

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Islami-FPR )

Business Month: **August, 2022**

Kalabogi Bazar Agency Office [THB9203] S.Cell:Khuln

Entry Date 20/09/2022 12:00:00AM Mobile No: 01406549882

Medical:

PolicyNo **208059218-3**

Age at Entry

51 YRS. AGE ADMITTED(4)

Name of plan **FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM**

Table & Term **16-12**

Supplementary Cover **NILL. 0.00**

Proposer's Name **MOHTARAMA LAYLA BIBI**

Proposer's Address **D/O:LATE SHAHOR ALI MORAL  
VILL: BANLASHANTA  
P.O. BANLASHANTA THANA: DACOPE  
DIST: KHULNA 01406549882**

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 50% For 04 Year to this Policy.

Sum Assured **55,000**

**FIFTY FIVE THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR Policy Option C**

Basic Premium: **6,072.00**

Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- THB9201-20220912-870**

**12/09/2022,**

**6,072.00**

**SIX THOUSAND SEVENTY TWO TAKA ONLY**

Event of Happening

1.ON SURVIVAL,AS PER SPECIAL PROVISIONS HEREIN AFTER.  
2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

**DULY STAMPED**

Nominee's Name

**MD. ABUL SANA, HUSBAND, 58 YRS**

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name **GUARDIAN:**

Child's Name **., Yrs.**

Date of FPR: **20/09/2022**

FPR No: **THB-1707-22**

Risk Date: **20/09/2022**

Date of Proposal **22/09/2022**

Proposal No: **THB-1707-22**

Date of Commencement **12/09/2022**

Premium due date: **ON THE DATE OF 12 SEPTEMBER IN EVERY YEAR**

Last premium due date **12/09/2033**

Next Due Date: **12/09/2023**

Date Of Maturity **12/09/2034**

Special Provision

ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :

- 1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2025
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2028
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2031
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 12/09/2034

SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set up: 202000014/202000009/2020007/200384/200384/200382/200380

Checked  
**MD. ASHIKUR RASUL**  
ASST. MANAGER (ID No-0985)  
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.  
SERVICING CENTER, KHULNA.

Countersigned  
**MD. ANAMUL HOQUE**  
SENIOR MANAGER (ID NO-800)  
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.  
KHULNA SERVICING CENTER

*Handwritten signature*



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০২১/০৯/২০২২

Islami Bima

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (ঝুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL Lien 50% For 04 Year

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরুর তারিখ	ঝুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
208059218-3	THB-1707-22	12/09/2022	20/09/2022	16-12 Yly	THB9201-2022	6072	
<b>MOHTARAMA LAYLA BIBI</b> বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : D/O: LATE. SHAHOR ALI MORAL VILL: BANISHANTA বীমাগ্রাহকের P.O.: BANISHANTA THANA: DACOPE DIST: KHULNA 01406549882 বয়স : 51				শাখা Kalabogi Bazar এফ পি এল Office (THB9203) THB-170 ইস্যুর তারিখ : 7-22 20/09/2022	12/09/2022	0	
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্বৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
55000	6072	0	0	6072	0	NILL.	6072
সংগঠনিক কোড নং : 202000014/20200009/2020007/200384/200384/200382/200380							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ : 12/09/2023 আবদার প্রকর্তা

F. Khairun

AGE ADMITTED (Voter List)

# Rupali Life Insurance Company limited

Head Office: Rupali Life Tower, 50 Kakrail, Dhaka-1000

12/09/2022

FPR No: THB-1707-22

SC Code: THB

Policy No: 208059218 FPR Date: 20/09/2022

SC Name: Khulna Serviceing Cer

Proposal No: THB-1707-22 Com. Date: 31/08/2022

Office Code: THB9203

Proposal Date: 31/08/2022 Risk Date: 20/09/2022

Office Name: Kalabogi Bazar Agenc

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
55,000.00	16-12	Yly	8,072	0.00	(6,072)	31-Aug-2023

Sum Assured In word: FIFTY-FIVE THOUSAND

Premium In word: SIX THOUSAND SEVENTY-TWO

## Extra Clause:

Proposars Name & Address:

Mobile No: 01406549882

Age & Date of Birth

MOHTARAMA LAYLA BIBI

51 02/02/1972

## Special Clause:

AGE ADMITTED(Voter List)

Life Prem: 6,072.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

## Chain Set up:

202000014/20200009/2020007/200384/200384/200382/200380

PR No:	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

## Nominee:

## Guardian(If Any):

## Comments of Medical Adviser(If Any):

## Comission Information for calculation:

Accepted with 50-1. constant  
lien of sum assured for  
1st 04(four) years of the term.

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 1366.20 - 68.31 = 1297.89

UM : 409.86 - 20.49 = 389.37

BM : 273.24 - 13.66 = 259.58

5% Source Tax: 102.46

Net Payable: 1946.84

12/09/2022

133

Md. A. K. M. A. K.  
Senior Vice President  
Insurance (Underwriting)  
Rupali Life Insurance Co. Ltd.  
Head Office

Rocky Andrew Gomes  
Officer Grade-1, ID No-2367  
Underwriting Department  
Head Office.



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রিমিয়াম রসিদ

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।

“ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত”

১৯৮৫.০৮.০৮

THB-1707-22

CASH PR. Collect OR Later

F THB9201-20220812-870

বুকির তারিখ	12/09/2022	পরিকল্পন নং ও মেয়াদ	16 - 12	বীমা অংক	55000	প্রি	প্রিমিয়াম কিস্তি	6072	প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি	Yly
MOHTARAMA LAYLA BIBI						মি	সমস্বয় কাল	31/08/2022	সমস্বিত কিস্তির সংখ্যা	1
<div> <div>Basic Premium:</div> <div>Tk. 6072</div> <div>PDAB/DIAB:</div> <div>Tk. 0</div> <div>F/E or O/E:</div> <div>Tk. 0</div> <div>প্রদত্ত কিস্তির সংখ্যা</div> </div>						যা	সমস্বিত প্রিমিয়াম	বর্ধিত প্রিমিয়াম	পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ	
						ম	বিলম্ব ফি (যদি থাকে)		31/08/2023	
							সর্বমোট	6072	অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে)	

Received by

Cash

12/09/2022

1

Orgn.

202000014/202000009/2020007/200384/200384/200382/200380/202945/-/-/-/-/-/-

Amount(s):

6072

Taka Inword: Six thousand Seventy two taka only

উল্লিখিত টাকা প্রিমিয়াম ও বিলম্ব ফি (যদি থাকে) খাতে সমস্বয় করা হলো।

তারিখ

12/09/2022

Old FA:



MRINMOY HOSSAIN  
S.E.O (ID N8-1804)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khulna Servicing Center.



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

## Rupali Life Insurance Company Ltd.

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

### প্রস্তাবপত্র / KYC FORM

প্রস্তাবিত বীমা প্রকল্পে-টিক (✓) দিন

৮৭০



<input type="checkbox"/> একক বীমা ডিভিশন	<input type="checkbox"/> আর ডিপিএস প্রকল্প	<input checked="" type="checkbox"/> ইসলামী জীবন বীমা তাকাফুল	<input type="checkbox"/> টিডিপিএস প্রকল্প
<input type="checkbox"/> রূপালী ক্ষুদ্র বীমা তাকাফুল ডিভিশন	<input type="checkbox"/> শরীয়াহ ডিপোজিট পেনশন স্কীম	<input type="checkbox"/> আল আমানত বীমা প্রকল্প	<input type="checkbox"/> রূপালী সম্ভ্রম বীমা প্রকল্প

PROPOSAL NO. THB-1707/22 Policy No. 2060 EN 276-6 Branch Code.....

ব্যক্তিগত তথ্য - প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

\* সকল প্রশ্নের পূর্ণ উত্তর প্রস্তাবকের স্বহস্তে বা তাঁর নির্দেশনানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা বা ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম বাংলায় লায়লা বিবি

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER) LAYLA BIBI

পিতার নাম ডঃ দেব দাস মাতার নাম ডঃ আমল বিবি

সম্মান/বীমার নাম কোঃ আব্দুল মালেক বৈবাহিক অবস্থা: ☐ অবিবাহিত ☒ বিবাহিত ☐ তালাক প্রাপ্ত ☐ বিধবা

গ্রাহকের পেশা স্বতন্ত্র চিকিৎসা, স্বয়ংস্বত্ব সম্পন্ন পদবী.....

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ.....

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম.....

জন্ম তারিখ ০২০২০২ বয়স ০২ জন্ম স্থান খুলনা ধর্ম ইসলাম জাতীয়তা বাংলাদেশী

ফোন-বাসা..... ফোন-অফিস..... ই-মেইল.....

মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) ০১৮০৮৪৮৮২

শিক্ষাগত যোগ্যতা কিন্তু (পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি বা সমমানের সনদের ফটোকপি দাখিল করতে হবে)।

স্থায়ী ঠিকানা..... বর্তমান ঠিকানা.....

বাড়ী নং/রোড নং..... বাড়ী নং/রোড নং.....

গ্রাম/শহর কানিলাড়া গ্রাম/শহর.....

ডাকঘর কানিলাড়া ডাকঘর.....

থানা..... থানা.....

জেলা..... জেলা.....

নথিপত্রের ধরণ ☒ জাতীয় পরিচয়পত্র ☐ পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি সনদ ☐ পাসপোর্ট ☐ অনলাইন জন্ম সনদ ☐ ড্রাইভিং লাইসেন্স

নথিপত্রের পরিচিতি নম্বর..... (সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)

নাম..... মনোনীতক এর তথ্য (বীমায়োগ্যস্বার্থ অনুযায়ী)

জন্ম তারিখ..... বয়স..... নাম.....

সম্পর্ক ৮৭২৭ প্রাপ্ত অংশ ১০০ % সম্পর্ক..... প্রাপ্ত অংশ..... %

মোবাইল নম্বর ০১৮০৮৪৮৮২ মোবাইল নম্বর.....

মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে.....

অভিভাবকের নাম..... সম্পর্ক..... মোবাইল.....



বীমা অংক: ২৫০০০৮ কথায়: .....

প্রিমিয়াম: ৬০৭২৮ কথায়: .....

পরিকল্প নং: ২৮ মেয়াদ: ১২ মুঁকির শ্রেণী: ..... সহযোগী বীমা ☐ PDAB ☐ DIAB

প্রিমিয়াম জমা পদ্ধতি ☐ বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ মাসিক ☐ এককালীন প্রিমিয়াম দাতা ☒ নিজে ☐ অন্য

বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য: স্বাস্থ্য, বৈবাহিক বার্ষিক আয়: ৭২,০০৮ আয়ের উৎস: স্বল্পমূল্যে

প্রিমিয়াম প্রদানের তথ্য: নগদ/ডিডি/পে-অর্ডার/চেক নং: ..... তারিখ: ..... টাকা: .....

কথায়: ..... ব্যাংকের নাম: ..... শাখা: .....

পিআর/বিএম নং: ..... তারিখ: ..... টাকা: ..... কথায়: .....

পেনশন পলিসি/শিশু শিক্ষা বীমার এর ক্ষেত্রে: বীমা প্রস্তাবকের বয়স কত বছর পূর্তির পরে পেনশন/বৃত্তি প্রদান শুরু হবে: ..... বছর, মাসিক পেনশনের/বৃত্তি পরিমাণ: ..... টাকা

পেনশন/বৃত্তির মেয়াদ: ..... বছর প্রিমিয়ামদাতা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে ৭৭ টিক দিন): ☒ নিজে ☐ অভিভাবক ☐ অন্য কেউ

প্রিমিয়ামদাতা অন্য কেউ হলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন: .....

বীমা প্রস্তাবক অগ্রাণু বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম: ..... প্রস্তাবকের সাথে তার সম্পর্ক: .....

আপনার বা আপনার পরিবারের অন্য কোন সদস্যের রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা অন্য কোন কোম্পানীতে বীমা পলিসি যদি থাকে, তাহলে অনুগ্রহপূর্বক তার তথ্যাবলী নিম্নের ছকে উল্লেখ করুন।

পলিসি নম্বর	বীমা গ্রহণকারীর নাম	কোম্পানীর নাম	মেয়াদ	বীমা অংক	গ্রহণের তারিখ	যে শর্তে বীমা গৃহীত হয়েছে

পারিবারিক ইতিহাস

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ অসুস্থতার স্থিতিকাল	মৃত্যুকালীন সন
পিতা	০২	২০০	সুস্থ	৬০	কর্ডিও		২০০০
মাতা	০২	২০০	সুস্থ	৬০	কর্ডিও		২০০০
ভাই	০৩	২০০	সুস্থ				
বোন	০১	৪০	সুস্থ				
স্বামী/স্ত্রী	০২	২৫	সুস্থ				
পুত্র	০১	২৫	সুস্থ				
কন্যা	০১	৩০	সুস্থ				

১) আপনি কি এখন সুস্থ?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
২) গত এক বছরে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি হয়েছে কি?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৩) আপনি কি গত এক বছরে অসুস্থতার কারণে এক সপ্তাহের বেশি ছুটি বা বিশ্রামে কাটিয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহপূর্বক ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৪) আপনার শরীরের কোন অংশ প্রতিবন্ধী কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে লিখুন	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৫) আপনি কি কখনো বসন্ত রোগে ভুগেছেন?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৬) আপনি কি বসন্ত রোগের টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৭) আপনি কি কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হয়েছিলেন?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৮) আপনি কি কোভিড-১৯ এর টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৯) আপনি কি গত পাঁচ বছরে কোন সংক্রামক রোগীর সান্নিধ্যে বসবাস করেছেন? যদি হ্যাঁ হয় অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১০) আপনি পিতৃ বা মাতৃ কুলের কোন বংশগত রোগের ধারক কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১১) আপনি কি কখনো নিম্নোক্ত রোগে ভুগেছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে পৃথক কাগজে বিস্তারিত লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মৃগী বা শারীরিক সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘন ঘন কাঁশি, ব্রংকাইটিস, অ্যাজমা, নিউমোনিয়া, প্রিউরিসিস, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়েবেটিস, হৃদরোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পাকস্থলী বা অন্ত্রে কোন সংক্রামণ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পিত্তাশয় বা লিভারের অসুখ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মূত্রপাথর, মূত্রাশয় রোগ, যৌনরোগ, প্রসাবে থ্রুকোজ, অ্যালবুমিন, ইত্যাদি	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চোখ, কান, নাক, গলার রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
অন্য কোন রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
কোন ধরনের অপারেশন, দুর্ঘটনা, জয়েন্ট বা মাংসপেশীর সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
আপনি কি ধূমপায়ী? হ্যাঁ হলে কত দিন যাবৎ আসক্ত উল্লেখ করুন	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

শারীরিক পরিমাপ

আপনার বর্তমান ওজন.....কেজি/পাউন্ড, আপনার উচ্চতা.....ফুট/ইঞ্চি, আপনার বুকের মাপ: শ্বাস গ্রহণের পর ইঞ্চি/সে.মি.....  
 শ্বাস ত্যাগের পর.....ইঞ্চি/সে.মি., কোমরের মাপ.....ইঞ্চি/সে.মি., আপনার সনাক্তকরণ চিহ্ন.....

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা-প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

শিক্ষাগত যোগ্যতা.....মাসিক আয়.....আয়ের উৎস.....  
 আয়ের উৎস কি নিজস্ব ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি করদাতা? ☐ না ☐ হ্যাঁ আপনি কি বিবাহিত? ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
 স্বামীর নাম.....স্বামীর পেশা.....স্বামীর মাসিক আয়.....  
 সর্বশেষ মাসিকের তারিখ.....সন্তান সংখ্যা.....কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?.....

শিশু নিরাপত্তা/শিশু শিক্ষা বীমার জন্য প্রযোজ্য- প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

শিশুর নাম (বাংলায়).....  
 ইংরেজীতে (BLOCK LETTER).....  
 পিতার নাম.....মাতার নাম.....  
 প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক.....নিকটতম জন্মদিনে বয়স.....জন্ম তারিখ.....  
 বয়স প্রমাণপত্র : জন্ম সনদ/অন্যান্য সনদের নম্বর.....জন্ম স্থান.....দেশ.....

শিশুর ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্ট- প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন  
পরীক্ষাকারী ডাক্তারকে নিম্নোক্ত তথ্য পূরণ করে সীলসহ স্বাক্ষর প্রদান করতে হবে

শিশুর নাম..... বয়স.....  
শিশুটি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটির কোন অঙ্গহানি আছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটিকে গুটি-বসন্ত, পোলিও, ডিপথেরিয়া, ধনুষ্টংকার টিকা দেয়া হয়েছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটির উচ্চতা..... ফুট/ইঞ্চি, ওজন..... কেজি/পাউন্ড, নাড়ীর গতি..... শরীরের তাপমাত্রা.....

ডাক্তারী পরীক্ষায় অতীতের নিম্নোক্ত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে কি? পড়ে থাকলে হ্যাঁ/ না টিক (✓) দিন।		
ক) হৃদযন্ত্র, রক্তবাহী শিরা, অস্ত্র বা শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
খ) মূত্রাশয় বা মূত্র নালীর কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
গ) মস্তিষ্ক বা স্নায়ু জনিত কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘ) অস্থি, গ্রন্থি, চর্ম, চক্ষু, নাক, কান বা গলায় কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঙ) ফোলা বা রিকেট?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চ) আমাশয় বা উদরাময়?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ছ) জ্বরসহ বা জ্বর ছাড়া দুরারোগ্য কোন ব্যাধি?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
জ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার বা অন্য কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ

ডাক্তারের নাম

সীলসহ স্বাক্ষর

প্রস্তাবকের ঘোষণা

আমি রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেডের প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক হিসাবে প্রতিজ্ঞা পূর্বক ঘোষণা করছি যে, আমার নিজের, স্বাস্থ্য, জীবন, ও পরিবার সম্পর্কে উল্লিখিত প্রশ্নের উত্তর সম্পূর্ণরূপে সঠিক এবং আমি নিশ্চয়তা দিচ্ছি যে আমি আমার প্রদত্ত ঘোষণায় কোন প্রকার শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবপত্রে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নের অংশে শারীরিক বিষয়সহ প্রদত্ত সকল তথ্য ও বক্তব্য এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রথম গর্ভধারণ উপধারা, অপ্রাপ্তবয়স্ক উপধারা ও পূর্বস্বত্ব শর্তাবলী অত্র বীমাচুক্তির মৌলিক ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাবশ্যিকীয় কোন কিছু মিথ্যা প্রমাণিত হলে রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড আমার সমুদয় প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করা ও পলিসি বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, অবলিখন সংক্রান্ত চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত প্রদান না করা পর্যন্ত এবং কোম্পানী কর্তৃক প্রথম প্রিমিয়াম রশিদ (এফ.পি. আর) ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত কোম্পানীর উপর আমার জীবন বীমার কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

প্রস্তাবপত্র পূরণের স্থান.....

বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর.....

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ:.....

নাম.....

নাম.....

প্রস্তাবপত্র পূরণের তারিখ.....


পিতার নাম.....

অভিভাবকের প্রতি স্বাক্ষর..... তারিখ.....

মোবাইল নম্বর.....

(অপ্রাপ্তবয়স্ক প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে)

উন্নয়ন কর্মকর্তাদের কোড সেটআপ

এফ.এ. কোড	2010000028	 সংগঠন প্রদানের স্বাক্ষর (কোড এবং সীল)
ইউ.এম. কোড	20200001	
বি.এম. কোড	20200009	

অবলিখন বিভাগের জন্য প্রযোজ্য

মন্তব্যসহ অনুমোদনের জন্য উপস্থাপন

মূল প্রিমিয়াম ..... টাকা, সহযোগী প্রিমিয়াম: PDAB/DIAB..... টাকা, HI..... টাকা

অতিরিক্ত প্রিমিয়াম (O/E, F/E, H/I, E/M)..... টাকা, সর্বমোট প্রিমিয়াম..... টাকা।

মন্তব্যসহ অনুমোদন

প্রস্তুতকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)

অনুমোদনকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
Government of the People's Republic of Bangladesh  
NATIONAL ID CARD / জাতীয় পরিচয় পত্র



নাম: লায়লা বিবি  
Name: Layla Bibi  
পিতা: মৃত শহর আলী মোড়ল  
মাতা: আয়সা বিবি  
Date of Birth: 02 Feb 1972  
ID NO: 4711713498598

২০২২/০৮  
১৮৭২/০২  
৫০/০০  
৮২

মতাসিত  
ক্ষ

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য  
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।  
ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: বানিশান্তা, বানিশান্তা, ডাকঘর: বানিশান্তা - ৯২৭২, দাকোপ,  
খুলনা

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ১৩/০৮/২০০৮



MD. JAHANGIR ALAM  
Sr. Executive Director  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khulna Servicing Center  
MOB: 01911-344929

MD. ASHRAFUR RAHMAN  
MANAGER (ID No-0978)  
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.  
SERVICING CENTER, KHULNA.