

- আকিজ তাকাফুল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি - এর সম্মানিত গ্রাহকদের কিস্তি/প্রিমিয়াম এজেন্ট কর্তৃক নগদ গ্রহন কর হয না। প্রিমিয়াম নিজে জমা দিন নিশ্চিত থাকুন।
- আমরা ৭ (সাত) কর্ম দিবসের মধ্যে সকল বীমা দাবী নিষ্পত্তি করি।
- SB/Part payment & Maturity ও নির্দিষ্ট তারিখেই পরিশোধ করা হয়।

নিম্নবর্ণিত প্রশ্ন সমূহ উত্তরে হ্যাঁ বা না ডাক্তার কর্তৃক পূরণীয় (Following questionnaires will be filled up by examiner doctor with mark yes or no)  
(কেবল মাত্র মেডিকেল পলিসির জন্য প্রযোজ্য- Only applicable for the medical policy)

১	ক) আপনি কি প্রস্তাবকের সাথে কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত? (is there any relationship with the proposer) খ) প্রস্তাবকের মধ্যে অকাল বার্ধক্যের কোন ছাপ আছে। (Healthy, looks declared age)	৫	গর্ভেয়ী, ফিলিপস, যৌন বা মূত্রনালী ছাড়া অন্যকোন রোগের চিহ্ন আছে কি? is there any disease of the genital organs other than (Testes epididymes, prostate)
২	তাকে দেখতে রক্তশূন্য, টিউমার, চর্মরোগ, পাকস্থলী, শ্রবণ ও দৃষ্টিশক্তি সহ অন্যকোন অসুস্থ বলে মনে হয় কি? hepatomegaly, Tumour, Skin eruption, stomach, herein eye sight	৬	ক) উচ্চতা (Height) : .....ফুট/মি. (Feet/Miter).....সেংমিঃ/ইঞ্চি (inch/C.M) খ) ওজন (weight) : ..... কেজি/পাউন্ড (kg/lb)..... গ) পূর্ণ শ্বাস নিশ্বাস (Breath in) : .....সেংমিঃ/ইঞ্চি (inch/C.M) ঘ) শ্বাসত্যাগ করার পর- (Breath out) : .....সেংমিঃ/ইঞ্চি (inch/C.M) ঙ) নাতী বরাবর পেটের মাপ (Waist Measurement) : ..... ইঞ্চি/সেংমিঃ (Inch/C.M) চ) সনাক্তকরণ চিহ্ন Mark of identification (if any) : .....
৩	হৃদপিণ্ড, গা-ফেলা ও শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিক কি স্বাভাবিক অথবা অসুস্থতা আছে কি? Is the heart sounds normal (intensit, Splitting, etc)	৭	প্রস্তাবকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি তাকে দীর্ঘায়ু মনে করেন কি? (Do you think the proposer may be a long life by considering the health condation & family history)
৪	ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন? (Is pulse rate, is normal) খ) রক্তচাপঃ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক। (Blood pressure: Systolic...../Diastolic.....)	৮	আপনার বিবেচনায় তিনি কি সকল দিক দিয়ে জীবন বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন বীমাধারী? (Do you Consider him/her as a fast class insurance policy holder in all sense.)

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক (প্রিমিয়ামদাতা) এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত- প্রশ্নগুলির যে উত্তর আমি প্রদান করেছি তা সঠিক ও সত্য বলে বিশ্বাস করি এবং আমি কোন প্রকার অসত্য ও শঠতার আশ্রয় গ্রহন করিনি। এই আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং যদি ডাক্তারী পরীক্ষায় আমি যাহা ঘোষণা করেছি বা করব তাহা প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে, তা করার জন্য কোম্পানীকে অনুমতি দিলাম। উপরে বর্ণিত তথ্যের কোন পরিবর্তন হলে কোম্পানীকে জানানো আমার দায়িত্ব, অন্যথায় বীমা আইন ২০১০ অনুযায়ী কোম্পানী আমার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত গ্রহন করবে।

আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবের বিবেচনার পর এফ.পি.আর ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানীর উপর দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

(If the company wants to make any investigation on my statement and if there found anything wrong then company reserve the right to reject the policy and premium might be canceled) I also declare that until first premium receipt (FPR) is being issued the company will not be responsible under this proposed agreement/policy)

তারিখ (Date) : .....  
গ্রাহকের স্বাক্ষর মনোনীতকের/অভিব্যক্তির স্বাক্ষর(১) : .....(২).....  
(Signature of the policyholder)

শিশুর স্বাক্ষর বা বৃন্দাঙ্গুলির ছাপ (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে) : .....  
(Signature of the Thumb print of the child)

#### ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েট/অর্গানাইজারের বিবৃতি (Statement of the Financial Associate/Field Organizer)

আমি প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে দেখেছি, তিনি সুস্থ আছেন। আমার মতে আবেদন মতে আবেদনপত্রটি সর্বোত্তমভাবে গ্রহন যোগ্য (I observed the proposer/applicant, he is quite well. This Application form/application may be accepted)

ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েট এর স্বাক্ষর  
(Signature of the F.A.)

সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর ও কোড  
(Signature of the H.O & Code)

সংযুক্তিঃ (Enclosure) : গ্রাহক এবং মনোনীত এর পাসপোর্ট সাইজের ০১ কপি সাম্প্রতিক রঙিন ছবি, বয়স প্রমাণের জন্য জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদ/ ড্রাইভিং লাইসেন্স/পাসপোর্ট/ এস.এসসি স্যাটিফিকেট এর ফটোকপি প্রদান করতে হবে। (01 copy passport size recent color photograph of application & his/her nominee photocopy of age age verification-NID/Birth Certificate/Driving License/Passport/SSC Certificate)

বিঃদ্রঃ আপনার মূল্যবান পলিসির নিরাপত্তার স্বার্থে সতর্কতার সাথে লক্ষ্য রাখবেন এ পলিসি অন্য কোথাও যেন স্থানান্তর/হস্তান্তর না হয়। পলিসি অন্যত্র স্থানান্তর করলে যদি আপনি ক্ষতির সম্মুখীন হন, তবে কোম্পানী দায়-দায়িত্ব বহন করবে না। (Please note that keep your eyes carefully on your policy for your own interest, this policy is not transferable to any where or any other company. if the policy will transfer ATLI Plc will not bear the responsibilities Regarding your life insurance policy)

গ্রাহকের স্বাক্ষর



আকিজ তাকাফুল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি  
Akij Takaful Life Insurance PLC

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

## আকিজ তাকাফুল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি Akij Takaful Life Insurance PLC

Ninakabbo, 227/A Bir Uttam Mir Shawkat Sarak. (11th Floor)-Dhaka 1208  
E-mail: info@akijtakaful.com  
Phone: 09604300500  
www.akijtakafullife.com

### আবেদন ফর্ম (Application Form)

০১। পলিসির নাম (Name of Policy) :  
পলিসি শুরু তারিখ (Date of Comm.) :  
পলিসি নম্বর (Number of Policy) :

পুরুষ (Male)  মহিলা (Female)  অন্যান্য (Others)  মেডিকেল (Medical)  নন-মেডিকেল (Non-Medical)

#### ০২। বীমা গ্রাহকের তথ্য/ পরিচিতি (Policy Holder's Informaton)

গ্রাহকের পূর্ণ নাম-বাংলায় (Full Name in Bengali) :  
ইংরেজীতে (In English) (Block Letter) :  
পিতার নাম (Father's Name) :  
মাতার নাম (Mother's Name) :  
স্বামী/স্ত্রীর নাম (Spouse Name) :  
ফোন/মোবাইল নম্বর (Phone/Mobile Number) :  
ই-মেইল যদি থাকে (E-mail if any) :  
জাতীয়তা (Nationality) :  
জন্ম তারিখ (Date of Birth) :  
বয়স (Age) :  
f (facebook Id) :

#### ০৩। স্থায়ী ঠিকানা (Permanent Address) :

.....  
.....  
.....

#### ০৪। বর্তমান ঠিকানা (Present Address) :

.....  
.....  
.....

#### ০৫। পেশার পূর্ণ বিবরণ (Detail of occupational status) :

.....  
.....  
.....

#### ০৬। গ্রাহকের অর্থের উৎস (Source of Income) :

.....

#### ০৭। অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি (Verification of source of Income) :

.....

#### ০৮। ব্যাংকের হিসাব নং-যদি থাকে (Bank Account No-if-requires) :

..... শাখা (Branch) : .....

ব্যাংকের নাম (Bank Name) : ..... (সকল দাবী পরিশোধের পূর্বে নিজ ব্যাংক হিসাব নম্বর প্রদান করতে হবে)

Applicants Bank Account Number is to be submitted before claim settlement)

রাউটিং নং: ..... EFTN - র মাধ্যমে প্রিমিয়াম প্রদানে ইচ্ছুক হলে আলাদা EFTN Form fillup করুন

\* মোবাইল ব্যাংকিং হিসাব নং (বিকাশ/রকেট/অন্যান্য) : .....

আবেদনপত্র নং (Application No)

ফিন্যান্সিয়াল এসোসিয়েটের নাম  
(Name of Financial Associate)

কোড নং (Code No):

গ্রাহকের পাসপোর্ট সাইজের  
০১ কপি ছবি

01 Copy passport size  
photograph of applicant

মনোনীতকের পাসপোর্ট সাইজের  
০১ কপি ছবি

01 Copy passport size  
photograph of Nominee (s)

গ্রাহকের স্বাক্ষর

১০। নমিনির তথ্য (information of Nominee) :

মনোনীত ব্যক্তির নাম-১ (Name of Nominee) :	বয়স (Age)	সম্পর্ক (Relation)	%
মনোনীত ব্যক্তির নাম-২ (Name of Nominee) :	বয়স (Age)	সম্পর্ক (Relation)	%
জাতীয় পরিচয় পত্র/পাসপোর্ট নং /জন্ম নিবন্ধন সনদ নং (National ID/Passport No/Birth Certificate)			
মোবাইল নম্বর (Mobile Number)			

► নমিনি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে (Nominee in case of minor age) :

অভিজ্ঞাবকের নাম-১ (Name of Gurdian) :	
পেশা (Occupation) :	বয়স (Age) সম্পর্ক (Relation)

(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক হলে ছবি সহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে- Incase of multiple nominees all information and distrubtion of claim percentage must be provided)

(বিশেষ দৃষ্টব্যঃ শুধুমাত্র আমার মৃত্যুর পর মনোনীতক (গণ) বীমার টাকা গ্রহন করতে পারবেন এবং তার/তাদের নিজ দায়িত্বে ফারাজেজ অনুসারে ওয়ারিশ গণের মধ্যে বন্টন করবেন।

[N.B.My nominee(s) will receive benefit as per the terms & conditions of policy and he/she will distribute the same under in their own reponsibility among the heir farayez]

১১। আপনার বা আপনার পরিবারের কারো জীবনের উপর আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্সুরেন্স পিএলসি/অন্য কোন কোম্পানিতে বীমা প্রস্তাব থাকিলে নিম্নের ছকে উল্লেখ করুন : (if or any of your family member's have any policies with Takaful Life Insurance PLC /any other organizations please provide details below).

বীমাপত্র নং (Policy No)	বীমাপ্রতিষ্ঠানের নাম (Name of the company)	বীমা অংক (Sum Assured)	পরিকল্পনা নং ও মেয়াদ (Plan & Term)	বীমা শুরুর তারিখ (Date of Commencement)	কি শর্তে গৃহীত (Acceptance Condition)	মন্তব্য (Remarks)

১২। পরিচিতি (Introducing Letter) :

- ক) জাতীয় পরিচয় পত্র/পাসপোর্ট/জন্ম সনদ নং (National ID/Passport No/Birth Certificate) : ..... হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- খ) ই-টিআই এন-যদি থাকে (E-TIN if any) : ..... হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- গ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নম্বর (Driving License Numer) : ..... হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- ঘ) অন্যান্য (Others) : ..... হ্যাঁ/ Yes  না/ No

১৩। শিক্ষাগত যোগ্যতা (Educational Qualification) : ..... বীমা গ্রহনের উদ্দেশ্য (Reasons for Policy) : ..... মাসিক আয় (Monthly Income) : .....

১৪। বীমা অংক (Sum Assured) : ..... টাকা (Taka. বার্ষিক পেনশন (Yearly Pension)/ বৃত্তি (Stipend) : .....

১৫। পরিকল্পনা নং (Product No) : ..... মেয়াদ (Term): ..... বছর (Year). ১৫। প্রস্তাবিত প্রিমিয়াম (Proposed Premium): .....

১৬। প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি নং (Mode of Payment) :  বার্ষিক (Yearly)  ষাণ্মাসিক (Half Yearly)  ত্রৈমাসিক (Quarterly)  মাসিক (Monthly)  এককালীন (Single)

১৭। সহযোগী বীমা (Supplementary Coverage) :  হাসপাতাল সুবিধা (Plus)  প্রিমিয়াম মওকুফ সুবিধা (WP)  জটিল/দুরারোগ্য ব্যাধি (M.D)

দূর্ঘটনায় মৃত (ADB)  দূর্ঘটনা জনিত মৃত,অস্থায়ী ও স্থায়ী অক্ষমতা (PDAB)

জটিল / দুরারোগ্য ব্যাধির পরিমাণ :

১৮। শিক্ষা/শিশু নিরাপত্তা পলিসির জন্য প্রযোজ্য (Applicable for Education/Child Protection Assurance) :

ক) শিশুর নাম (Name of Child) : .....	জন্ম তারিখ (Birth day) : .....	বয়স (Age) : .....
খ) লিঙ্গ (Gender) : <input type="checkbox"/> পুরুষ (Male) <input type="checkbox"/> মহিলা (Female) <input type="checkbox"/>	গ) প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক (Relation with the payor) : .....	
শিক্ষা/শিশু স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি-Statement about Education/child health (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য- Applicable for Education child protection assurance) :		
ক) শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ? (is the Child presntly healthy) : হ্যাঁ/ Yes <input type="checkbox"/> না/ No <input type="checkbox"/>		
খ) তার কোন অঙ্গ হানি, টাইফয়েড, ধনুষ্ঠংকার, পোলি ও হাম জডিস বা জন্মগত অন্যকোন রোগ আছে? (is there any physical disability Typhoid, Tetanus Polio Ham Jaunice or congenital infirmity) হ্যাঁ/ Yes <input type="checkbox"/> না/ No <input type="checkbox"/>		

১৯। বীমা গ্রহীতার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি (Health Statement of the Policy Holders) :

- ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (Are you Healthy now) হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- খ) আপনি কি অতীতে এবং বর্তমানে হৃদরোগ, ডায়াবেটিস, উচ্চরক্তচাপ, ফক্ষা, হাপানি, কিডনি, বাতজ্বর নিউমোনিয়া, শ্বাসযন্ত্রের রোগ, পাকস্থলী বা অন্ত্রের রোগ, মূত্রাশয়ের রোগ, যৌন রোগ, এইডস, ক্যান্সার, মানসিকরোগ অথবা কোন পীড়া রোগে ভুগছেন? (Have you ever been suffering from Heart disease, Diabetics, High Blood Preassure, Tuberculosis, Asthma, Kidney, Remutic fever, punmonia, Respiratory disease, Stomach or Bowel infection, Urinary disease, Sexual disease, Aids, Cancer, Mental disease or an other disease ). হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- গ) আপনি কি কোন অস্ত্রোপচার এবং দূর্ঘটনার সম্মুখীন হয়েছেন? (Are you Healthy now) হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- ঘ) আপনি কি কোন ভাইরাস যেমন, করোনা সার্স, ইবোলা দ্বারা আক্রান্ত হয়েছেন? (Have you been infected with a virus such as Corona SARS or Ebola?) হ্যাঁ/ Yes  না/ No

২০। মহিলা প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে অতিরিক্ত প্রশ্নমালা (Additional Questionnaire for female proposes) :

- ক) আপনি কি এখন সন্তান সন্তান? (Are you Pregnant now ?) হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- যদি সন্তান অন্তঃসত্তা হন তবে কখন সন্তান আশা করেন? (if you are pregnant when you expect delivery ?..... হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- খ) সন্তান প্রসব সব সময় স্বাভাবিক হয়েছে কি? (Were your past delivery normal?) হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- গ) শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ (Date of birth of your last child?) ..... হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- ঘ) আপনি কি কোন স্তন্য রোগ, স্তন বা জরায়ু সংক্রান্ত কোন পীড়ায় ভুগেছেন/ভুগছেন? (Have you ever been suffering from synecology. brest or uterus relevant disease?) হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- ঙ) আপনার সর্বশেষ মাসিকের তারিখ (Last Menstruation date) : ..... হ্যাঁ/ Yes  না/ No
- [প্রয়োজনে আলাদা কাগজে ১৮,১৯ ও ২০ নং অথবা আপনার/সন্তানের (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে) অন্যকোন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি আলাদা কাগজে বিস্তারিত লিখে সংযুক্ত করুন। (if Nessary. attach details No. 18,19, and 20 on a separate paper or any other health related Statement of you/child.( in case of Education/Child Insurance) on separate paper

২১। আপনার বর্তমান শারীরিক পরিমাপ উল্লেখ করুন (Your present physical measurement) :

- ক উচ্চতা (Height):..... ফুট/মি. (Feet/Miter) ..... ইঞ্চি/সেঃমিঃ (Inch/C.M)
- খ ওজন (Weight):..... কেজি/পাউন্ড. (kg//Lb)
- গ বুকের মাপ (Chest size): (পূর্ণ শ্বাস সহ Breath in) ..... ইঞ্চি/সেঃমিঃ (Inch/C.M)
- ঘ বুকের মাপ (Chest size): (শ্বাসত্যাগ করার পর-Breath out) ..... ইঞ্চি/সেঃমিঃ (Inch/C.M)
- ঙ নাজি বরাবর পেটের মাপ (Waist Measurement):..... ইঞ্চি/সেঃমিঃ (Inch/C.M)
- চ সনাক্তকরণের জন্য আপনার/সন্তানের (শিক্ষা/শিশু পলিসির ক্ষেত্রে) বিশেষ কোন চিহ্ন থাকলে লিখুন : ..... (Special mark of you & your child (Education/Child protection assurance) - if any

২২। পারিবারিক ইতিহাস (Family History) :

সম্পর্ক (Relation)	জীবিত (Alive)			মৃত (Dead)		
	সংখ্যা (Number)	বয়স (Age)	বর্তমান শারীরিক অবস্থা (Current Physical Status)	মৃত্যু কালে বয়স (Age during Death)	মৃত্যুর কারণ (Reason of Death)	শেষ রোগের স্থায়িত্ব (Duration of last illness) (Year of death)
পিতা (Father)						
মাতা (Mother)						
ভাই (Brother)						
বোন (Sister)						
স্বামী/স্ত্রী (Spouse)						
ছেলে (Son)						
মেয়ে (Daughter)						

গ্রাহকের স্বাক্ষর

গ্রাহকের স্বাক্ষর