



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



বীমাপত্র সার্ভিসিং ফর্ম/ Policy Servicing Form

তারিখঃ

বীমাপত্র/প্রস্তাবপত্র নং:.....

নাম :.....

ইমেইল /Email ১.২.

উপরোক্তিত বীমাপত্র ঠিকানা ও মোবাইল নম্বর পরিবর্তন করার জন্য অনুরোধ করা হলো:

Please update/change the address & mobile number of my above mentioned policy

Existing /Old Address(বর্তমান/পুরাতন ঠিকানা):	New/Updated address/ নতুন ঠিকানা:
Mobile/মোবাইল:	Mobile/মোবাইল:

উপরোক্তিত বীমাপত্র পরিকল্পনের নাম ও বীমা অংক পরিবর্তন করার জন্য অনুরোধ করা হলো

Please update/change the Plan & Sum Assured of my above mentioned policy

পুরাতন পরিকল্পনের নাম(Old Plan) -----	নতুন পরিকল্পনের নাম(New Plan) -----
নং ----- মেয়াদ (Term) -----	নং ----- মেয়াদ (Term) -----
বীমা অংক (Sum assured): কথায়/Inward:	বীমা অংক (Sum assured): কথায়/Inward:

প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি/Mode of payment : Monthly/ মাসিক , Quarterly/ ত্রৈমাসিক , Half yearly/ শান্তাসিক

Yearly /বার্ষিক , single Payment / এককালিন

সহযোগী বীমা যোগকরন/ Rider Policy Add : ADB/ PDAB/ MDB50% / MDB25% / HI/ FIR

সহযোগী বীমা বাতিলকরন/ Rider Policy Cancel : ADB/ PDAB/ MDB50% / MDB25% / HI/ FIR

পেশা পরিবর্তন/ Occupation Change :

বয়স পরিবর্তন/ Age Change :

স্বাক্ষর পরিবর্তন/ Signature Change :

Existing Signature

New Signature

অন্যান্য/Others:

সাক্ষীর স্বাক্ষরঃ.....	প্রস্তাবক/বীমাধাতকের স্বাক্ষরঃ.....
সাক্ষীর নামঃ.....	তারিখঃ
.....	পূর্ণ ঠিকানাঃ.....
.....
.....	Mobile/মোবাইলঃ.....

বীমা অফিস কর্তৃক ব্যবহারের জন্য

.....
-------	-------



Delta Life
Insurance Company
LIMITED

ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



নমিনি সংজ্ঞান তথ্য Nominee information

তারিখঃ

বীমাপত্র/প্রস্তাবপত্র নংঃ.....

নামঃ.....

আমি/আমরা এই বীমাপত্রের অর্থ আমার/আমাদের মৃত্যুর পর নিম্ন বর্ণিত ব্যক্তি/ব্যক্তিগণকে প্রদানের জন্য মনোনীত করলাম। আমি/আমরা উল্লেখিত মনোনয়ন যে কোন সময় বাতিল বা পরিবর্তনের অধিকার সংরক্ষন করি। আমি/আমরা এই মর্মে আরো সম্মতি প্রদান করছি যে, আমার/আমাদের নির্দেশনা মোতাবেক বীমা কোম্পানী অর্থ প্রদান করবে। অর্থ পরিশোধ করা হলে সংশ্লিষ্ট বীমা সম্পর্কিত যাবতীয় দায় পরিশোধ করা হয়েছে বলে গণ্য হবে এবং এজন্য বীমা কোম্পানী কোনোভাবে দায়বদ্ধ হবে না।

মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য/ Nominee's Information

মনোনীতকের নাম/ Nominee's Name :	সম্পর্ক/ Relation	জন্মতারিখ/ DOB	অংশ/ %	Affix a color Recent passport Size Photo-
পিতার নাম / Father's name :	মাতার নাম / Mother's Name :			মনোনীতকের সদ্যতোলা এক কপি পাসপোর্ট সাইজের রঙিন ছবি
মোবাইল/ Cell:	জাতীয় পরিচয়পত্র/ NID :			
পেশা/ Profession :				
বর্তমান ঠিকানা/ Present Address :				
স্থায়ী ঠিকানা/ Permanent Address:				
মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম/ If nominee is minor guardian name :				
মোবাইল/ Cell :	জাতীয় পরিচয়পত্র/ NID :			

সাক্ষীর স্বাক্ষরঃ.....

প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষরঃ.....

সাক্ষীর নামঃ.....

তারিখঃ

.....

পূর্ণ ঠিকানাঃ.....

	বীমা অফিস কর্তৃক ব্যবহারের জন্য



অবিয়ন্ম ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র।

Declaration of Good Health (DGH)

দেয় তারিখঃ

বীমাপত্র/প্রস্তাবপত্র নংঃ

নাম..... বর্তমান বয়স..... পরিকল্পনং..... মেয়াদ.....

১। বীমা গ্রহনকালে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রথম ঘোষণার পর আপনি কি কোন রোগে আক্রান্ত বা আহত হয়েছিলেন ? হয়ে থাকলেতারিখ এবং স্থিতিকালসহ পূর্ণ বিবরণ দিন।	
২। প্রথম শারীরিক সুস্থিতার ঘোষণার পর আপনার পরিবারে (মাতা, পিতা, ভাই, বোন) কারো মৃত্যু হয়ে থাকলে মৃত্যুর তারিখ, কারণ, মৃত্যুকালীন বয়স এবং অসুস্থিতার স্থিতিকালের পূর্ণ বিবরণ দিন।	
৩। জীবন বীমার জন্য আপনি কি কখনও অন্য কোনো বীমা প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রস্তাব পেশ করেছিলেন, যা প্রস্তাবিত পরিকল্পনানুযায়ী বা সাধারণ হাবে গৃহীত হয়নি ?	
৪। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন ?	
মহিলাদের জন্য প্রযোজ্যঃ	
৫। আপনি কি এখন সন্তান সঞ্চাবা ?	
৬। আপনার সন্তান প্রসব সব সময় স্বাভাবিক হয়েছে কি ?	
৭। শেষ সন্তানের জন্ম তারিখঃ	
৮। সর্বশেষ মাসিকের তারিখঃ	

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী জীবন বীমার প্রস্তাবক/ গ্রাহক এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে :

১। এখনে এবং / অথবা পূর্ববর্তী ঘোষণায় বর্ণিত আমার সকল বিবৃতি সত্য এবং আমি এমন কোন তথ্য গোপন করিনি বাদ দিইনি যার ফলে এই প্রস্তাবপত্রে/বীমাপত্রে বর্ণিত ঝুঁকির তারতম্য ঘটতে পারে।

২। উপরে বর্ণিত ঘটনাদি ছাড়া, আমার প্রথম ঘোষণার পর থেকে আজ পর্যন্ত আমি কোন রোগে আক্রান্ত হইনি অথবা আঘাতপ্রাণ হইনি এবং আমার নিজস্ব ও পারিবারিক ইতিহাসেও কোনো পরিবর্তন হয়নি।

আমি এই মর্মে সম্মত হচ্ছি যে :

১। এই প্রস্তাব/জীবন বীমার পরিপ্রেক্ষিতে আমার বর্তমান এবং পূর্ববর্তী অথবা পরবর্তী ঘোষণাসমূহ ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড এবং আমার মধ্যে উভয় বীমানুভিতির ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে।

২। আমার যে কোন ঘোষণার মধ্যে যদি কোনো মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে কোম্পানী আইন অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।

৩। কোম্পানী কর্তৃক সাময়িকভাবে গৃহীত আমার প্রদত্ত অঙ্গীম কোন টাকা যদি কোনো কারণে ওয়াশিল না হয় তাহলে তা শুধু জমা হিসাবে গণ্য হবে এবং কোম্পানীর উপর এ বীমা সম্পর্কিত কোনো দায়িত্ব বর্তাবে না। উচ্চ টাকা কোম্পানীর খাতায় ওয়াশিল করা হলে এবং কেবলমাত্র কোম্পানী কর্তৃক সীলমোহরকৃত পাকা রসিদ প্রদান করা হলেই কোম্পানী চুক্তির দিধান অনুযায়ী দায়-দায়িত্ব গ্রহণ করবে। আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, যে কোনো হাসপাতাল, চিকিৎসক, সার্জন অথবা যে কোনো ব্যক্তি যিনি আমার অসুস্থিতার সময় চিকিৎসা বা দেখাশুনা করেছেন বা ভবিষ্যতে করবেন, তিনি আমার শারীরিক ইতিহাস এবং রোগের পূর্ণ বিবরণ ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড কে জানাতে পারবে।

সাক্ষীর স্বাক্ষরঃ.....	প্রস্তাবক/বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষরঃ.....
সাক্ষীর নামঃ.....	তারিখঃ
.....	পূর্ণ ঠিকানাঃ.....
.....



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



ডাতারী পরীক্ষাবিহীন জীবনবীমার জন্য প্রস্তাবকের অতিরিক্ত বিবৃতি

১. প্রস্তাবকের নামঃ

২. আপনার বর্তমান চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানাঃ

৩.১ বিশদ জীবন ধারা/Life Style Details:

ক) আপনার পেশা কি অতিরিক্ত বিপদজনক অথবা আপনার কি কোন বুকিপূর্ণ শখ বা কার্যক্রমে জড়িত আছেন? /Is your occupation associated with any specific hazard or do you take part in any hazardous job?

হ্যাঁ/Yes না/No

খ) আপনি কি কোন পেশাদার কৌড়া অনুশীলন করেন?/Do you practice any professional sports?

হ্যাঁ/Yes না/No

৩.২. স্বাস্থ্য সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী/Health Questionnaire

ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? / Are you in good health now?

হ্যাঁ/Yes না/No

খ) গত ১ বছরের মধ্যে আপনার ওজনের তারতম্য হয়েছে কি?/ During last one year, did your weight change significantly?

হ্যাঁ/Yes না/No

গ) আপনার কি কখনও অসুস্থতা, অঙ্গেপচার অথবা আহত হওয়ার দরুণ ডাক্তারের পরামর্শের প্রয়োজন হয়েছে?/ Have you ever consulted a physician for illness or injury or operation?

হ্যাঁ/Yes না/No

ঘ) আপনি কি কখনও স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় (যেমন-এক্র-রে, কার্ডিওগ্রাম, রক্ত, প্রেসার পরীক্ষা ইত্যাদি) বা শল্য চিকিৎসানুসন্ধান করেছেন?/ Have you ever undergone medical checkup or investigation (X-ray, ECG, Blood pressure recording etc.) for any reason?

হ্যাঁ/Yes না/No

ঙ) কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হয়েছেন কি?/ Have you ever suffered or currently suffering from any diseases of the following?

হ্যাঁ/Yes না/No

১) মৃগী, মৃষ্টা, মানসিক, বা স্নায়বিক রোগ বা ঘন ঘন মাথা ধরা/ Epilepsy, fits, frequent headaches, giddiness neurological / mental disorder.

হ্যাঁ/Yes না/No

২) রক্ত-ব্যন্ম, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষা, প্লুরেসী, নিউমোনিয়া ও শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।/ Blood spiting, persistent cough, Bronchitis, tuberculosis, pleurisy, pneumonia, or disorder of respiratory system.

হ্যাঁ/Yes না/No

৩) অব্যাভাবিক রক্তের চাপ, হৃদরোগ (কোন পোড়া বা ব্যথা), বাতভ্রান্তি, রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।/ Hypertension, palpitation, any disease of heart , rheumatic fever, or blood vessel.

হ্যাঁ/Yes না/No

৪) এ্যাপেন্ডিসাইটিস, পুরাতন বা রক্ত আমাশয়, আলসার, অর্শ, হার্মিয়া, জডিস, পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন রোগ।/ Appendicitis, ulcer, Hernia, dysentery, piles, fistula, any disorder of gastrointestinal tract, liver or spleen.

হ্যাঁ/Yes না/No

৫) মূরাশয়ে পাথর, মৌন-রোগ, প্রাণ্বে শর্করা বা ডায়াবেটিস, এইডস, এল্বুমিন বা পুঁজের উপস্থিতি বা মূরাশয়ের অন্য কোন রোগ।/ Renal stone, disorders of kidney, bladder, urinary tract, AIDS, Syphilis, Gonorrhea, Diabetes, presence of Sugar, Albumin or Pus in urine.

হ্যাঁ/Yes না/No

৬) জন্মগত কোন বৈকল্য বা অব্যাভাবিক রোগ।/ Any congenital disorder/disease?

হ্যাঁ/Yes না/No

৭) ক্যাসার, টিউমার, মেরুদণ্ড, অস্থি ও অস্থিসন্ধি, রক্ত, চর্চ, চোখ, নাক, কান ও গলার কোন রোগ।/ Cancer, Tumors, disorders of bones, joints and spine.

হ্যাঁ/Yes না/No

৮) আপনার কি কখনো ভাইরাস জনিত কোন রোগ যেমন, হেপাটাইটিস বি বা সি, এইচআইভি বা করোনা পজেটিভ এসেছে? Have you ever been tested positive for viral diseases like Hepatitis B / C , HIV or Corona?

হ্যাঁ/Yes না/No

৯) আপনি বিগত ৫ বছরে উপরে বর্ণিত কারনগুলি ছাড়া অন্য কোন কারনে ডাক্তারের পরামর্শ নিয়েছেন কি?/ Within the last 5 years have you consulted a physician for any disease not mentioned above?

হ্যাঁ/Yes না/No

জ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুল কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন-মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, হাঁপানী, কাশি, যক্ষা, কুষ্ঠ, পাগলামী ইত্যাদি আছে কি? / Is there any hereditary disease in you and your family such as Insanity, Epilepsy, Rheumatism, Diabetes, Asthma, Hypertension, Tuberculosis, Cancer, Leprosy either on the paternal or maternal side?

হ্যাঁ/Yes না/No

ঝ) আপনি কি কোন সংক্রান্ত রোগীর সাথে বাস করছেন বা গত ৫ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন?/ Within the last 5 years have you lived or currently are you living with contagious patient?

হ্যাঁ/Yes না/No

ঝঃ) আপনি কি কোন প্রকারের মাদক ও নেশা দ্রব্যে অভ্যন্ত?/ Are you addicted to any drug, alcohol etc.?

হ্যাঁ/Yes না/No

ট) আপনি কি ধূমপান করেন? হ্যাঁ হলে, প্রতিদিনের গড় সংখ্যা কত?...../

হ্যাঁ/Yes না/No

ঠ) আপনার কি বর্তমানে অন্য কোন রোগ রয়েছে যা এখানে উল্লেখ করা হয়নি? Do you currently have any other diseases non quoted here-above?

হ্যাঁ/Yes না/No

ড) আপনার বর্তমান উচ্চতা/Height

ফুট/Ft__ ইঞ্চিং/ Inch

ঢ) আপনার বর্তমান ওজন/Weight

পাউণ্ড/Ib__ কেজি/Kg__

ণ) সন্তোষকরণের বিশেষ কোন চিহ্ন উল্লেখ করুন



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



৩.৩ শুধুমাত্র মহিলাদের জন্য/For female life only		
ক) আপনি কি এখন সন্তান-সন্তান?/ Are you pregnant at present?		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ/Yes <input type="checkbox"/> না/No
খ) সন্তান প্রসর সব সময় আভাবিক হয়েছে কি? (না হলে বিস্তারিত)/ Were there any difficulty or abnormality during child birth? (if yes give details)		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ/Yes <input type="checkbox"/> না/No
গ) সন্তান সংখ্যা? How many children you have?		
ঘ) শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ/ Date of birth of last child		
ঙ) সর্বশেষ মাসিকের তারিখ / Last date of ministration		
চ) আপনি কখনো কোন প্রকার ঝীরোগে আক্রান্ত হয়েছেন কিনা?/ Have you ever suffered from any disease of gynecology? (if yes give details)		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ/Yes <input type="checkbox"/> না/No
উপরোক্ত প্রশ্নের যেকোনো 'হ্যাঁ' উত্তরের জন্য এখানে সংক্ষেপে প্রশ্ন নং উল্লেখ করে লিখুন/For any 'YES' answer of the above questions, write briefly here with mentioning the Question No		

৮.০০ পারিবারিক ইতিহাস (Family History)

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত		
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
পিতা						
মাতা						
ভাই						
বোন						
জ্ঞানী/স্বামী						
ছেলে						
মেরে						

ঘোষণা/Declaration

আমি প্রস্তাবিত জীবনবীমা গ্রাহক সম্পূর্ণ সুস্থ চিন্তে ও মাস্তিষ্কে এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত সকল তথ্য আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি এবং উল্লেখিত বিবৃতিতে কোন সত্য গোপন করিন। আমি এই ঘোষণার মাধ্যমে উল্লেখিত সমুদয় তথ্য আমার সাথে কোম্পানীর প্রস্তাবিত জীবনবীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেমে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে তা করবার এবং প্রত্যেক চিকিৎসক, হাসপাতাল বা কোন ওয়াকিবহাল ব্যক্তি ও প্রতিষ্ঠান যারা আমার সম্পর্কে জ্ঞাত আছেন, তাঁদেরকে আমার সম্পর্কে বীমার সাথে সম্পর্কিত যে কোন তথ্য প্রকাশের অনুমতি দিলাম। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, পরবর্তীতে উল্লেখিত তথ্যাবলীতে কোন তথ্য অসত্য বা প্রত্যারণামূলক বলে প্রমাণিত হলে, বীমাচুক্তি বাতিল এবং প্রদত্ত প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করা সহ কোম্পানীর যে কোন সিদ্ধান্ত মেমে নিতে বাধ্য থাকব।

বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর ও তারিখ / (Signature of proposer)

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ

অপ্রাপ্তবয়স্ক হলে অভিভাবকের স্বাক্ষর ও তারিখ / Signature of guardian for minor proposer



The logo for Delta Life Insurance Company, featuring the company name in a bold, green, sans-serif font with a registered trademark symbol, and the word "Insured" in a smaller, green, sans-serif font below it.

ডেল্টা লাইফ ইনসিগ্নেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২



আবেদন পত্র/Application Form

ব্যাবস্থাপক

যমুনা ব্যাংক লিঃ

ଶାଖା

বীমাপত্র নং:						
ব্যাংক হিসাব নং:						

প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা/জীবন বীমা গ্রাহক -এর প্রচলিত স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর

বীমা অফিস কর্তৃক ব্যবহারের জন্য



ব্যাংক হতে প্রিমিয়াম প্রদানের অনুমতি প্রদান পত্র
Auto debit Instruction from Bank A/C

তারিখঃ

বীমাপত্র/প্রস্তাবপত্র নং (Policy /Proposer Number):.....

নাম/(Name):.....

The Branch Manager/Incharge

..... Branch

Subject: Application for debit my account with your bank for Insurance Premium.

Please issue following Insurance Policy

Basic Plan	<input type="checkbox"/>	Rider	<input type="checkbox"/>
Additional Premium	<input type="checkbox"/>	Others	<input type="checkbox"/>

In favor of(self)

or.....

Who is/are my.....in relation .

Please arrange to debit Tk..... (Taka In word).....
..... only) from my /our A/C 

A/C Title:..... Phone:.....

Address:.....

I would like to have my above account automatically debited for payment of my policy as mentione above.

.....
Signature of Account holder

Bank Use Only

Branch/Sales Center Recommendation :

Signature & seal of BM/CSM/OM/Incharge

Transaction Number:..... Batch Number:..... Date:.....

.....
Maker

.....
Checker



Delta Life
Insurance Company
LIMITED

ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



JUVENILE QUESTIONNAIRE PERSONAL DETAILS of Life Assured

Name of the child in full: _____

বীমাগ্রাহক/বীমাগ্রাহিতার পুর্ণনাম বাংলায়: _____

Gender: Male Female Date of Birth: _____

Height of the Child (in Centimeter's) _____ Weight Of the Child (in Kilograms) _____

Immunization Status (as per National immunization Program – Bangladesh)			
(To be provided for juveniles less than 5 years)			
Age	Vaccine	Dose	Please tick (✓)
0 months (At birth) – 4 weeks	BCG, Pentavalent, PCV OPV	0 dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 2 nd Month	DPT, OPV, Hib & HBV	1 st dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 4 th Month	DPT, OPV, Hib & HBV	2 nd dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 6 th Month	DPT, OPV, Hib & HBV	3 rd dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 9 th Month	Measles	1 st dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 18 th Month	DTP & OPV	4 th dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 36 th Month	Measles and Rubella (MR)	One dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 5 years	OPV & DT	5 th Dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 13 years	ATd (Adult Tetanus and Diphtheria)	One dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
On completion of 14 years	Rubella	One dose	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Education Status	
State which class the child is studying	
State the Name and Address of the School	
Is the attendance less than 90 % : Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
If yes. please give the reason for attendance less than 90%	

Child's Family Record:

	Living		Deceased		
	Age	Health	Age at Death	Year of Death	Cause of Death
Father					
Mother					
Brothers					
Sisters					

Family Insurance Details in BDT :

Family Member	Age	Total Life Insurance (BDT)
Father		
Mother		
Brothers		
Sisters		



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



Please tick the appropriate box for each question. If any of the answers is “YES”. please give the details in the space provided at the end of the table and attach all the reports available:

Health history (If any of the answers are “yes” please provide details in the box below)		
Is the child having any congenital abnormalities?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Is the child affected by polio / or any Physical deformity?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Has the child been hospitalized in the last 2 years?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Is the child currently on any treatment?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Does the child have any learning difficulties?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Has anyone in the family had any disease in the past three months? If so please give details	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Has the child ever had any accident or operation or is any operation been suggested by the doctor	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Has the child undergone or had been suggested by the doctor to undergo X-ray, Urine test, CT Scan or any other investigations?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Has the child's weight reduced in the past two years?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

In case of female :

1. Is she pregnant at present? Yes No
 2. Mention her last date of menstruation
 3. Has she ever suffered from any diseases of the breast or the ovary or the uterus? Yes No

Has the child ever suffered or is suffering from any of the following:

Diseases or disorders of the heart, arteries or veins?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asthma or any other diseases or disorders of the respiratory system?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diseases or disorders of the stomach, intestines, liver and gall bladder?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diseases or disorders of the kidney, bladder or genital organs?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Paralysis, coma, fits or any other diseases or disorders of the nervous system?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diseases or disorders of the eyes, ears, nose or throat?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diseases or disorders of the skin, muscles, bones or joints?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Any tumor or cancer?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

18. Give the name, address and mobile number of regular family Pediatrician / Doctor (if any).....

Declaration :

I, the proposer of the life to be insured/payor of premium hereby declare that all the information stated above about the proposed child life to be insured is true and correct to the best of my knowledge and no material fact, which may be relevant has been withheld or not disclosed. At present he/she is healthy. I also declare that I hereby give my consent to Delta life Insurance Company Ltd. to consider the aforesaid information for purpose of insurance with them. I further agree and confirm that in case of any of the information is found false or incorrect during the verification at a later date, the company shall have the right to cancel the policy and paid premium amount shall be forfeited.

Proposer (Father/Mother/Guardian) Signature:

Signature of the witness:

Name:

Name:

Place:

Date



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



AVIATION QUESTIONNIRE

Addendum to proposal Date:.....On the life of

Schedule of Flying time

	Hours flown as Pilot, Co-Pilot, Student Pilot, Crew member			Hours flown as passenger	
	Total To date	Last 12 months	Estimate next 12 months	Last 12 months	Estimate next 12 months
1.Commerical Flying					
1.1 Scheduled airlines:					
1.2 Non Scheduled airlines , air-taxi, charter flight (passenger/freight)					
1.3 Company-Owned aircraft					
1.4 Other Flying ,see below					

Underline appropriate category: sightseeing, rescue work, crop dusting , spraying, seed sewing, fish and game control, forestry control, fire fighting, inspection, pipe line, telephone-line, control, instruction, power, mapping, photography, racing, acrobatics, testing (new and prototype). State type of aircraft flown.

2. Non- Commercial Flying:

2.1 Privately owned aircraft (Pleasure or private transport)					
2.2 Other non-commercial flying, see below					

3.Military aviation

3.1 Fighter					
3.2 Bomber					
3.3. Transporter					
3.4 helicopter					

4. If you have overflowed as a pilot state:

4.1. what type of license you hold (student pilotes, private pilot's any types of commercial license).

4.2 Date of issue and date of last renewal:

4.3. name of employer, if any:

It is hereby declared that the particulars given above are true and complete and together with the life assurance Proposal date:..... shall be the basis of the contract of assurance.

Date:.....

Signature.....



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



পেশা সংক্রান্ত প্রশ্নমালা

নাম..... প্রস্তাবপত্র নং

১। আপনার পেশাগত কর্তব্য সম্পাদনে আপনি কি ধরনের কাজ করেন ?

(কাজের পূর্ণ বিবরণ দিন)

২। যদি আপনি নিম্ন বর্ণিত কাজের সাথে জড়িত থাকেন

তবে বর্ণনা দিন। (প্রযোজ্য হ্যাঁ/না ঘরে (টিক) চিহ্ন দিন)

উত্তর হ্যাঁ সূচক হলে নিম্ন বিশদ বিবরণ দিন।

(ক) ভারী বন্ধন নাড়াচাড়া বা উত্তোলন করেন কি ?	[হ্যাঁ] [না]
(খ) মাটির নিচে কিংবা উচ্চস্থানে কাজ করেন কি ?	[হ্যাঁ] [না]
অথবা খুঁটি বেয়ে উপরে উঠে কাজ করেন কি ?	
(গ) রাসায়নিক দ্রব্য, এসিড কিংবা গ্যাস দিয়ে কাজ করেন কি ?	[হ্যাঁ] [না]
(ঘ) কোন যত্নপাতি চালনা করেন কি ?	[হ্যাঁ] [না]
(ঙ) প্রায়শই ভ্রমন করেন কি ?	[হ্যাঁ] [না]
(চ) আপনি নির্দিষ্ট শিফটে কাজ করেন, না পরিবর্তন হয় ?	[হ্যাঁ] [না]
(ছ) আপনি বৈদ্যুতিক তার স্বহস্তে নাড়াচাড়া করেন ?	[হ্যাঁ] [না]
(জ) আপনি সর্বোচ্চ কত ভোল্টেজে কাজ করেন ? ভোল্টেজ উল্লেখ করুন.....	[হ্যাঁ] [না]
(ঝ) আপনি কি পেশাগত ড্রাইভার হিসাবে নিম্ন বর্ণিত যানসমূহ চালিয়ে থাকেন ?	[হ্যাঁ] [না]
(১) ট্রাক	[হ্যাঁ] [না]
(২) বাস	[হ্যাঁ] [না]
(৩) মালবাহী ভ্যান	[হ্যাঁ] [না]
(৪) সিএনজি চালিত অটো রিক্সা	[হ্যাঁ] [না]
৩। আপনি যে কাজ করেন, তার ফলে আপনার স্বাস্থ্য হানি ঘটেছে কি বা ঘটার সম্ভাবনা আছে কি ?	[হ্যাঁ] [না]
৪। কর্তব্যরত অবস্থায় আপনি কোন দৃঢ়টনায় পতিত হয়েছিলেন কি ?	[হ্যাঁ] [না]
(যদি হয়ে থাকেন তারিখ ও সন সহ বিবরণ দিন)	
৫। গত দুই বৎসরে আপনার কাজ-কর্মের কোন পরিবর্তন হয়েছে কি ?	[হ্যাঁ] [না]
৬। আপনি মনে করেন কি আগামী ১২ মাসের মধ্যে আপনার কাজের পরিবর্তন হতে পারে ?	[হ্যাঁ] [না]

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত তথ্যসমূহ আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সম্পূর্ণ সত্য এবং আমি আরও স্বীকার করছি যে, ইতিপূর্বে
আমার স্বাক্ষরিত জীবন বীমার প্রস্তাবপত্রে/ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্টে প্রদত্ত আমার বিবৃতিতে/ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রস্তাবকের
অতিরিক্ত বিবৃতিতে প্রদত্ত আমার ঘোষণাসমূহের সঙ্গে আমার এই ঘোষণা সংযুক্ত ও সমন্বিত হয়ে ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানির সাথে আমার
চুক্তির ভিত্তিতে গণ্য হবে।

সাক্ষীর স্বাক্ষর (তারিখ সহ).....

প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

নাম :

তারিখ :

ঠিকানা :

ঠিকানা :

.....

.....

.....

.....



Financial Questionnaire

Proposal Number: _____ Name of life assured: _____

Purpose of Insurance:

Protection for dependents Protection for Mortgage Loan For Education Fund
 Personal Financial Planning

1. Documents verified for life assured for above proposal number:

Income tax return	Salary slips	Audited profit and loss accounts
Audited balance sheet	Bank statements	C.A. Valuation report
Asset Ownership Papers	Any other documents(Specify below)	

Specify the list of other documents verified: _____

2. Source of income (For latest 3 Assessment years):

Heads of Income (Currency-BDT)	Assessment Year		
	20__-20__	20__-20__	20__-20__
Salary			
Rent (Housing/Commercial Property)			
Business, Trade, Vocation or Profession			
Dividends/Capital gains (Short or long term)			
Interest			
Commission income, annuities, royalties etc			
Other sources			
Gross Total Income=			
Agricultural income			
Income claimed to be exempt from income tax (please specify the source of income)			

3. Details as per latest 3 years' audited profit and loss account:

Name of Company: _____

Share holding or profit sharing percentage for life assured: _____

Name of Auditor: _____ CA Membership no: _____

Particulars	Balances for the year ending 31 st March		
	20____	20____	20____
Net Sales			
Gross Profit			
Depreciation			
Net profit before tax			

5. Details as per latest 3 years' Audited Balance Sheet:

Particulars	Balances for the year ending 31 st March		
	20____	20____	20____
Net Sales			
Gross Profit			
Depreciation			
Net profit before tax			



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



6. Details of various investments made by the customer:

Type of Investments	Frequency of Investments	Lock-in Period	Amount (BDT)
Mutual Funds			
Shares, Debentures, etc			
Fixed deposit/ Sanchapatra / Deposit Pension Scheme (DPS)			
Government bond/ corporate bond any other savings			

7. Please justify the premium paying capacity of the customer for the entire policy term:

Declaration by the life to be insured and proposer:

I/we here by declared that all the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge and no mater information , which may be relevant has been withheld or not disclosed. I/we also declared that here by give my consent to Delta life insurance Company limited to consider the aforesaid information for purpose of insurance with them. I further agreed and confirm that in case any of the above information is found false or incorrect during the verification at a later date, the company shall have the right to cancel the policy and premium amount paid shall be forfeited.

Signature of the life to be insured

Name: _____

Date: _____

Signature of proposer

Name: _____

Date: _____

Signature of the branch Manager

Name: _____

Date: _____

Signature of the witness

Name: _____

Date: _____



ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২।



Insurance Enrollment Form

For Delta life insurance coverage of All loan customer of Jamuna Bank PLC

Date:

Customer ID:.....

Loan Account Number:.....

Borrower/Applicant Details

Name of Borrower:			
Date of Birth:		Gender:	NID No:
Professional Address:			
Email ID:			Contact No:

Loan Details

Loan Product Name:		
Loan Amount:	Loan Tenure:	Date of Loan disbursement:

Insurance Details

Sum Assured/Insurable Amount:	Date of Commencement:
-------------------------------	-----------------------

Note: i) Maximum insurance benefit on any one life shall not exceed tk 50,00,000.00 (fifty lac) respective of the number of loan account held by a single borrower.
 ii) Amount of payable is sum assured shall be the loan amount.
 iii) Insurance coverage shall be offered to first applicant only in case there are more than one individual for a single loan.

Debit Instruction

I/we the undersigned hereby instruct the Jamuna Bank PLC to debit Tk...../- only from my/our account no:.....at Jamuna Bank PLC , toward payment of insurance premium to Delta Life Insurance Company ltd for this loan.

.....
Borrower Signature with Date

Health Questionnaire

a) Currently, are you in good health?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b) Within the last three years, did you consult a physician or were confined to hospital for illness/injury ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c) At any time in the past, did you suffer from or currently, are you suffering from tuberculosis, diabetes, asthma, rheumatic fever, heart-disease, hypertension, liver or lung disorder, blood disorder, neurological disorder, epilepsy, kidney-disease, cancer, mental illness, hernia, permanent disability, AIDS or HIV disease or any other disease or recurring nature or any chronic illness?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
d) For females: are you pregnant now or had you any complication during previous pregnancy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
e) In your family (Paternal or Maternal side) is there any hereditary, familial disorder like asthma, diabetes, mental disorder, bleeding disorders etc?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If answer to any of the question above (except "a") is "YES" please give details here:	

Nomination of Beneficiary

I assign the Jamuna Bank PLC as the irrevocable beneficiary of the full(100%) benefit amount for being my loan sanctioning authority.



Summary of Insurance Coverage

Delta life insurance company limited agrees to offer insurance coverage to the insured Loan borrower of Jamuna Bank PLC under a Bancassurance Life insurance contract signed between the Jamuna Bank PLC and Delta Life Insurance Company Limited. The insurance is optional for the borrowers and a summary of payable insurance benefit under the policy is as follows:

Insurance Benefit:

Coverage Risk :

Death(Natural & Accidental Death) & Permanent & Total Disability (PTD) of the insured loan borrower due to any reason (except those mentioned under exclusions) during the period of insurance coverage .

Amount of Payable Benefit:

A) Death: (Natural/Accidental Only) :

The scheme shall cover the risk of death of an insured “Loan Borrower” whether natural /accidental occurring anywhere in the world due to any reason except those mentioned under “Exclusions from Insurance Coverage” for an amount as mentioned under summary of benefits, i.e. the said amount shall be payable on happening of the above risk.

B) Permanent & Total Disability (PTD):

In case of permanent and total disability resulting from bodily injury caused directly by an accident within 90 days of incident which prevents the insured employee from engaging in any business, occupation or work whatsoever for remuneration or profit and which disability has continued uninterruptedly for a period of at least 06 (six) months and has been certified to be incurable by a physician approved by the company, then subject to provisions of this contract, the company shall pay an amount equal to GT Sum Assured of an employee stated in the schedule and the insurance for the said employee shall be determined.

Nominated Beneficiary :

The Jamuna Bank PLC shall be the assigned irrevocable beneficiary of the full (100%) benefit amount by virtue of being loan sanctioning authority.

Mode of Claim Settlement:

The company shall settle claim on receipt of requisite documents, through A/C payee cheque in favor of Jamuna Bank PLC .

Other Terms and Condition of Insurance Coverage:

- Insurance coverage of an eligible accountholder shall commence from the date of loan disbursement.
- Insurance coverage of an insured shall be terminated on reaching the age of 64 years or closure of the account due to any reason.
- Non disclosure of material facts that affect risk assessment by insurance company would invalidate insurance protection and claim.

Exclusion Form Insurance Coverage:

Insurance benefit under the contract shall not be payable in case of death due to following reasons and circumstances:

- AIDS and HIV related disease.
- Suicide or intentionally self-inflicted injury , while sane or insane.
- Military or naval service in time of declared or undeclared war or while under orders for war like operations,
- making an arrest as an officer of the law or restoration of public order,
- Assault while committing a felony or while participation in brawl,
- Racking on wheel,
- Service, travel or flight in or descent from any kind of aircraft, except as a passenger in an aircraft operated by a commercial airlines on a scheduled flight over an established passenger route.

Declaration

I here by declare that the statements made by me in this Enrollment Form are true and complete to the best of my knowledge & belief and I did not conceal any Material Fact* which may affect the insurance. This declaration and statement made by me shall be the basis of my insurance. I also understand made or particulars furnished in this form, if found incorrect or untrue or there is non-disclosure of material fact, then the insurance shall stand void and the premiums paid shall be forfeited by Delta Life Insurance Company limited. I have read ., understood and agree with the terms and conditions of the above mentioned summary of insurance coverage . I also agree with all the terms conditions of the insurance contract signed between Delta Life Insurance Company limited & Jamuna Bank PLC.

.....
Signature of the Loan Borrower

.....
Signature & Seal of (Jamuna Bank PLC official)