



প্রোটেক্টিভ ইসলামী লাইফ ইনস্যুরেন্স লিমিটেড

Protective Islami Life Insurance Limited

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

প্রধান কার্যালয়ঃ ১০০ এইচ আর কমপ্লেক্স (৬ষ্ঠ তলা), মহাখালী, ঢাকা ১২১২।
Email: info@protectivelife.com.bd Web: www.protectivelife.com.bd

+88 096 17000017

KYC Profile (গ্রাহক পরিচিতি) ও জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র (Proposal Form)

Serial:
FA Name :
FA Code :

Proposal No (প্রস্তাবপত্র নং):

FA Name :

Policy No (পলিসি নং):

FA Code :

১. বীমা গ্রাহক পরিচিতি (Policy Holder Information)

পুরুষ মহিলা

নাম বাংলায় (Name in Bangla)		গ্রাহকের ১ কপি রজিন পাসপোর্ট সাইজ ছবি
নাম ইংরেজীতে (Name in English)		
পিতার নাম (Father's Name)		
মাতার নাম (Mother's Name)		
স্বামী/স্ত্রীর নাম (Spouse's Name)		
মোবাইল নং (Mobile No.)		

২. ব্যক্তিগত তথ্য (Personal Information)

- (ক) জন্ম তারিখ (Date of Birth) বয়স (Age) জাতীয়তা (Nationality) : বাংলাদেশী
- (খ) বয়স প্রমাণ (Age Proof) : জাতীয় পরিচয়পত্র (NID) এসএসসি সনদ (SSC) জন্ম সনদ (Birth Certificate)
 পাসপোর্ট (Passport) ড্রাইভিং লাইসেন্স (Driving License) অন্যান্য.....
- (গ) বৈবাহিক অবস্থা (Marital Status): বিবাহিত অবিবাহিত তালাকপ্রাপ্তা বিপত্নীক অন্যান্যঃ.....
- (ঘ) শিক্ষাগত যোগ্যতা (Education):
- (ঙ) শিক্ষাগত যোগ্যতার প্রমাণপত্রঃ
- (চ) পেশা (Occupation): চাকুরী (Service) ব্যবসা (Business) গৃহিনী ছাত্র/ছাত্রী অন্যান্য
- (ছ) চাকুরীজীবী হলে নিয়োগকারী প্রতিষ্ঠানের নাম ও ঠিকানাঃ.....
- (জ) দৈনিক কাজের ধরন (Type of Daily Work) :
- (ঝ) বার্ষিক আয় (Annual Income) :
- (ঞ) আয়ের উৎস (Source of Income) :
- (ট) আয়ের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি (Income Verification Method)

৩. ঠিকানা (Address)

বর্তমান ঠিকানা (Present/ Mailing Address)	স্থায়ী ঠিকানা (Permanent Address)

৪. বীমা পরিকল্পনা (Insurance Plan)

- (ক) পরিকল্পনার নাম (Plan Name) :
- (খ) বীমা অংক (Sum Assured) পরিকল্পনা নং (Plan No.) মেয়াদ (Term)
- (গ) প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি (Premium Frequency) : বার্ষিক ষান্মাসিক ত্রৈমাসিক মাসিক এককালীন
- (ঘ) জমাকৃত প্রিমিয়াম (Deposited Premium) : জমার ধরন (Deposit Type): নগদ (Cash) চেক (Cheque)
 মোবাইল ব্যাংকিং (Mobile Banking) অন্যান্য

৫. সহযোগী বীমা (Supplementary Rider)

- দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যুতে দ্বিগুন সুবিধা (ADB) দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যুতে দ্বিগুন ও স্থায়ী অঙ্গহানী সুবিধা (PDAB)
 হাসপাতাল সুবিধা (HI) গ্ল্যান নংঃ দুরারোগ্য ব্যাধি সুবিধা (CI) IBR WP PLUS

৬. সহযোগী বীমার অতিরিক্ত তথ্য (ঐচ্ছিক হাসপাতাল সুবিধার ক্ষেত্রে)

- স্বামী/স্ত্রী নামঃ জন্ম তারিখ/বয়সঃ
- শিশু ১ নামঃ জন্ম তারিখ/বয়সঃ
- শিশু ২ নামঃ জন্ম তারিখ/বয়সঃ

৭. বার্ষিক পেনশন (Annual Pension) : পেনশন শুরুতে বয়স (Pension Starting Age) :

নমিনি-১
ছবি

নমিনি-২
ছবি

নমিনি-৩
ছবি

৮. নমিনী/ মনোনীতক ব্যক্তি (Nominee/ Beneficiary)

নং	নাম	বয়স	সম্পর্ক	অংশ (%)
১				
২				
৩				

৯. মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবক

নাম :	বয়স :	সম্পর্ক :
-------	--------	-----------

১০. তৃতীয় পক্ষ নমিনী (Contingent Beneficiary)

নাম :	বয়স :	সম্পর্ক :
-------	--------	-----------

১১. অত্র কোম্পানিতে আপনার জীবনের উপর অন্য কোন বীমা থাকলে বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা অংক	বীমা শুরুর তারিখ	শর্ত

১২. সমর্পণ মূল্য অর্জন সাপেক্ষে বাজেয়াপ্ত না হওয়া সম্পর্কিত বিকল্প (Non-Forfeiture Option)

- ক) এক বৎসর পর্যন্ত প্রিমিয়াম ঋণ প্রদান করে পরিশোধিত বীমায় রূপান্তর করা।
- খ) সমর্পণ মূল্য নিঃশেষ না হওয়া পর্যন্ত প্রিমিয়াম ঋণ প্রদান করে বীমাপত্র চালু রাখা।
- গ) স্বয়ংক্রিয়ভাবে পরিশোধিত বীমায় রূপান্তর করা।

১৩. ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন অতিরিক্ত প্রশ্নমালা (Non-Medical Declaration)

ক)	আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?	হ্যা	না
খ)	আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।	হ্যা	না
গ)	আপনার পিতৃ বা মাতৃকূলে কোন বংশগত রোগ আছে কি না? থাকলে লিখুন	হ্যা	না
ঘ)	ঘন ঘন কাশি, রক্তবমি, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, লিভার সিরোসিস, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ আছে কি?	হ্যা	না
ঙ)	মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা, এলবুমিন বা পুঁজের উপস্থিতি আছে কি?	হ্যা	না
চ)	গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত বা চর্ম গ্রন্থির কোন রোগ আছে কি?	হ্যা	না
ছ)	অন্য কোন প্রকার রোগে ভুগছেন কি?	হ্যা	না
জ)	আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য আছে কি?	হ্যা	না
ঝ)	আপনি কোন নেশা জাতীয় দ্রব্য গ্রহণ করেন কি?	হ্যা	না
ঞ)	আপনি কি ধূমপান করেন? করলে দিনে কয়টি?	হ্যা	না
মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি (For Female Only)			
ট)	আপনি কি বিবাহিতা?	হ্যা	না
ঠ)	আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা?	হ্যা	না
ড)	আপনার কি মাসিক নিয়মিত হয়? সর্ব শেষ মাসিকের তারিখ?	হ্যা	না
ঢ)	আপনি কি কখনো গর্ভকালীন জটিলতায় ভুগেছেন?	হ্যা	না
ণ)	আপনার কি কখনো স্তন, জরায়ু, ডিম্বাশয় বা প্রজননতন্ত্রের কোন ব্যাধি ছিল?	হ্যা	না
ত)	স্ব-উপার্জিত আয়বিহীন মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য বিশেষ শর্ত সাপেক্ষে বীমা গ্রহণে সম্মত আছেন কি?	হ্যা	না

১৪. শারীরিক পরিমাপ (Physical Measurement)

- ক) আপনার বর্তমান ওজন (Weight) : কেজি/পাউন্ড খ) উচ্চতা (Height) : ফুট/মিটার ইঞ্চি/সে.মি
- গ) বুকের মাপ (পূর্ণ শ্বাস নেওয়ার পর) ইঞ্চি/ সে.মি. ; শ্বাস ত্যাগের পর ইঞ্চি/ সে.মি. ।
- ঘ) নাতী বরাবর পেটের মাপ ইঞ্চি/ সে.মি. ।
- ঙ) সনাক্তকরণের জন্য বিশেষ কোন চিহ্ন থাকলে লিখুন

১৫. পারিবারিক ইতিহাস (Family History)

সম্পর্ক	সংখ্যা	জীবিত (Alive)		মৃত (Dead)			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়িত্ব	মৃত্যুর সাল
পিতা							
মাতা							
ভাই							
বোন							
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
মেয়ে							

১৬. শিশুর তথ্য ও ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্ট (Child's Medical Report) (শিশু বীমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) :

- ক) শিশুর নাম (Child Name) :
- খ) জন্ম তারিখ (Date of Birth): / / বয়স (Age): লিঙ্গ (Gender) : পুরুষ মহিলা
- গ) শিশুর ওজন শিশুর উচ্চতা জন্মস্থান জাতীয়তা : বাংলাদেশী
- ঘ) প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক : ঙ) শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছে?
- চ) শিশুকে যে সকল রোগের টিকা দেয়া হয়েছে তার নাম লিখুন এবং টিকা কার্ডের ফটোকপি সংযুক্ত করুন।

১৭. নিম্নবর্ণিত রোগ সমূহের জন্য কখনো কি ডাক্তারী পরীক্ষার প্রয়োজন হয়েছে?

(হ্যা অথবা না টিক দিন)

- ক) হৃদযন্ত্র, রক্ত অথবা শ্বাস প্রণালী সংক্রান্ত হ্যা না
- খ) বাতজনিত রোগ বা অস্থিসন্ধি সংক্রান্ত হ্যা না
- গ) মস্তিষ্ক অথবা শ্নায়ুতন্ত্র সংক্রান্ত হ্যা না
- ঘ) জ্বরসহ অথবা ব্যতীত কোন সংক্রামক রোগ হ্যা না
- ঙ) কিডনী অথবা মূত্রথলী সংক্রান্ত হ্যা না
- চ) ডায়ারিয়া বা পানি বাহিত কোন রোগ হ্যা না
- ছ) হাড়, সন্ধি, চামড়া, চোখ, নাক এবং গলা রোগমুক্ত কি না? হ্যা না

শিশুর স্বাক্ষর বা টিপসই

প্রিমিয়াম দাতার স্বাক্ষর

সনাক্তকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর ও তারিখ

১৮. বীমা সুবিধার অর্থ উত্তোলনের জন্য বীমা গ্রাহকের ব্যাংক হিসাবের তথ্য

হিসাবের ধরন : <input type="checkbox"/> সঞ্চয়ী <input type="checkbox"/> চলতি	হিসাবের নাম :
	হিসাব নং :
মোবাইল ব্যাংকিং : <input type="checkbox"/> বিকাশ <input type="checkbox"/> নগদ <input type="checkbox"/> রকেট	ব্যাংকের নাম, শাখা ও ঠিকানা :
	নাম :
	হিসাব নং :

ঘোষণা ও অঙ্গীকার (Declaration & Undertaking)

আমি প্রস্তাবিত ইসলামী জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞা-পূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসততা ও প্রতারণার আশ্রয় গ্রহণ করি না। এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি তা প্রস্তাবিত ইসলামী জীবন বীমার চুক্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে তা করার অনুমতি কোম্পানিকে দিলাম। উপরে বর্ণিত তথ্যের কোন পরিবর্তন হলে কোম্পানিকে জানানো আমার দায়িত্ব। কোম্পানির শরীয়াহ বোর্ডের সিদ্ধান্ত অনুযায়ী আমার মূল প্রিমিয়ামের শতকরা দুই টাকা 'তাবারক' তহবিলে জমা রাখার বিষয়ে আমার কোন আপত্তি নাই।

আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাব বিবেচনার পর প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রশিদ (First Premium Receipt)/ বীমা দলিল ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানির উপর কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

দ্রষ্টব্যঃ রেয়াত প্রদানে বিধিনিষেধ (বীমা আইন ২০১০ এর ধারা ৬০)

“কোন ব্যক্তি বাংলাদেশে জীবন অথবা সম্পত্তি সংক্রান্ত কোন প্রকারের ঝুঁকির ব্যাপারে প্রত্যক্ষ কিংবা পরোক্ষভাবে কোন ব্যক্তিকে কোন বীমা গ্রহণ, নবায়ন অথবা অব্যাহত রাখিবার জন্য উৎসাহিত করিতে কমিশন অথবা তাহার অংশ বিশেষ অথবা প্রদর্শিত প্রিমিয়ামের কোন রেয়াত প্রদান করিবে না বা প্রদানের প্রস্তাব করিবে না অথবা গ্রাহক বীমাকারী কর্তৃক প্রকাশিত নির্দেশিকা কিংবা তালিকা অনুসারে স্বীকৃত রেয়াত ভিন্ন অন্য কোন রেয়াত গ্রহণ করিতে পারিবে না।”
কোন ব্যক্তি এই ধারার বিধানসমূহ লঙ্ঘন করিলে তাহাকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

বিশেষ দ্রষ্টব্য : এই ঘোষণাপত্রে স্বাক্ষরের পূর্বে অনুগ্রহ করে নিশ্চিত হোন যে, এই আবেদন পত্রে প্রদত্ত তথ্যসমূহ সম্পূর্ণ নির্ভুল।

যে কোন ভুল উত্তরের জন্য বীমাপত্র বাতিল হতে পারে।

N. B : BEFORE SIGNING THIS DECLARATION PLEASE CHECK THE GIVEN ANSWER IN THIS APPLICATION ARE CORRECT. ANY INCORRECT ANSWER MAY INVALIDATE THIS POLICY.

স্বাক্ষরের স্থান :

তারিখ :

বীমা গ্রহীতার স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর :

সীল (নাম ও পদবী সহ)

বীমা গ্রহীতার পূর্ণ নাম

অভিভাবকের প্রতিস্বাক্ষর :

(প্রস্তাবক অগ্রাণ্ড বয়স্ক হলে)

- ❖ সম্মানিত বীমা গ্রাহকের কিস্তির প্রিমিয়াম এজেন্ট কর্তৃক গ্রহণ করা হয় না। আপনার প্রিমিয়াম নিজে জমা দিন এবং নিশ্চিত থাকুন।
- ❖ ২৪ ঘন্টায় বীমা দাবী নিষ্পত্তির আমরাও দাবীদার।
- ❖ আমরা নির্দিষ্ট সময়ে এস.বি, ম্যাচুরিটি সহ সকল বীমা দাবী নিষ্পত্তি করে থাকি।

ফিন্যান্সিয়াল এ্যাসোসিয়েট এর প্রতিবেদন

(এফ.এ এর প্রতিবেদন ব্যাতীত প্রস্তাবপত্র গ্রহণযোগ্য হবে না)

১) আপনি প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহককে কত দিন যাবত জানেন?	
২) আপনি প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহককে ব্যক্তিগতভাবে দেখেছেন?	
৩) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক আপনার আত্মীয়?	
৪) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পেশা কি?	
৫) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের দৈনিক কাজের ধরন কি?	
৬) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের বার্ষিক আয় কত?	
৭) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক কি আয়কর দিয়ে থাকেন?	
ব্যক্তিগত সম্পদ	
৮) আপনার জানামতে প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের আনুমানিক মোট সম্পদের পরিমাণ কত?	
৯) বীমা গ্রাহকের আবাসিক অবস্থান কি?	<input type="checkbox"/> নিজ বাড়ি <input type="checkbox"/> ভাড়া বাড়ি
প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাস্থ্যগত তথ্য যা আপনি পর্যবেক্ষণ করেছেন:	
১০) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহককে কি সাধারণ দৃষ্টিতে সু-স্বাস্থ্যের অধিকারী মনে হয়?	
১১) কোন ধরনের শারীরিক/মানসিক/দৃষ্টি বা শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা আছে কি?	
১২) কখনো অসুস্থ হয়ে হাসপাতালে ভর্তি বা সার্জারী এর ইতিহাস আছে কি?	
১৩) আপনার জানামতে প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পেশা, আর্থিক বা সামাজিক অবস্থান, ব্যক্তিগত কোন অভ্যাস যা বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি কে প্রভাবিত করার মত অনুঘটক হিসাবে কাজ করে?	
১৪) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহককে উল্লেখিত বয়সের মনে হয় কি না?	
১৫) গ্রাহক কর্তৃক দাখিলকৃত ডাক্তারী পরীক্ষা ও সকল মেডিকেল রিপোর্ট সঠিকভাবে সম্পন্ন হয়েছে কি না?	
১৬) বীমা গ্রাহকের ঝুঁকির ধরন কি?	<input type="checkbox"/> নিম্ন ঝুঁকি <input type="checkbox"/> উচ্চ ঝুঁকি

আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, এই প্রস্তাবপত্রে উল্লিখিত প্রশ্নসমূহের প্রদত্ত সকল উত্তর এবং এই প্রতিবেদন আমার জানা মতে সম্পূর্ণ সঠিক। আমি বিশ্বাস করি যে, বীমা ঝুঁকির জন্য ক্ষতিকারক এমন কিছু সম্পর্কে আমি অবহিত নই যা এখানে লিপিবদ্ধ হয় নাই। যদি কোন উত্তর অসত্য প্রমাণিত হয় তবে তার দায় আমার উপর বর্তাবে না।

স্বাক্ষরের স্থান:

স্বাক্ষরের তারিখ:

ফিন্যান্সিয়াল এ্যাসোসিয়েট এর কোড

ফিন্যান্সিয়াল এ্যাসোসিয়েট এর স্বাক্ষর

আমি সর্তকতার সাথে এই প্রস্তাবপত্র এবং ফিন্যান্সিয়াল এ্যাসোসিয়েট এর প্রতিবেদনটি পর্যালোচনা ও যাচাই করেছি এবং নিশ্চিত করছি যে, কোম্পানির বীমা ঝুঁকি বিবেচনার জন্য এর প্রতি আমার পূর্ণ অনুমোদন রয়েছে। আমার জানামতে উপরোক্ত সকল তথ্য সঠিক এবং কোন প্রকার অসত্য তথ্য থাকলে তার পূর্ণ দায় আমি গ্রহণ করছি।

স্বাক্ষরের স্থান:

স্বাক্ষরের তারিখ:

সংগঠন প্রধান এর কোড

সংগঠন প্রধান এর স্বাক্ষর

প্রিমিয়াম ক্যালকুলেশন :

মূল পরিকল্প	বীমা অংক	প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি	মূল প্রিমিয়াম
পরিকল্প নং-			
অতিরিক্ত প্রিমিয়াম			
এডিবি			
পিডিএবি			
এইচ আই			
সিআই			
অন্যান্য			

মোট প্রিমিয়াম =