃ

জীবিত		মৃত			১১। মহিলা প্রস্তাবকের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালাঃ	
সম্পর্ক	সংখ্যা	বয়স	স্বাস্থ্যের বর্তমান অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
বাবা					ক) আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসন্তা?	
মা					খ) অন্তঃসন্তাৰ মেয়াদ .....	
ভাই					গ) পূর্ববর্তী প্রসবকালীন কোন জটিলতা ছিল কি?	
বোন					ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে ভুগেছেন কি?	
স্বামী/স্ত্রী					ঙ) শেষ মাসিকের তারিখঃ .....	
ছেলে						
মেয়ে						

- ১২।  আপনার বর্তমান ওজনঃ..... কেজি/পাউন্ড  আপনার উচ্চতাঃ ..... মিঃ/ফুট ..... সেঁ: মিঃ/ইঞ্চিঃ

- আপনার বুকের মাপ, পূর্ণশ্বাস নিয়ে ..... সেঁ:মিঃ/ইঞ্চিঃ, শ্বাস ত্যাগের পর..... সেঁ: মিঃ/ইঞ্চিঃ

- নাভী বরাবর পেটের মাপ ..... সেঁ: মিঃ/ইঞ্চিঃ  সনাত্ককারী চিহ্নঃ.....

### ১৩। সশ্রেষ্ঠ বাহিনীর সদস্যদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালাঃ

- আপনার পদমর্যাদা কি?

- চাকুরী রেকর্ড অনুযায়ী আপনার স্বাস্থ্যের মান (Catagory) কি?

# ঘোষণা

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী (প্রস্তাবিত বীমাধাহক) এতদ্বারা ঘোষণা করিতেছি যে, প্রত্যেক প্রশ্নের প্রদত্ত উত্তর আমি জ্ঞাতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি। বর্তমানে আমি সম্পূর্ণ সুস্থ্য আছি এবং উল্লেখিত বিবৃতিতে কোন সত্য গোপন করি নাই। আমি এই ঘোষণার মাধ্যমে উল্লেখিত সমুদয় বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদন পত্রের বর্ণিত সকল তথ্য আমার সহিত কোম্পানীর প্রস্তাবিত জীবন বীমার চুক্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রে কোন অসত্য বিবরণ থাকলে প্রস্তাবিত বীমা চুক্তি বাতিল করতঃ প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানীর অনুকূলে জমা হবে। কোম্পানীর সাথে সংশ্লিষ্ট প্রত্যেককে আমার সম্বন্ধে শারীরিক ও মানসিক যে কোন পীড়ার তথ্য জানা থাকলে তা কর্তৃপক্ষকে জানাতে অনুমতি দিলাম।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, পূর্ব পৃষ্ঠায় বর্ণিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবককে বুঝিয়ে তাঁর প্রদত্ত উত্তর লিখেছি এবং প্রস্তাবক আমার সম্মুখে স্বাক্ষর দিয়েছেন।

স্থান..... তারিখ.....

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর/স্বাক্ষীর স্বাক্ষর ও পরিচিতি

তারিখ

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

## পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপনীয় প্রতিবেদন

প্রস্তাবকের নাম \_\_\_\_\_ পরিচিতি প্রদানকারীঃ \_\_\_\_\_

নিম্ন বর্ণিত প্রশ্নসমূহের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন এবং কোন মন্তব্য থাকলে বিবরণের জন্য নির্ধারিত স্থানে লিপিবদ্ধ করুন।

১। (ক) আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে কোনভাবে সম্পর্কযুক্ত?	৬। গনোরিয়া, সিফিলিস, যৌন বা মৃত্যু নালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?
(খ) তাঁকে দেখে কি উপরে উল্লেখিত বয়সের বলে মনে হয়? অন্যথায় মন্তব্য লিখুন।	৭। আপনি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করেছেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা সম্ভব হয় নাই। থাকলে বিস্তারিত লিখুন।
(গ) প্রস্তাবকের মধ্যে অকাল বার্ধক্যের কোন ছাপ আছে কি?	
২। (ক) তাঁকে দেখতে রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয় কি? যদি হয়, বর্ণনা দিন।	৮। (ক) দৈহিক উচ্চতা..... সেঃ মিঃ/ফুঃইঃ (খ) ওজন..... কেজি/পাঃ (গ) বুকের মাপঃ পূর্ণ শ্বাস নিয়ে ..... সেঃ মিঃ/ইঃ শ্বাস ত্যাগের পরে ..... সেঃ মিঃ/ইঃ (ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ ..... সেঃ মিঃ/ইঃ (ঙ) সনাত্তকরণ চিহ্ন ..... (চ) আপনার বিবেচনায় তিকি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন ধারী? (কোন মন্তব্য থাকলে নিম্নে লিখুন)
(খ) শ্বেত এবং দৃষ্টিশক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? বিবরণ দিন।	
(গ) প্ল্যান্ড ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	
৩। (ক) পাকস্থলী ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	৯। (ক) প্রস্তাবকের শারীরিক অবস্থা ও পরিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাঁর দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন।
(খ) প্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে সম্প্রসারণ ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	
(খ) হৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকলে লিখুন।	
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা-ফোলাসহ হৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধ্বণ কেমন?	
(খ) ক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	
(গ) রক্তচাপঃ সিষ্টোলিক/ডায়াস্টোলিক	
(ঘ) হৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকলে লিখুন।	
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসের কোন বিষয় বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয়েছে কি? সন্দেহ থাকলে তাঁকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	
	মন্তব্য :
	স্থান..... তারিখ..... ডাক্তারের স্বাক্ষর.....
	পূর্ণ নাম..... কোড নং.....
	রেজিস্ট্রেশন নং.....
	বর্তমান ঠিকানা.....