



জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র ও গ্রাহক পরিচিতি ফর্ম
Proposal for Life Insurance & KYC

প্রস্তাবকের পূর্ণ নাম : _____
প্রস্তাবপত্র নং : _____
বীমাপত্র নং : _____
বিপণন কর্মকর্তা : _____
যমুনা ব্যাংক পিএলসি : _____ শাখা



Delta Life Insurance Company Ltd.

(Delta Life : Prosperous Life)

যমুনা ব্যাংক পিএলসি, ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর কর্পোরেট বীমা প্রতিনিধি

প্রয়োজনীয় নথী-পত্র তালিকা সমূহ

১	জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র ও কেওয়াইসি ফর্ম Proposal for life insurance & KYC form
২	বীমা প্রস্তাবকারীর পরিচয়পত্র (বয়স প্রমাণ) National ID/ Birth Certificate/Passport Copy of the Proposer (For Age proof)
৩	পাসপোর্ট প্রদান এর ক্ষেত্রে আগমনের কপি Arrival Copy in Case of Passport
৪	বীমা প্রস্তাবকারীর সাম্প্রতিক তোলা ছবি Recent Photo of the Proposer
৫	মনোনীত ব্যক্তির ছবি এবং পরিচয়পত্র (বয়স প্রমাণ) Photo & National ID/ Birth Certificate/Passport of the Nominee (Age proof)
৬	আয়ের উৎসের প্রমাণ Proof of Income
৭	আয় বিবরণী এবং ব্যাংক স্টেটমেন্ট Income Statement and Bank Statement Copy
৮	অপ্রাপ্ত বয়স্ক প্রস্তাবক এর জন্য স্কুলের আইডি কার্ড ও ছবি School ID Card & Photo for Minor Proposer
৯	অপ্রাপ্ত বয়স্ক মনোনীত ব্যক্তির জন্য নিযুক্ত অভিভাবকের ছবি Photo of the Appointed Guardian for Minor Nominee
১০	আয়কর জমার প্রমাণ Proof of Tax Payment
১১	পূর্ণ ডাক্তারি পরীক্ষার রিপোর্ট Full Medical Report(FMR)
১২	প্যাথলজিক্যাল রিপোর্ট/অন্যান্য Pathological Reports
১৩	প্রিমিয়াম জমার রশিদ Proof of Premium Deposit Slip
১৪	স্বাস্থ্য পরীক্ষার সকল বিলের রশিদ Original Money Receipt of all Medical Test
১৫	ব্যাংক ম্যানেজার এর সুপারিশ রিপোর্ট Bank Branch Manager Recommendation Report
১৬	অন্যান্য Others

৩১. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য/ Nominee's Information

মনোনীতকের নাম, পিতার নাম ও মাতার নাম ও জাতীয় পরিচয়পত্র/পাসপোর্ট/জন্ম নিবন্ধন নম্বর Nominee's Name , Father's Name, Mother's Name & NID/Passport/Birth Certificate No.		সম্পর্ক Relation	জন্মতারিখ/ DOB	অংশ/ %
Name:	Father's Name:			
Mother's Name:	NID:			
Cell:				
Name:	Father's Name:			
Mother's Name:	NID:			
Cell:				
মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম				

মনোনীতকের সদ্য তোলা
এক কপি পাসপোর্ট
সাইজের রঙিন ছবি

 Affix a Recent Color
Passport Size Photo

বিঃ দ্রঃ মনোনীতক একাধিক হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে(প্রয়োজনে অতিরিক্ত কাগজ ব্যবহার করা যাবে)।

৩২. এই কোম্পানীতে আপনার আর কোন জীবন বীমা থাকলে উল্লেখ করুন (Mention if you have any other Policy in this Company) :

পলিসি নম্বর/Policy No.:..... বীমা অংক/Sum Assured :.....

৩৩. আপনার জীবনের উপর কোন বীমা প্রস্তাবপত্র কোন কোম্পানী/কর্পোরেশন (Is there any life Insurance proposal in any company or corporation on your life)

ক) এর বিবেচনায়ীন রয়েছে কি (Under Consideration) ? Y ☐/N ☐

খ) কর্তৃক কখনও অগ্রাহ্য বা স্থগিত বা বিশেষ শর্ত আরোপ সাপেক্ষে গৃহিত হয়েছে কি (Has ever declined/ postponed/taken with loading)?

Y ☐/N ☐ যদি প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হয় বর্ণনা দিন (If yes describe below) :

প্রতিষ্ঠানের নাম	পলিসি নং	পরিকল্পের নাম	ইস্যুর তারিখ	বীমা অংক	বার্ষিক প্রিমিয়াম	চালু/তামাদি

৩৪. ক) আপনার কোন রকম বিপদজনক পেশা বা সশস্ত্র বাহিনীতে যোগদানের সম্ভাবনা আছে কি? (Do you have any probability to join any

dangerous/hazardous occupation or defense force) Y ☐/N ☐

খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য আছে কি (Is there any information which may occur adverse situation on your life)? Y ☐/N ☐

যদি প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হয় বর্ণনা দিন (If yes please describe below)

৩৫. মহিলা প্রস্তাবকের জন্য (For Female Proposer) :

ক. স্বামীর নাম/Husband's Name :..... মাসিক আয়/Monthly Income :.....

আয়ের উৎস/ Source of Income :..... কর্মস্থল/Workplace :.....

সংশ্লিষ্ট ব্যাংকে স্বামীর একাউন্ট নং/Husband's A/C no. in the Related Bank :.....

খ. এই কোম্পানীতে স্বামীর জীবন বীমা পলিসি নম্বর/Husband's Policy No :..... বীমা অংক/Sum Assured :.....

৩৬. অপ্রাপ্তবয়স্ক প্রস্তাবকের জন্য (For Minor Proposer) :

ক. অধ্যয়নরত শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানের নাম/Name of the Educational Institute :..... শ্রেণী/Class :.....

খ. এই কোম্পানীতে পিতার জীবন বীমা পলিসি নম্বর/Father's Policy No :..... বীমা অংক/Sum Assured) :.....

গ. এই কোম্পানীতে মাতার জীবন বীমা পলিসি নম্বর/Mother's Policy No :..... বীমা অংক/Sum Assured :.....

ঘ. এই কোম্পানীতে অন্য ভাই/বোনের জীবন বীমা পলিসি নম্বর/ Sibling's Policy No :..... বীমা অংক/Sum Assured :.....

ঙ. সংশ্লিষ্ট ব্যাংকে পিতা/মাতার একাউন্ট নং/Father/ Mother's A/C no. in the Related Bank) :.....

৩৭. প্রিমিয়াম পরিমাণঃ মূল বীমা/ Basic Plan:..... টাকা, অতিরিক্ত প্রিমিয়াম/Additional Premium:..... টাকা,

সহযোগী বীমা/Rider:..... টাকা, মোট প্রিমিয়াম/Total Premium :..... টাকা,

কথায়/In ward :..... টাকা।

.....
(Signature of proposer, Place, Date)

.....
(Signature of guardian for minor proposer)

ডাক্তারি পরীক্ষাবিহীন জীবনবীমার জন্য প্রস্তাবকের অতিরিক্ত বিবৃতি

১. প্রস্তাবকের নাম :.....

২. আপনার বর্তমান চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা :.....

- ৩) ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? হ্যাঁ ☐ না ☐ চ) জন্মগত কোন বৈকল্য বা অস্বাভাবিক রোগ। হ্যাঁ ☐ না ☐
খ) গত ১ বছরের মধ্যে আপনার ওজনের তারতম্য হয়েছে কি? হ্যাঁ ☐ না ☐ ছ) ক্যান্সার, টিউমার, মেরুদণ্ড, অস্থি ও অস্থিসন্ধি, রক্ত, চর্ম, চোখ, নাক, কান ও গলার কোন রোগ। হ্যাঁ ☐ না ☐
- ৪) ক) আপনার কি কখনও অসুস্থতা, অস্বোপচার অথবা আহত হওয়ার দরুন ডাক্তারের পরামর্শে প্রয়োজন হয়েছে? হ্যাঁ ☐ না ☐ ৬) আপনি কি কখনো করোনা ভাইরাস এ আক্রান্ত হয়েছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐
খ) আপনি কি কখনও স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় (যেমন-এক্স-রে, কার্ডিওগ্রাম, রক্ত, প্রেসার পরীক্ষা ইত্যাদি) বা শল্য চিকিৎসানুসন্ধান করেছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐ ৭) আপনি বিগত ৫ বছরে উপরে বর্ণিত কারনগুলি ছাড়া অন্য কোন কারনে ডাক্তারের পরামর্শ নিয়েছেন কি? হ্যাঁ ☐ না ☐
- ৫) কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হয়েছেন কি?
ক) মৃগী, মূর্ছা, মানসিক, বা স্নায়বিক রোগ বা ঘন ঘন মাথা ধরা। হ্যাঁ ☐ না ☐
রক্ত-বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, পুরেসী,
খ) বাতজ্বর, নিউমোনিয়া ও শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ। হ্যাঁ ☐ না ☐
অস্বাভাবিক রক্তের চাপ, হৃদরোগ (কোন পীড়া বা
গ) ব্যাধি) রক্তবাহী শিরার কোন রোগ। হ্যাঁ ☐ না ☐
এ্যাপেনডিসাইটিস, পুরাতন বা রক্ত আমাশয়,
ঘ) আলসার, অর্শ, হার্নিয়া, জন্ডিস, পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন রোগ। হ্যাঁ ☐ না ☐
ঙ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন-রোগ, প্রস্রাবে শর্করা বা ডায়াবেটিস, এইডস, এলবুমিন বা পূঁজের উপস্থিতি বা মূত্রাশয়ের অন্য কোন রোগ। হ্যাঁ ☐ না ☐
- ৮) ক) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন-মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, হাপানী, কাশি, যক্ষ্মা, কুষ্ঠ, পাগলামী ইত্যাদি আছে কি? হ্যাঁ ☐ না ☐
খ) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর সাথে বাস করছেন বা গত ৫ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐
গ) আপনি কি কোন প্রকারের মাদক ও নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? হ্যাঁ ☐ না ☐
ঘ) আপনার শারীরিক অবস্থার এমন কোন তথ্য জানা আছে কি যা ভবিষ্যতে আপনার জীবনের ঝুঁকি বাড়াতে পারে? হ্যাঁ ☐ না ☐
ঙ) আপনি কি ধূমপান করেন? হ্যাঁ হলে, প্রতিদিনের গড় হ্যাঁ ☐ না ☐ সংখ্যা কত?টি।

৪ থেকে ৮ নং প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হলে নিম্নে অসুস্থতার কারন, সময়কাল, চিকিৎসা, বর্তমান অবস্থা ইত্যাদি পূর্ণবিবরণ দিন।

পারিবারিক ইতিহাস						
সম্পর্ক	জীবিত			মৃত		
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারন	মৃত্যুর সন
পিতা						
মাতা						
ভাই						
বোন						
স্ত্রী/স্বামী						
ছেলে						
মেয়ে						

৯। ক) আপনার বর্তমান শারীরিক পরিমাপ উল্লেখ করুন :

উচ্চতা :..... সেঃমিঃ/ফুঃইঃ, ওজন :..... কেজি/পাউন্ড, বুকের মাপ(পূর্ণ শ্বাস নিয়ে) :..... সেঃ মিঃ/ইঃ

বুকের মাপ(শ্বাস ত্যাগের পর) :..... সেঃ মিঃ/ইঃ, নাভী বরাবর পেট :..... সেঃ মিঃ/ইঃ

১০) সনাক্তকরণের বিশেষ কোন চিহ্ন থাকলে উল্লেখ করুন :.....

১১) মহিলা প্রস্তাবকের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালাঃ

ক) আপনি কি এখন সন্তান-সম্ভবা?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
খ) সন্তান প্রসব সব সময় স্বাভাবিক হয়েছে কি? (না হলে বিস্তারিত)	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>

গ) সন্তান সংখ্যা?..... শেষ সন্তানের জন্ম তারিখ :..... ঘ) সর্বশেষ মাসিকের তারিখ :.....

ঙ) আপনি কখনো কোন প্রকার স্ত্রীরোগে আক্রান্ত হয়েছেন কিনা? হ্যাঁ হলে বিস্তারিত :.....

.....
(Signature of proposer, Place, Date)

.....
(Signature of guardian for minor proposer)

ঘোষণা/Declaration

আমি প্রস্তাবিত জীবনবীমা গ্রাহক সম্পূর্ণ সুস্থ চিত্তে ও মস্তিষ্কে এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত সকল তথ্য আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি এবং উল্লেখিত বিবৃতিতে কোন সত্য গোপন করিনি। আমি এই ঘোষণার মাধ্যমে উল্লেখিত সমুদয় তথ্য আমার সাথে কোম্পানীর প্রস্তাবিত জীবনবীমার চুক্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোন প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে তা করবার এবং প্রত্যেক চিকিৎসক, হাসপাতাল বা কোন ওয়াকিফহাল ব্যক্তি ও প্রতিষ্ঠান যারা আমার সম্পর্কে জ্ঞাত আছেন, তাদেরকে আমার সম্পর্কে বীমার সাথে সম্পর্কিত যে কোন তথ্য প্রকাশের অনুমতি দিলাম। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, পরবর্তীতে উল্লেখিত তথ্যাবলীতে কোন তথ্য অসত্য বা প্রতারণামূলক বলে প্রমাণিত হলে, বীমাচুক্তিটি বাতিল এবং প্রদত্ত প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করা সহ কোম্পানীর যে কোন সিদ্ধান্ত মেনে নিতে বাধ্য থাকব।

এই প্রস্তাব যথাবিহীন গৃহীত হলে ধার্যকৃত প্রিমিয়াম পরিশোধ করবো এবং অথবা কোম্পানীর সকল ব্যয় পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এ প্রস্তাব বিবেচনার পর প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রশিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত চুক্তির অধীনে কোম্পানীর উপর কোন দায় দায়িত্ব বর্তাবে না।

আমি এই মর্মে অবগত আছি যে যমুনা ব্যাংক পিএলসি, ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর কর্পোরেট বীমা প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করে। বীমপত্রের অধীনে উল্লেখিত সকল শর্তাবলীর দায়ভার ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী এবং বীমা প্রস্তাবকারী বহন করবে।

I, the proposer of the life to be insured/payor of premium hereby declare with sound physical and mental condition that all the information stated above are correct and true to the best of my knowledge and no material fact, which may be relevant has been withheld or not disclosed. I also declare that I give my consent to Delta life Insurance Company Ltd. to consider the aforesaid information for the purpose of insurance with them. I authorize all concerned including doctor, clinic, diagnostic center, any known person or institute who are familiar about me, may provide information which may be deemed necessary for the purpose of insurance. I further agree and confirm that if 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 will be forfeited.

If this proposal is accepted, I will pay the assessed premium and/or will be liable to pay all initial expenses of the insurance company.

I also declare that, after consideration of this proposal the company is not liable to the proposed contract till issuing of first premium receipt.

I am aware that Jamuna Bank PLC acts as the corporate insurance agent of Delta life Insurance Company Limited. I the proposer/insured and Delta Life insurance Company limited is responsible for all terms and conditions mentioned under the policy.

<p>..... বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর/(Signature of Insurance Proposer)</p>	<p>..... অপ্রাপ্তবয়স্ক হলে অভিভাবকের স্বাক্ষর/Signature of guardian for minor proposer</p>
<p>..... সাক্ষীর স্বাক্ষর/ Signature of witness নাম/Name :..... মোবাইল নাম্বার/ Mobile number :..... স্থান/Place:</p>	<p>উপরোক্ত ঘোষণার প্রতিটি বক্তব্য প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহককে পরিস্কার করে বুঝিয়ে দিয়েছি।</p> <p>..... বিক্রয়কর্মকর্তার স্বাক্ষর সীল ও তারিখ নাম/Name :..... পদবি/Designation :..... কোড/code no :..... তারিখ/ Date:</p>

<p>বীমা গ্রহীতার ঝুঁকি নির্ধারণ : নিম্ন <input type="checkbox"/> উচ্চ <input type="checkbox"/></p> <p>মন্তব্য</p> <p>..... শাখা ব্যবস্থাপক/দায়িত্বশীল কর্মকর্তার স্বাক্ষর, সীল ও তারিখ Signature of the Incharge/BM/RM with seal &date</p>	<p>Office Use only(Delta life Insurance company Ltd)</p> <p>..... বীমা কোম্পানীর অবলিখন কর্মকর্তার স্বাক্ষর , সীল ও তারিখ Signature of the underwriting officer of insurance company with seal &date</p>
---	--

বিষয় ২০১০সনের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্মঃ কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাউকে জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখার জন্য বীমা কোম্পানীর ঘোষিত রেয়াতের অতিরিক্ত রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। অমান্যকারীর বিধি মোতাবেক জরিমানা হবে।

Note: No person is allowed to offer any commission, part of a commission or rebate of any premium for opening, renewing or continuing a policy. Policy holder are only entitled to claim the recognized rebate as stated within the policy's instructions. Violations of this rule will result in fines as prescribed.

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.

Initial Premium ☐ Subsequent Premium ☐

Please issue following Insurance Policy

Basic Plan ☐ Additional Premium ☐ Rider ☐ Others ☐

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
Authorization form for Premium payment through EFT Debit

Section 1: To be filled by the Bank Account Holder(s)

Policy Owner Details																	
Name of the Policy Owner:																	
Policy Number:										Premium Amount: Tk.							
Premium Payment Frequency: <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Quarterly <input type="checkbox"/> Half-Yearly <input type="checkbox"/> Annually																	
EFT Debit Starts On:									EFT Debit Ends On:								
Bank Account Holder(s) details																	
Name Of Bank Account Holder(s)																	
Bank Account Number:									Telephone Number:								
Bank Name:									E-mail:								
Branch Name:									Relationship with Policy Owner: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Others (specify) _____								
Account Holder's Mailing Address:																	
<p>I/WE hereby authorized Delta Life Insurance Company Ltd. to initiate Electronic Fund transfer (EFT) Debit transactions to collect premium of above mentioned insurance policy. I am/We are fully aware that these EFT transactions will be posted to the bank account mentioned in this form. I/We confirm having read and agreed to the terms and conditions.</p> <p>1/We authorize the Bank as mentioned above to provide the information in section 2 of this form to Delta Life Insurance Company Ltd.</p>																	
<input type="checkbox"/> Yes, I/We have attached photocopy or cancelled cheque									X _____ Signature of the Account holder(s)								
[This form cannot be processed without Signature(s) of the Account Holder(s)]																	

Section 2: To be filled by Bank

Bank Name:																
Branch Name:									Routing Number:							
Branch Mailing Address:									Telephone Number:							
We confirm information of the Account Holder(s) mentioned above and also confirm that, the bank account number provided above is correct and is maintained with our bank.																
X Bank's Seal									X _____ Signature of the Authorized Bank Official							
[This form cannot be processed without Bank's Seal and Signature of the Authorized Bank Official]																
Name of the Authorized Person of the Bank:																
Mobile Number:											Date:					

Policy Holder copy

Section 3: To be filled by (Delta Life) Office

Sequence Number																	
Received by:	Signature & Seal						Office Round Seal :				Date						

একক বীমার পলিসি বোনাস

৩১ শে ডিসেম্বর, ২০২৩ তারিখের কোম্পানির দায় ও পরিসম্পদের একচ্যুয়ারিয়াল ভ্যালুয়েশন ফলাফল অনুযায়ী ডেল্টা লাইফ একক বীমায় সকল লাভসহ চালু পলিসির উপর ২০২৩ সালের জন্য নিম্ন হারে বোনাস ঘোষণা করেছে।

১) রিভার্সনারী বোনাস:

ক. সম্পাদিত বীমা অংকের উপর ৫% চক্রবৃদ্ধি হারে
খ. প্রতি হাজার টাকা বীমা অংকের উপর প্রতি বছর নিম্ন
উল্লিখিত হারে :

প্রিমিয়াম প্রদানের মেয়াদ	বোনাসের হার (পরিকল্পন নং-০৫, ৭৭ক ও ৭৭খ ব্যাতিত)
১০ বছরের নিচে	প্রযোজ্য নয়
১০ বছর থেকে ১১ বছর পর্যন্ত	৮ ২৮
১২ বছর থেকে ১৪ বছর পর্যন্ত	৮ ৩০
১৫ বছর থেকে ১৯ বছর পর্যন্ত	৮ ৪০
২০ বছর এবং তদূর্ধ্ব	৮ ৫১

লাভযুক্ত সঞ্চয়ী বীমার ক্ষেত্রে (প্রত্যাশিত সঞ্চয়ী বীমা ব্যতীত), ২০২৩ বা পরবর্তী বৎসর সমূহে ইস্যুকৃত পলিসির ক্ষেত্রে ১ লক্ষ টাকা বীমা অংকের জন্য মেয়াদপূর্তিতে বোনাসসহ সম্ভাব্য মোট প্রতিপ্রাপ্য হবে নিম্নরূপঃ

প্রিমিয়াম প্রদানের মেয়াদ	মেয়াদপূর্তিতে প্রতিপ্রাপ্য
১০ বছর	৮ ১,৭৬,০৬৮
১৫ বছর	৮ ২,৩২,০৫০
২০ বছর	৮ ৩,০১,৫৯৬

সকল বোনাস বীমার দাবী প্রদানকালে পরিশোধযোগ্য।

২. চূড়ান্ত / মেয়াদপূর্তি বোনাস

কমপক্ষে চার-পঞ্চমাংশ মেয়াদ চালু থাকার পর লাভসহ পলিসির দাবী প্রদানের ক্ষেত্রে প্রতি হাজার টাকা সম্পাদিত বীমা অংকে নিম্ন হারে এককালীন প্রদেয়। পরিকল্পন ০৩, ০৪ এর ক্ষেত্রে মৃত্যুদাবীর বেলায় এই বোনাস প্রদেয় হবে না।

প্রিমিয়াম প্রদানের মেয়াদ	প্রযোজ্য নয়
১০ বছরের নিচে	প্রযোজ্য নয়
১০ বছর থেকে ১৪ বছর পর্যন্ত	৮ ১৬০
১৫ বছর থেকে ১৯ বছর পর্যন্ত	৮ ২১০
২০ বছর এবং তদূর্ধ্ব	৮ ২৬০

অন্তর্বর্তীকালীন বোনাস:

২০২৪ সাল থেকে আগামী ভ্যালুয়েশন পর্যন্ত সকল লাভসহ পলিসির মেয়াদপূর্তিতে বা মৃত্যুদাবীর ক্ষেত্রে উল্লিখিত হারে অন্তর্বর্তীকালীন বোনাস প্রদান করা হবে।

আপনি জানেন কী ?

- বীমা হলো আপনার ও আপনার পরিবারের আর্থিক নিরাপত্তার নিশ্চয়তার মাধ্যম।
- বীমা মাধ্যমে ভবিষ্যতের জন্য সঞ্চয় করা যায়।
- জরুরী আর্থিক প্রয়োজন মেটাতে বীমা সহায়তা করে।
- শিক্ষা বীমার মাধ্যমে শিশুর শিক্ষা বৃত্তি / ব্যয় এর ব্যবস্থা করা যায়।
- পেনশন বীমা অবসরকালীন জীবনের স্বাচ্ছন্দ্য আনতে সহায়তা করে।
- বীমায় এককালীন বিনিয়োগ করা যায়।
- কঠিন অসুখে আর্থিক ও মানসিক ভার লাঘবে বীমা সহায়তা করে।
- হাসপাতাল চিকিৎসা ব্যয় লাঘবে হাসপাতাল বীমা সহায়তা করে।
- বীমার মাধ্যমে আয়কর রেয়াত পাওয়া যায়।

যমুনা ব্যাংক পিএলসি, ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর কর্পোরেট বীমা প্রতিনিধি ।

যোগাযোগের ঠিকানা

ডেল্টা লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

ডেল্টা লাইফ টাওয়ার,
প্লট নং-৩৭, রোড নং-৯০, গুলশান সার্কেল-২,
ঢাকা-১২১২।
E-mail: Bancassurance@deltalife.org

যমুনা ব্যাংক পিএলসি

যমুনা ব্যাংক টাওয়ার
প্লট#১৪, বীর উত্তম এ.কে.খন্দকার সড়ক, ব্লক#সি, গুলশান#০১,
ঢাকা-১২১২
E-mail: info@jamunabank.com.bd

Contact US

Delta Life Insurance Company Limited

Delta Life Tower
Plot # 37, Road # 90, Gulshan Circle – 2,
Dhaka – 1212.
E-mail: Bancassurance@deltalife.org

Jamuna Bank PLC

Jamuna Bank Tower
Plot# 14, Bir Uttam A. K. Khandaker Road,
Block# C, Gulshan-1,Dhaka, Bangladesh.
Email: info@jamunabank.com.bd