

**স্বাস্থ্য বীমায় সদস্যভুক্তির আবেদন পত্র**

চাকুরী/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম :			
১. আবেদনকারীর নাম :		২. পদমর্যাদা :	
আবেদনকারীর নাম (ইংরেজীতে) :		৩. আই ডি নং :	
৪. অফিসের ঠিকানা :			
৫. বর্তমান ঠিকানা :			
৬. জন্ম তারিখ :		৭. টেলিফোন নং (যদি থাকে) :	
		৮. লিঙ্গ : পুরুষ <input type="checkbox"/> স্ত্রী <input type="checkbox"/>	
৯. বৈবাহিক অবস্থা : অবিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/> বিধবা/বিপত্নীক/অন্যান্য <input type="checkbox"/>		১০. সন্তানের সংখ্যা (যদি থাকে) :	
১১. পারিবারিক সদস্যভুক্তি :			
নাম (ইংরেজীতে পূরণ করুন)		জন্ম তারিখ	সম্পর্ক
স্বামী/স্ত্রী			
ছেলে/মেয়ে ১.			
২.			
৩.			
পিতা ৪.			
মাতা ৫.			

**স্বাস্থ্য বিষয়ক বিবৃতি**

যমুনা লাইফ কর্তৃক স্বাস্থ্য বীমায় আওতাভুক্ত হইবার পূর্বে কোন সদস্যের কোন রকম অসুস্থতা বা কোন রোগের উপসর্গ বর্তমান থাকিলে উক্ত সমস্যা সংক্রান্ত কোন দাবী স্বাস্থ্য বীমার আওতায় গ্রহণযোগ্য হইবে না, যদি না উহা এখানে বর্ণিত হয় এবং যমুনা লাইফ কর্তৃক যথাযথ ভাবে তাহা গৃহীত হয়। সুতরাং, আপনার স্বার্থেই প্রশ্ন সমূহের সম্পূর্ণ ও সঠিক তথ্য প্রদান করুন। উপযুক্ত স্থানে (✓) চিহ্ন দিন। উত্তর হ্যাঁ হলে, নির্ধারিত স্থানে বিস্তারিত ভাবে লিখুন :

ক) বর্তমানে কি আপনি বা আপনার পরিবারের কোন বীমা গ্রহণেচ্ছু সদস্য :

(১) যক্ষ্মা, ডায়াবেটিস, শ্বাসকষ্ট, বাতজ্বর, হৃদরোগ, উচ্চ রক্তচাপ, খিচুনি, কিডনি রোগ, জেনিটো উউরিনারি বা গাইনোকোলজিক্যাল সমস্যা, চোখে ছানি পড়া, ক্যান্সার, মানসিক রোগ, হার্নিয়া, লিভার, নাক, কান, গলা, দন্ত ও মুখ-গহ্বর বিষয়ক বা কোন দীর্ঘমেয়াদী অথবা বারবার আক্রান্তকারী কোন রোগে ভুগছেন কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	রোগের নাম	সময়কাল

(২) বর্তমানে কোন ডাক্তারের কাছে বা কোন ক্লিনিকে জখম, অসুস্থতাজনিত দুর্বলতা, অক্ষমতা বা বিশেষ কোন রোগ বা রোগের উপসর্গ জনিত কোন স্বাস্থ্যগত কারণে নির্দিষ্ট খাদ্য-তালিকা অনুসরণ বা নিয়মিত চেক-আপ করেছেন কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	রোগের নাম	সময়কাল

(৩) অন্য কোন প্রতিষ্ঠানে স্বাস্থ্য বীমার অনুরূপ কোন প্রকার বীমার একই স্বাস্থ্য সুবিধা আছে কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	রোগের নাম	সময়কাল

(খ) বিগত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি বা আপনার পরিবারের কোন বীমা গ্রহণেছেন সদস্য :

(১) জখম, অসুস্থতা, অসুস্থতাজনিত দুর্বলতা, অক্ষমতা, সাময়িক বা চিরস্থায়ী কোন অপারগতার (Disability) কারণে হাসপাতাল, ক্লিনিক বা স্বাস্থ্য-নিবাসে চিকিৎসা বা শল্য চিকিৎসার কারণে ন্যূনতম ৫ (পাঁচ) দিন শয্যাশায়ী ছিলেন কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	ভর্তির কারণ	তারিখ	বর্তমান অবস্থা

(২) কোন প্রকার শল্য চিকিৎসা/রোগ নির্ণয়ের জন্য যে কোন ধরনের প্যাথলজিক্যাল পরীক্ষা বা এক্স-রে, আল্ট্রাসোনোগ্রাম, ই.সি.জি. ইকো-কার্ডিওগ্রাফি, সি.টি.স্ক্যান, এম. আর. আই. ইত্যাদি করার জন্য কোন হাসপাতাল/ক্লিনিকে গিয়েছিলেন কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	ভর্তির কারণ	তারিখ	বর্তমান অবস্থা

(গ) অতীতে কখনও আপনার অথবা বীমা গ্রহণেছেন আপনার পরিবারের কোন সদস্য :

(১) কোন অসুস্থতা, অসুস্থতাজনিত দুর্বলতা, বিকলাঙ্গ বা অক্ষমতার কারণে চিকিৎসাধীন ছিলেন কিনা বা উক্ত সমস্যার কারণে কোন বড় ধরনের শল্যচিকিৎসা বা বিশেষ কোন দীর্ঘ মেয়াদী চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছিল কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	ভর্তির কারণ	তারিখ	বর্তমান অবস্থা

(২) কোন ইস্যুরেপ কোম্পানী কর্তৃক জীবন বীমা বা স্বাস্থ্যবীমা ছুঁগিত, অস্বীকৃত বা শর্তসাপেক্ষে গৃহীত হয়েছে কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	ভর্তির কারণ	তারিখ	বর্তমান অবস্থা

(ঘ) বিবাহিতা মহিলা সদস্যদের জন্য :

(১) আপনি কি অন্তঃসত্ত্বা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	ভর্তির কারণ	তারিখ	বর্তমান অবস্থা

(২) ইতিপূর্বে সন্তান প্রসবের সময় কোন জটিলতা হয়েছিল কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	ভর্তির কারণ	তারিখ	বর্তমান অবস্থা

(ঙ) উপরোক্ত বিবরণে উল্লেখ নাই এমন কোন অতিরিক্ত তথ্য যেমন কোন **Pre-existing Condition** বা জন্মগত কোন রোগ বা বিকলাঙ্গ আপনার বা আপনার কোন পোষ্যের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য কিনা? হ্যাঁ  না

সদস্যের নাম	ভর্তির কারণ	তারিখ	বর্তমান অবস্থা

#### ১৪. ঘোষণা

আমি আবেদনকারী এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত বর্ণনা ও প্রশ্ন সমূহের জবাব সম্পূর্ণ সঠিক ও সত্য বলে আমি বিশ্বাস করি এবং আমি কোন প্রকার অসত্য ও শর্ততার আশ্রয় গ্রহণ করি নাই। আমি সম্মত আছি যে, উপরোক্ত তথ্যাবলী আমার/আমার প্রতিষ্ঠান ও বীমা কোম্পানীর স্বাস্থ্য বীমার ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, বর্তমানে আমার জ্ঞাত কোন রোগের লক্ষণাদি এই বিবৃতিতে যদি অসম্পূর্ণ বা গোপন করে থাকি তা হলে বীমা কোম্পানীর নিকট আমার দাবীকৃত বীমা দাবী বাতিল করার অধিকার বীমা কোম্পানী সংরক্ষন করবে।

বীমা পরিকল্পন সমন্বয়কারীর/ প্ল্যান সেক্রেটারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

JAMUNA LIFE Insurance	Document Receipt	Remarks
	Date of Membership	
	Plan Limit	