



PSA000101

পলিসি পুনরুজ্জীবন/বীমাকৃত  
অর্থের পরিমান বৃদ্ধির ফর্ম



LIFE INSURANCE

পলিসি/আবেদন পত্র নং

তারিখ

শুধুমাত্র কার্যালয়ের ব্যবহারের জন্য

গ্রহণকারী

স্বাক্ষর

(অনুগ্রহ করে উপরে উল্লেখ করুন কর্মচারী  ব্যাঙ্ক কর্মচারী  নাম ও পদ)

গ্রহণের তারিখ ও সময়/

অনুরোধ প্রেরণের তারিখ ও সময়

জমা হওয়ার  
সিলমোহর

\*অনুগ্রহ করে আপনার সাম্প্রতিকতম ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট সংক্রান্ত বিবরণ আমাদের কাছে হালনাগাদ করুন।\*

যোগাযোগের বিবরণ সংক্রান্ত পরিবর্তন হলে তা হালনাগাদ করণ

① মোবাইল

☎ বাসস্থানের ফোন নম্বর

আপনি যদি চান আমরা ভবিষ্যতে আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্য উপরোক্ত যোগাযোগের নম্বরটি ব্যবহার করি, তাহলে অনুগ্রহ করে এই বাস্কে (✓) চিহ্ন দিন। 

✉ ইমেল

CKYC নম্বর

ক) বীমার পরিমান বৃদ্ধির জন্য অনুরোধ আপনি কি আমেরিকা যুক্তরাষ্ট্রে থাকাকালীন অনুরোধ পাঠিয়েছেন?  হ্যাঁ  না(কয়েকটি নির্বাচিত পল্যানের জন্য বিকল্প উপলব্ধ আছে। আগামী পরবর্তী বছরে পলিসি চালু হবার দিনটিতে এই পরিবর্তন কার্যকর হবে। অনুগ্রহ করে আপনার পলিসির নিয়ম ও শর্তাবলী দেখুন) আমি (পলিসি ধারক) উপরোক্ত পলিসি সম্পর্কে আমার বীমাকৃত রাশির পরিমান বাড়াবার জন্য অনুরোধ খ) পলিসি পুনরুজ্জীবনের অনুরোধ আমি (পলিসি ধারক) আমার উপরে উল্লেখিত পলিসিটির পুনরুজ্জীবন প্রার্থনা করছি যেটি ইতোমধ্যেই তামাদি হয়ে গিয়েছে। আমি টাকা পেমেন্ট (অনুগ্রহ করে সেই চেক/ডিডির বিবরণ দিন, যার মাধ্যমে পেমেন্ট করা হয়েছে) করার বিষয়টি সূনিশ্চিত করছি। অনুগ্রহ করে পলিসি পুনরুজ্জীবন/বীমার পরিমান বৃদ্ধির করার জন্য “জীবন বীমার অধীন ব্যক্তি” সম্পর্কিত নীচের প্রশ্নাবলীর জন্য যথাযথ বাস্কে (✓) চিহ্ন দিন।  
(যদি আপনার পলিসির সাথে প্রিমিয়াম ফান্ডিং সুবিধা/প্রিমিয়াম মকুবের বিকল্প থাকে তাহলে একটি আলাদা ফর্ম দাখিল করতে হবে)।

- প্রোপোজালের তারিখ ও আজকের এই ঘোষনার তারিখের অন্তর্বর্তী সময়ে আপনার বৃত্তির কোন পরিবর্তন হয়েছে কি?  হ্যাঁ  না
- প্রোপোজালের তারিখ ও আজকের এই ঘোষনার তারিখের অন্তর্বর্তী সময়ে আপনার বাসস্থানের কোন পরিবর্তন হয়েছে কি?  হ্যাঁ  না
- প্রোপোজালের তারিখ ও আজকের এই ঘোষনার তারিখের অন্তর্বর্তী সময়ে আপনি কোন সাধারণ ভাবে বিপজ্জনক শখের (যেমন, বিমানচালনা, ডাইভিং, পর্বতারোহন ইত্যাদি) অনুবর্তী হয়েছেন কি?  হ্যাঁ  না
- কোন আবেদনপত্র অথবা জীবন বীমা, স্বাস্থ্য বীমা, দুর্ঘটনা বীমা অথবা গুরুতর রোগের জন্য বীমার প্রোপোজাল ও তার পুনর্বিবেচনা বা পুনর্বিবেচনা করতে গিয়ে তা প্রত্যাখ্যান, বিলম্বিত, প্রত্যাখ্যান অথবা বিশেষ মূল্য বা শর্তসাপেক্ষে স্বীকার করা হয়েছে কি? অথবা আপনি কখনো কানাডা এইচএসবিসি লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড অথবা অন্য কোন জীবন বীমা কোম্পানির কাছে কোন ক্রেইম উপস্থাপন করেছেন কি? অনুগ্রহ করে অন্যান্য জীবন বীমা কোম্পানি(দে)র কাছ থেকে মোট কত আশ্বাসিত (প্রোপোজাল পর্যায়ে থাকা, ইস্যু হওয়া অথবা তামাদি হয়ে যাওয়া যাবতীয় পলিসি সহ) অর্থের জীবন বীমা ক্রয় করা হয়েছে তা জানান। প্রোপোজাল মানে এই পলিসি ইস্যু করার আবেদনপত্র বোঝানো হয়েছে।

যদি উপরে উল্লেখিত কোন প্রশ্নের উত্তর “হ্যাঁ” হয়, তাহলে সম্পূর্ণ বিবরণ একটি অতিরিক্ত কাগজে লিপিবদ্ধ করে আবেদনপত্রের সাথে সংলগ্ন করুন; তাতে জীবন বীমা পলিসির বিবরণ (ইস্যু হবার বছর, জীবন বীমা কোম্পানির নাম, আশ্বাসিত অর্থের পরিমান, বার্ষিক আয়, অতিরিক্ত কোন সুবিধা যদি থাকে, শর্ত সাপেক্ষে স্বীকার (সাধারণ/অতিরিক্ত প্রিমিয়ামের বিনিময়ে স্বীকার), বাসস্থানের পরিবর্তন সূচীত করার জন্য নতুন ঠিকানা ইত্যাদি তথ্যাদি দাখিল করুন।

স্বাস্থ্য বিষয়ক ঘোষণা

- প্রোপোজালের তারিখ ও আজকের এই ঘোষনার তারিখের অন্তর্বর্তী সময়ে আপনার স্বাস্থ্য বিষয়ক পরিস্থিতির কোন পরিবর্তন হয়েছে কি?  হ্যাঁ  না
- আপনি কি শল্য চিকিৎসার বিষয়ে কোন চিকিৎসকের পরামর্শ নিয়েছিলেন অথবা কোন রকম বিপর্যয়ের কারণে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন অথবা কোন চিকিৎসা সংক্রান্ত অনুসন্ধান প্রক্রিয়া/চিকিৎসা/পরামর্শ ইত্যাদির অধীন ছিলেন? অথবা আপনি কি বারংবার কোন চিকিৎসা/উপসর্গের দ্বারা প্রভাবিত কিংবা চিকিৎসকের কাছে যান? সাধারণ সর্দি, কাশি বা জ্বর ব্যতীত অন্য কোন অসুস্থতার জন্য?  হ্যাঁ  না

পলিসি পুনরুজ্জীবন/বীমাকৃত  
অর্থের পরিমাণ বৃদ্ধির ফর্ম



PSA000101

7. আপনার কি কখনো নিম্নলিখিতগুলির কোন একটি কারণে চিকিৎসা সংক্রান্ত অনুসন্ধান/চিকিৎসা বা রোগনির্ণয় করা হয়েছিল?

হাইপারটেনশন/উচ্চ রক্তচাপ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	বুকে ব্যাথা/হাট অ্যাটাক	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
অন্য কোন হার্টের অসুখ/সমস্যা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	স্নায়ুতে সংক্রমণ/এইডস বা এইচআইভি টেস্ট পজিটিভ প্রতিপন্ন হওয়া	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
মধুমেহ/রক্তে অত্যধিক মাত্রায় শর্করার উপস্থিতি/মূত্রে শর্করার উপস্থিতি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	স্নায়ু রোগ, মনোরোগ সংক্রান্ত অথবা মানসিক সমস্যা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
মৃগী রোগ, স্ট্রোক/পক্ষাঘাত	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	যক্ষা, অথবা অন্য কোন ফুসফুস ঘটিত অসুখ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
যকৃতের সমস্যা/জনডিস/হেপাটাইটিস বি অথবা সি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	কিডনির সমস্যা বা জননেন্দ্রিয়ের রোগ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
ক্যানসার/টিউমার অথবা শরীরের বিশেষ কোন অংশ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	রক্তের ব্যাধি (যেমন, হেমোফিলিয়া, থ্যালাসেমিয়া)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
অস্বাভাবিক ভাবে উঁচু হয়ে ওঠা, কোন ধরণের সিস্ট গজিয়ে ওঠা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		

থাইরয়েড বা অন্য কোন হরমোন ঘটিত সমস্যা, পেটের অসুখ, প্রস্রাবের সমস্যা, প্রজনন ঘটিত, কোন জন্মগত সমস্যা, রক্তাক্ততা বা রক্তের অন্য কোন রোগ, অবসাদ বা এইধরণের কোন মানসিক পরিস্থিতি, উপসর্গ, উপরে উল্লেখিত না হওয়া কোন রোগ।

8. পলিসি তামাদি হয়ে যাবার তারিখ থেকে এই আবেদন পত্রের তারিখ পর্যন্ত আপনি কোন দুর্ঘটনা অথবা চোট আঘাতের কবলে পড়েছেন?  হ্যাঁ  না
9. আপনার যা বৃত্তি তাতে কি বিশেষ কোন স্বাস্থ্যের পক্ষে ক্ষতিকর সত্তাবনা জড়িত অথবা আপনার কি এমন কোন শখ আছে যা কখনো কখনো বিপজ্জনক হয়ে উঠতে পারে?  হ্যাঁ  না
10. আপনার কি দুই বা তার বেশি পরিবারের সদস্য (বাবা, মা, ভাই(রা) অথবা বোবা(রা)ম এমন রয়েছেন যাঁরা ক্যানসার, হার্টের অসুখ, কিডনি বিকল হয়ে যাওয়া, স্ট্রোক, মধুমেহ অথবা অন্য কোন বংশানুক্রমিক রোগের শিকার হয়েছেন?  হ্যাঁ  না
11. আপনি কি কখনো বিচার ব্যবস্থার দ্বারা সাজাপ্রাপ্ত হয়েছেন অথবা আপনার বিরুদ্ধে কি ফৌজদারী অপরাধের তদন্ত হয়েছে?  হ্যাঁ  না

উপরে উল্লেখিত 1 থেকে 12 নং প্রশ্নের একটিও যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে একটি আলাদা পাতায় (প্রয়োজন হলে) উপরের ফর্ম্যাটে বিস্তারিত বিবরণ দিয়ে যথারীতি স্বাক্ষর সহ দাখিল করুন।

ঘটনার তারিখ/ রোগ নির্ণয়	রোগ নির্ণয়	অনুসন্ধান সম্পন্ন হয়েছে	চিকিৎসার বিবরণ	চিকিৎসক/হাসপাতালের নাম, ঠিকানা ও যোগাযোগের নম্বর	বর্তমান পরিস্থিতি (বর্তমানে যে সব ওষুধপত্র চলছে সেগুলি সহ)

9. অনুগ্রহ করে 5 নং অধীনে যেমনটি বলা হয়েছে সেই অনুযায়ী রিপোর্ট/ডিসচার্জ সামারির কপি সংযুক্ত করুন।

10. স্বাস্থ্যের কারণে টানা সাত দিন কাজে যোগ দিতে না পারার ঘটনা কি আপনার সম্পর্কে ঘটেছে? হ্যাঁ না  
যদি হ্যাঁ হয় তাহলে বিস্তারিত বিবরণ দিন

11. আপনি কি বর্তমানে সন্তানসন্তবা? (শুধুমাত্র মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য) হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে কত সপ্তাহ চলছে \_\_\_\_\_

## পলিসি পুনরুজ্জীবন/বীমাকৃত অর্থের পরিমান বৃদ্ধির ফর্ম



PSA000101

### পলিসি পুনরুজ্জীবন/বীমার পরিমান বৃদ্ধির করার জন্য ফর্ম

আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে আমি/আমরা এই প্রকরণে প্রস্তাবের উত্তর দেবার সময় এই জাতীয় প্রস্তাব প্রকৃতি এবং যাবতীয় তথ্যাদি প্রকাশের গুরুত্ব সম্পর্কে অবহিত ছিলাম। তদুপরি, আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে আমার/আমাদের দেওয়া যাবতীয় প্রশ্নাদির উত্তর সর্বাংশে সত্য ও নির্ভুল এবং আমি/আমরা কোন বাস্তব তথ্য অন্তর্ভুক্ত রাখিনি বা কোন ঘটনা গোপন করিনি।

তদুপরি, আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে এই পলিসিটির পুনরুজ্জীবন/প্রতিশ্রুত অর্থের বৃদ্ধির বিষয়টিও বীমার চুক্তির ভিত্তি হবে এবং যে কোন মিথ্যা বিবৃতি অথবা তথ্যাদি গোপনের পরিপ্রেক্ষিতে কোম্পানি দ্বারা পলিসির সুবিধারূপে পরিবর্তন সাধন করার অধিকার রক্ষিত থাকবে যা অর্থের বিনিময়ে প্রাপ্য হবে এবং তাছাড়া তথ্যাদি গোপনের পরিপ্রেক্ষিতে পলিসিটিকে বাতিল ধার্য করা হতে পারে এবং এই পলিসির অধীনে প্রদত্ত যাবতীয় প্রিমিয়াম কোম্পানি দ্বারা বাজেয়াপ্ত করা হতে পারে।

যদি পলিসিটির পুনরুজ্জীবনের এক বছরের মধ্যে কোন কারণে জীবন বীমার অধীন ব্যক্তি আত্মহত্যা করেন, তাহলে মৃত্যুর ঘটনা নথিভুক্ত হবার দিনটিতে ফান্ড ভ্যালু যা হয়েছে, তাছাড়া অন্য কোন সুবিধা রাশি প্রদেয় হবে না।

কোম্পানির দ্বারা আমার পলিসির অধীনে ঝুঁকির পরিমান মূল্যায়ন করার জন্য এবং ভবিষ্যতে যে কোন সময়ের জন্য আমি এতদ্বারা আমার যাবতীয় অতীত ও বর্তমান নিয়োগকারী/চিকিৎসক/জীবন বীমা অথবা সাধারণ বীমা কোম্পানি/অথবা সংস্থা অথবা জীবন বীমা সমিতির মেডিক্যাল রেজিস্টার কোম্পানির কাছে প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি এবং চিকিৎসার সম্পর্কিত তথ্যভান্ডার/জীবন বীমা অথবা সাধারণ বীমা কোম্পানি/অথবা জীবন বীমা সমিতির মেডিক্যাল রেজিস্টার অথবা সরকারী কর্তৃপক্ষের কাছে আমার চাকরি/ব্যবসা সংক্রান্ত নথি অথবা প্রয়োজনীয়/প্রাসঙ্গিক বোধে অন্যান্য বিবরণ জানানোর বিষয়ে কোম্পানিকে অনুমোদন দিচ্ছি। আমার পলিসির পুনরুজ্জীবন/প্রতিশ্রুত অর্থের বৃদ্ধি সম্পর্কিত মূল্যায়ন করার জন্য আমি কোম্পানি বা তার প্রতিনিধিদের প্রয়োজনীয় মেডিক্যাল টেস্ট করার জন্য সন্মতি দিচ্ছি। আমি জানি এই প্রসঙ্গে এইচআইডি অ্যান্টিবডি সহ বিভিন্ন রক্তপরীক্ষা করা হতে পারে। আমার ঘোষণা অনুযায়ী কোম্পানি দ্বারা আমার স্বাস্থ্য পরীক্ষা করা হলে কোম্পানি অনুমোদিত চিকিৎসা পরীক্ষকের দেওয়া কোম্পানি নির্দেশিত প্রশ্নাবলীর উত্তরগুলিকে আবেদনপত্রে পেশ করা বিবৃতির অংশ হিসাবে ধরতে হবে। আমি/আমরা অবগত আছি যে কোম্পানি দ্বারা এই আবেদনপত্রের লিখিত প্রাপ্তি স্বীকার না হওয়া পর্যন্ত আমার/আমাদের পলিসির পুনরুজ্জীবন/প্রতিশ্রুত অর্থের বৃদ্ধির জন্য বিবেচিত হবে না। অনগ্রহ করে জানুন, পলিসির পুনরুজ্জীবন/প্রতিশ্রুত অর্থের বৃদ্ধির জন্য সুনির্দিষ্ট ফর্মটিতে জীবন বীমার অধীন ও পলিসিধারক উভয়েরই স্বাক্ষর থাকতে হবে।

আমার/আমাদের কেওযাইসি বিবরণ চাওয়া/সংরক্ষণ করা এবং/অথবা নিম্নবর্ণিত ক্ষেত্র ও পরিস্থিতিতে দেওয়া নেওয়া করার জন্য আমি/আমরা কোম্পানিকে অনুমোদন ও সন্মতি প্রদান করছি (i) সরকারী এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক আধিকারিক সংস্থা (ii) বীমা সংক্রান্ত সংগ্রহালয় (iii) CERSAI/UIDAI (iv) পুনর্বীমাকারী/গ্রুপ কোম্পানিসমূহ/হাসপাতাল অথবা রোগ নির্ণায়ক কেন্দ্রসমূহ/অন্যান্য বীমা কোম্পানি অথবা দায়গ্রহণে ইচ্ছুক কোন তৃতীয় পক্ষের মূল্যায়ন, কেওযাইসি প্রত্যয়ণ, পলিসি সংক্রান্ত পরিষেবা দান তথা সমাজাতীয় কোন উদ্দেশ্যপূরণের জন্য।

জীবনবীমার অধীন ব্যক্তির নাম

জীবনবীমার অধীন ব্যক্তির স্বাক্ষর/বৃদ্ধাসুষ্ঠের ছাপ (যদি মূল স্বাক্ষরটি পরিবর্তিত হয়ে থাকে, তাহলে নির্দেশিকা বিভাগের 7 নং পয়েন্টটি দেখুন)

পলিসিধারকের/অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধির নাম

(পলিসির সম্পর্কে চূড়ান্ত অধিকার দেওয়ার ক্ষেত্রে অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধির বিবরণ দরকার হবে)

পলিসিধারকের/অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধির  
স্বাক্ষর/বৃদ্ধাসুষ্ঠের ছাপ

তারিখ

DD / MM / YYYY

(বাধ্যতামূলক)

স্থান

(বাধ্যতামূলক)

**Canara HSBC Life Insurance Company Limited / কানাড়া এইচএসবিসি লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড**  
(formerly known as Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited) **IRDAI Regn. No. 136**  
**Corporate Office Address:** 139 P, Sector 44, Gurugram – 122003, Haryana, India  
**Registered Office Address:** Unit No. 208, 2nd Floor, Kanchenjunga Building, 18 Barakhamba Road, New Delhi - 110001  
**Corporate Identity No:** U66010DL2007PLC248825

Call us at 1800-103-0003/1800-180-0003/1800-891-0003

SMS at 09779030003

E-mail us at customerservice@canarahsbclife.in

Visit our website at www.canarahsbclife.com