

Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health
পলিসি পুনঃপ্রচলন এবং সুস্থাস্থ্যের ঘোষণার জন্যে অনুরোধ

পলিসি/ফর্ম নম্বর													
বিমাকৃতের নাম													
জন্ম তারিখ							লিঙ্গ	পুরুষ <input type="radio"/>	স্ত্রী <input type="radio"/>	তৃতীয় লিঙ্গ <input type="radio"/>			
বয়স (বছর)			পেশা :										
আবাসিক স্থিতি	<input type="radio"/> ভারতীয় বাসিন্দা	<input type="radio"/> অনাবাসী ভারতীয়	<input type="radio"/> ভারতীয় বংশোদ্ভূত ব্যক্তি (PIO)	<input type="radio"/> বিদেশী নাগরিক									
বর্তমান বাসস্থানের দেশ :													
মোবাইল নম্বর	+									ওজন (কেজি)			
ই-মেইল আইডি										উচ্চতা (সেংমিঃ)			
ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নং (পলিসিধারক)													
আইএফএস কোড													

1)	বর্তমানে কি আপনি সুস্থাস্থ্যের অধিকারী? না হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
2)	গত এক বছরে, আপনার ওজন কি 5 কিলোগ্রামের থেকে বেশী বেড়েছে/কমেছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
3)	এই পলিসির প্রস্তাবনার তারিখ থেকে ক. আপনি কি 3 বা অধিক দিনের জন্যে চিকিৎসার প্রয়োজন হওয়া কোনও অসুস্থতা/রোগে ভুগেছেন? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
	খ. নিকট ভবিষ্যতে কোনও শারীরিক, মানসিক বা আবেগজনিত কারণে কোনও সার্জারীর অধীন বা হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার বা ডাক্তার বা প্র্যাক্টিশনারকে দেখানোর আপনার পরিকল্পনা আছে বা পরামর্শ দেওয়া হয়েছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
	গ. গত 5 বছরে, কাশি/সর্দি ইত্যাদির মতো সামান্য অসুস্থতা ছাড়া আপনি ডাক্তারের কন্সাল্টেশনের অধীনে কোনও চিকিৎসা প্রাপ্ত করেছেন এবং/বা কোনও গুরুতর সার্জারী এবং/বা হাসপাতালে থাকা এবং/বা গুরুতর অন্বেষণসমূহের অধীন হয়েছেন, যেমন সিটি/এমআরআই স্ক্যান, অ্যাজিওগ্রাম, এণ্ডোস্কোপী, বায়োপ্সী ইত্যাদি? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
4)	আপনি কি ভুগছেন বা কখনো ভুগেছেন : ব্লাড সুগার বৃদ্ধি, ডায়াবেটিস মেলিটাস, উচ্চ রক্তচাপ, হৃদরোগ, ফুসফুস, কিডনী, লিভার, থাইরয়েড, মস্তিষ্ক/স্নায়ুতন্ত্র হাড়/সন্ধি/মেরুদণ্ড, প্রজনন-মূত্রনালীর রোগ, শরীরের যেকোন অঙ্গ বা রক্ত বিকলতা, পরিপাক বিকলতা, স্ত্রীরোগসংক্রান্ত বিকলতা, মনস্তাত্ত্বিক বিকলতা, এইচআইভি/এইডস এবং/বা শরীরের যেকোন অংশের ক্যান্সার/টিউমার। হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
5)	লাইফ ইন্স্যুরেন্স, ক্রিটিক্যাল ইলনেস বা হেলথ ইন্স্যুরেন্সের জন্যে আপনার কোনও প্রস্তাবনা কি কখনো, অস্বীকৃত, প্রত্যাখ্যান, ক্ষয়কারী, বাতিল, মূলতবি বা স্বাস্থ্য বা জীবনশৈলীর কারণে বাড়াতি প্রিমিয়াম সহযোগে গ্রহণীয় হয়েছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
6)	আপনি কি আপনার পেশার সঙ্গে জড়িত কোনও বিশেষ বিপদের প্রতি প্রকটিত হন (যেমন রাসায়নিক কারখানা, খনি, বিস্ফোরক, ক্ষয়কারী, সংগ্রামশীল ডিউটি, অয়েল এক্সপ্লোরেশন, হাই সী ভয়েজ ইত্যাদি), যা সহজেই আপনাকে কোনও আঘাত বা অসুস্থতার দিকে ঠেলে দিত এপারে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে পেশা প্রশ্নোত্তরে বিবরণ দিন এবং এই ঘোষণার সঙ্গে একত্রে দাখিল করুন।	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
7)	আপনি কি “রাজনীতির সংস্পর্শে আসা ব্যক্তি” (PEP) বা PEP’র নিকট আত্মীয়? PEPs হলেন সেইসব ব্যক্তি যারা লক্ষণীয় ভাবে সর্বসাধারণের অনুষ্ঠানের সহিত নিহিত বা নিহিত আছেন, যেমন কেন্দ্রীয়/রাজ্য সরকারের প্রধানগণ/মন্ত্রীগণ, প্রবীণ রাজনীতিবিদগণ, সরকারি, বিচারসংক্রান্ত বা সামরিক উচ্চ পদাধিকারীগণ, সরকারি কোম্পানীগুলোর সিনিয়র একজিকিউটিভগণ, গুরুত্বপূর্ণ রাজনৈতিক দলের পদাধিকারীগণ, উপরোক্ত ব্যক্তিদের প্রত্যক্ষ পারিবারিক সদস্য (যাতে সামিল থাকবে স্বামী/স্ত্রী, বাবা-মা, ভাই-বোন, সন্তান, স্বামী/স্ত্রী’র বাবা-মা বা ভাই-বোন এবং PEPs-এর ঘনিষ্ঠ সহযোগীগণ)। হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন। না হলে, ভবিষ্যতে আপনার PEP মর্যাদায় পরিবর্তনের ক্ষেত্রে, আপনাকে এমন পরিবর্তন এসবিআই লাইফ’কে জানাতে হবে।	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
8)	অপরাধমূলক মামলা, FIR বা দণ্ডদেশের ইতিহাস। ক. কোনও FIR বা অপরাধমূলক অভিযোগ কখনো কি আপনার বিরুদ্ধে রেজিস্টার্ড বা দায়ের হয়েছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
	খ. অতীতে বা বর্তমানে আপনার বিরুদ্ধে কোনও অপরাধমূলক মামলা অভিযুক্ত হয়েছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না
	গ. ভারতে বা বিদেশে যেকোন অপরাধমূলক মামলার অন্তর্গত কোনও দণ্ডদেশের ইতিহাস আপনার আছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন	<input type="radio"/> হ্যাঁ	<input type="radio"/> না

9)	আপনি কি কোনও বিপজ্জনক স্পোর্টস, হবি, কার্যকলাপ বা সাধনায় অংশ নেন বা অংশ নেওয়ার কোনও অভিপ্রায় আছে, উদাহরণস্বরূপ পর্বতারোহণ, ডাইভিং, রেসিং বা ভাড়া পে করা যাত্রী হিসাবে ছাড়া অন্য অ্যাভিভেশন? <i>হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন</i>	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না
----	--	--

10)	(ক) আপনি নিম্নলিখিত কোনওটা কি সেবন করেন?	হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার বিবরণ দিন	
	সেবন করা পদার্থ	হ্যাঁ/না	কবে থেকে (বছরসমূহ)
	তামাক (সিগার, সিগার, গুটখা ইত্যাদি)	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	_____ স্ট্রক/প্যাকেটস প্রতি দিন
	অ্যালকহল	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	অ্যালকহলের প্রকার _____ যেমন হুইস্কি, বীয়ার ইত্যাদি পরিমাণ প্রতি সপ্তাহ _____ মিঃলিঃ
	কোনও মাদক	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	মাদকের প্রকার _____

(খ) বিগত 1 বছরে ওপরের যেকোনটা পরিত্যাগ করে থাকলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন

11)	কেবলমাত্র মহিলাদের জন্যে : ক. আপনি কি বর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? হ্যাঁ হলে, অন্তঃসত্ত্বার কোন মাস : _____ মাস	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না
	খ. আপনি কি কখনো জরায়ু-গ্রীবা, জরায়ু, স্ত্রী-গ্রন্থিহয়, শুন, শুনের দলা/পূঁজকোষ ইত্যাদির সঙ্গে জড়িত কোনও স্ত্রীরোগসংক্রান্ত সমস্যায় ভুগেছেন বা সমস্যার জন্যে কোনও অবেষণ বা চিকিৎসার অধীন হয়েছেন বা হিষ্টেরেক্টমী'র মতো সার্জিক্যাল প্রক্রিয়ার অধীন হয়েছেন? <i>হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচে তার স্থানে পূর্ণ বিবরণ দিন</i>	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না
12)	আপনার কি কখনো অদ্ভুত কোরোনাভাইরাস (SARS-CoV-2/কোভিড-19) পরীক্ষা পজিটিভ হয়েছে? <i>হ্যাঁ হলে, পজিটিভ রোগনির্ণয়ের তারিখ প্রদান করুন। আর পরবর্তী পরীক্ষাসমূহেরও বিশদ বিবরণ।</i>	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না
	ক. হ্যাঁ হলে, তখন কি হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন? <i>(হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে হাসপাতালে ভর্তির সমস্ত রিপোর্ট এবং ডিসচার্জ সামারী প্রদান করুন)</i>	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না
	খ. হ্যাঁ হলে, তখন কি আপনি কোভিড-19 সংক্রান্ত জটিলতাসমূহে ভুগেছিলেন? অনুগ্রহ করে প্রাসঙ্গিক অপশন নির্বাচন করুন।	<input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না

“হ্যাঁ” হিসাবে কোনও প্রশ্নের উত্তর হলে, অনুগ্রহ করে প্রাসঙ্গিক বিশদ বিবরণ, স্পষ্টীকরণ এবং রিপোর্টস প্রদান করুন।

উপরি প্রশ্নগুলো সংক্রান্ত বিবরণ প্রদান করার জন্যে স্থান। প্রয়োজন হলে, অনুগ্রহ করে কাগজের একটা অতিরিক্ত পাতা ব্যবহার ও সংলগ্ন করুন

প্রশ্ন নং	উপরি হ্যাঁ হিসাবে উত্তর দেওয়া প্রশ্নগুলো বা প্রয়োজন মতো অন্য যেকোন তথ্যের জন্যে বিবরণ

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমার দ্বারা দেওয়া উপরি সকল বিবৃতি, উত্তর এবং/বা বিবরণ আমার জ্ঞানত সর্বতোভাবে সত্য এবং সম্পূর্ণ। আমি বুঝি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত তথ্য বিমা পলিসি পুনঃপ্রচলনের জন্যে ভিত্তি গড়বে এবং এই ঘোষণায় সেই বিবৃতি ওয়ার্যান্টিস গঠন করবে। মেটরিয়াল তথ্যে কোনও বৈঠক বিবৃতি বা গোপন রাখা থাকলে বা উহার মধ্যে কোনও অসত্য বিবৃতি সন্মিলিত হলে বা প্রতারণার ক্ষেত্রে, বিবৃত চুক্তি সময়-সময়ে সংশোধিত মতো, বিমা আইন, 1938'র ধারা 45-এর বন্দোবস্ত অনুসারে বিবেচিত হবে। ধারার সম্পূর্ণ বিবরণ এবং 'ডেট অফ পলিসির' সংজ্ঞার জন্যে, অনুগ্রহ করে সময়-সময়ে সংশোধিত মতো, বিমা আইন, 1938'র ধারা 45 দেখুন।

আমি বুঝি যে, আমার দ্বারা করসমূহ এবং লেট ফী, কোনও থাকলে, সেটা সমেত পুরো প্রিমিয়াম পেড না হওয়া পর্যন্ত পুনঃপ্রচলন বিবেচিত হবে না। আমি একমত যে পলিসি ডিপোজিটে থাকা অর্থরাশি, প্রাসঙ্গিক বিধিনিয়মে প্রদত্ত হতে পারে ব্যতীত কোনও সুদ অর্জন করবে না।

আমি বুঝি এবং একমত যে কোম্পানী দ্বারা জারি করা এই পুনঃপ্রচলন অনুরোধের একটা লিখিত গ্রহণীয়তা না হওয়া পর্যন্ত ঝুঁকি সুরক্ষা এবং অন্যান্য সুবিধালাভ পুনরায় আরম্ভ হবে না এবং পলিসির অন্তর্গত সুবিধালাভ কঠোরভাবে পলিসির নিয়ম ও শর্তাবলী অনুসারে হবে।

আমি বুঝি যে বিমা চুক্তি সময়-সময়ে সংশোধিত মতো, সকল প্রযোজ্য সংবিধির শর্ত দ্বারা পরিচালিত হবে।

পলিসি পুনঃপ্রচলনের জন্যে আমার খরচে কোম্পানীর দ্বারা প্রয়োজনীয় হতে পারে মতো সকল মেডিকেল পরীক্ষার অধীন হওয়া আমি গ্রহণ করছি।

সাক্ষীর হস্তাক্ষর
সাক্ষীর নাম ও ঠিকানা

জীবন বিমাকৃত/পলিসিধারকের বুড়ো আঙ্গুলের ছাপ/
স্বাক্ষর (নাবালক জীবন বিমাকৃতের ক্ষেত্রে,
প্রস্তাবকের বুড়ো আঙ্গুলের ছাপ/স্বাক্ষর প্রয়োজন)

স্থান : _____ তারিখ : _____

পলিসিধারক মাতৃভাষায় হস্তাক্ষর করা বা টিপসই লাগানোর ক্ষেত্রে দেবার ঘোষণা :

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, পলিসিধারক/বিমাকৃত সদস্যকে _____ ভাষায় এই ফর্মের বিষয়বস্তু পড়ে শুনিয়েছি এবং ব্যাখ্যা করেছি, উত্তরগুলো যথার্থভাবে ও সঠিকরূপে নথিভুক্ত করেছি এবং পলিসিধারক/বিমাকৃত সদস্য উহার বিষয়বস্তু পুরোপুরি বোঝার পর, আমার উপস্থিতিতে ফর্মের ওপর তাঁর হস্তাক্ষর/টিপসই দিয়েছেন এবং সেক্ষেত্রে মেটরিয়াল তথ্যে কোনও বৈঠক বিবৃতি বা গোপন রাখা থাকলে বা উহার মধ্যে কোনও অসত্য বিবৃতি সন্মিলিত হলে বা প্রতারণার ক্ষেত্রে, বিবৃত চুক্তি সময়-সময়ে সংশোধিত মতো, বিমা আইন 1938'র ধারা 45-এর বন্দোবস্ত অনুসারে বিবেচিত হবে।

ঘোষণাকারীর নাম ও ঠিকানা : _____

ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর