

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-Deed )

Business Month: **December, 2021** Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date: 12/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01407603052 Medical: ~~Medical submitted.~~

Policy No: **103254303-2** Age at Entry: ~~27 YRS. AGE ADMITTED(1)~~

Name of plan: **FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM**

Table & Term: 01-16 Supplementary Cover: **NILL. 0.00**

Proposer's Name: **RUNA AKTER**

Proposer's Address: **D/O: MD. FOYEZ PATWARI  
C/O: UTTAR HALISHAHAR NATUN PARA  
P.O.: HOUSING STATE -4216  
THANA:HALISHAHAR  
DIST:CHATTOGRAM 01407603052**

Extra Loding: **Tk. 800** ~~Include CL Lien 40% For 4 Year and Pregnancy Clause Attach to this Policy~~

Sum Assured: **400,000** **FOUR LAC TAKA ONLY**

Mode Of Payment: **YEAR** Policy Option: **C** Basic Premium: **31,320.00** Suspense: ~~1500~~

Total Premium: **By PR- 880724,881304** **30/12/2021,30/12/2021**  
**32,120.00** **THIRTY TWO THOUSAND ONE HUNDRED TWENTY 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.**

Nominee's Name: **ARUNA AKTER, SISTER, 23 YRS**

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name: **GUARDIAN:**

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

Date of FPR: 12/01/2022 FPR No: **ECB-E-2166/21** Risk Date: 12/01/2022

Date of Proposal: 30/12/2021 Proposal No: **ECB-E-2166/21** Date of Commencement: 30/12/2021

Premium due date: **ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR**

Last premium due date: 30/12/2036 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity: 30/12/2037

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 30/12/2025  
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029  
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033  
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037  
**SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.**

Organization Set-up: 103001244/10300510/1030395/103003/103060/102966/102965

Checked  
**MR. MGNIRUL ISLAM**  
D.V.P, ID NO-0976  
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.  
Chattogram Servicing Center. Ctg.

Countersigned: 11/1/22  
**J.E.V.P (ADMIN) ID NO.-307**  
Rupali Life Insurance Co. Lt'  
Chattogram Servicing Center

Managing Director



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

30/01/2022

Ekok Bima

Include C/Lien 40% For 1 year

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

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমা পত্র নং	প্রদানপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিছির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103254303-2	ECB-E-2169/21	30/12/2021	12/01/2022	01-16	Yty	880724	32120
RUNA AKTER							30/12/2021
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা :	D/O: MD. FOYEZ PATWARI			শাখা Chomphon		881304	15
	C/O: UTTAR HALISHAHAR NATUN PARA			Service Cell		30/12/2021	
বীমাগ্রাহকের বয়স :	P.O.: HOUSING STATE-4216			এফ পি আর (ECB43-12)			
27	THANA: HALISHAHAR			ECB-E-21			0
	DIST: CHATTOGRAM 01407603052			ইস্যুর তারিখ 66/21			
				12/01/2022			
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 32135
400000	31320	0	800	32120	15	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং :	103001244/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000						30/12/2022



পত্রাক্রমের স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra. 2 Per

Include Pregnancy Clause

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা



# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-FPR

Business Month: **December, 2021**

**Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni**

Entry Date: 12/01/2022 12:00:00A

Mobile No: 01407603052

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo

**103254303-2**

Age at Entry

27 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan

FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR  
16 YEARS TERM

Table & Term

01-16

Supplementary Cover

NILL.

0.00

Proposer's Name

RUNA AKTER

Proposer's Address

D/O: MD. FOYEZ PATWARI  
C/O: UTTAR HALISHAHAR NATUN PARA  
P.O.: HOUSING STATE -4216  
THANA: HALISHAHAR  
DIST: CHATTOGRAM 01407603052

Extra Loading:

Tk. 800

Include CL Lien 40% For 05  
Year to this Policy.

Sum Assured

400,000

FOUR LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR

Policy Option

C

Basic Premium: 31,320.00

Suspense:

15.00

Total Premium

By PR- 880724,881304

30/12/2021,30/12/2021,

**32,120.00**

THIRTY TWO THOUSAND ONE HUNDRED TWENTY 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.

Nominee's Name

ARUNA AKTER, SISTER, 23 YRS

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

., Yrs.

Date of FPR:

12/01/2022

FPR No:

ECB-E-2166/21

RiskDate:

12/01/2022

Date of Proposal

30/12/2021

Proposal No:

ECB-E-2166/21

Date of Commencement

30/12/2021

Premium due date:

ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date

30/12/2036

Next Due Date:

30/12/2022

Date Of Maturity

30/12/2037

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 30/12/2025

2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029

3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033

4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037

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

Organization Set-up:

103001244/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000

Checked

Countersigned



# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

Phone : 8392361-4, Fax : 88-02-8392370

## POLICY SUMMARY

DATE 09.09.22

### OFFICE INFORMATION

Policy No. 2166/11 Proposal Date  
Branch No. 103254302 Branch Code  
Branch Name F-

### ORGANIZATION

1015001244 D.C.  
R.C.  
D.V.C.  
C.C.

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 12.01.22 Date of Commencement 30.12.21  
Entry Age & Proof Code 17 01

Assured/Pension/Annuity (In Taka) 4,50,000/-

In Word FOUR LAKH FIFTY THOUSAND

& Term 01 16 Mode of Payment JKI

Installment Premium (In Taka) 35235/-

In Word 31320

### SUPPLEMENTARY COVER

Code	Premium
DIAB/PDAB	
HB	

### EXTRALODGING

Code	Premium
✓ F/E or O/E	900/-
EM	

Installment Premium (In Taka): 36135/-

In word 32120

Option C

Premium Due Date

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MR. RUMA AKTER

Proposer's Present Address MD. FOJEB ATWA  
C/O - UTTAR HALISHA  
VILL. NATUN PARA  
THANA - HALISHA  
DIST. - CTM

Nominee's Name Age & Relation ALEHA AKTER - 23

Guardian's Name Age & Relation

### OTHERS INFORMATION

Medical 07 Std/S.Std. 07

Sex 02

### CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age

Proof Sex

No. of extra Policies

Mrs - 01407603052

### PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

### PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
30.12.21	880729	321

Suspense Amount 13

Premium Rate % 80.30

Prepared by

Verified by



# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

পলি :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

স্বাক্ষর নথি-৬

Accepted with FIE@  
40% (Forty) Constant  
Semi Assured for 1st  
1st pregnancy clause

Md. Akhlaq  
Senior Vice President, No-10  
Incharge (Underwriting)  
Rajali Life Insurance Co. Ltd  
Head Office

Medical Adviser :

22/10/22



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।

পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

880724

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

তারিখঃ

৭১৪০৭৬৭৩০৬২

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে - ৬২২২৭

টাকা

পরমা (কথায়)

৪১২৮২২৮

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রাপ্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকাঃ ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

৬২২

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষাণ্মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপেক্ষে এই টাকা আমানত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমাদানকারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যান্ডার্ড পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)  
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার  
স্বাক্ষর ও সীল





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।  
পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

881304

PR নংঃ

তারিখঃ

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে

টাকা

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকাঃ

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষান্মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিক্রান্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপেক্ষে এই টাকা আমানত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমাদানকারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক বৃদ্ধি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উক্তব্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)  
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কম্পিউটার/ফাইল কপি  
MD. AKHTEARUL ALAM  
ID No -0339  
Rupali Life Ins Co. Ltd.  
Chittagong.







**ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি**

১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(ক) ..... (খ) ..... কেজি/হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) .....																				
১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?	(ক) ..... (খ) ..... (গ) ..... (ঘ) .....																				
১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(ক) ..... (খ) .....																				
১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মূগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রুকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) গ্রীবা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<table border="1"> <tr> <th>হ্যাঁ</th> <th>না</th> </tr> <tr> <td>বলুন</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
হ্যাঁ	না																				
বলুন																					
.....	.....																				
.....	.....																				
.....	.....																				
.....	.....																				
.....	.....																				
.....	.....																				
.....	.....																				
.....	.....																				
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?..... কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত?..... ফু/মিঃ..... ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ..... ইঃ..... সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ..... ইঃ..... সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ..... ইঃ..... সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন .....																					

**২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম**

কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাউকেও জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখার জন্যে বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমান অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
---	-----------------------------------

**মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা**

নাম : .....	বয়স : ৩৭
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? .....	খ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
খ) আপনার মাসিক আয় কত? .....	গ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? .....	ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? .....	ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি?
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? .....	ড) তাঁর মাসিক আয় কত?
চ) আপনি কি বিবাহিতা? .....	ঢ) তাঁর পেশা কি?
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? .....	ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি?
জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? .....	ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা .....

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

**ঘোষণা**

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সত্বে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্বিকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর ঝুঁকির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : .....	স্থান : .....	পুরো নাম : .....
পদবী : .....	কোড : .....	ঠিকানা : .....
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : .....	কোড নং : .....	প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর : .....
পুরো নাম : .....		তারিখ : .....

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমা গ্রাহক বর্তমান পেশায় পরিবর্তন বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

JAMID 10/2/2014  
 Rupali Life Insurance Co. Ltd.  
 Chattogram Division Office  
 (শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)  
 পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০  
 রেজি নং : C-39345(1303)/99

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন



(সিকজয়নি ফরম-৩)

2021-12  
1993-03  
26-08  
27

[ বিধি-৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (সিটি কর্পোরেশন) বিধিমালা, ২০০৬ ]  
(জন্ম নিবন্ধন বহি হইতে উদ্ধৃত)

সনদ ইস্যুর তারিখ: ০৫-০৫-২০১৯

\*প্রথম চার অঙ্ক ব্যক্তির জন্য সাল, পরবর্তী ঠিক অঙ্ক এরিয়া কোড ও শেষ ছয় অঙ্ক ধারা ক্রমিক।

*[Handwritten signature]*  
MO. M. N. J. [illegible]  
JANU 10/98  
Rajal & [illegible]  
Chattogram Division Office



**रूपाली लाइफ इन्सुरेन्स कम्पनी लिमिटेड**  
**RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED**

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

## ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্ট

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....  
 (খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম..... (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর  
 (গ) পেশা..... (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা  
 (ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা..... (গ) বীমাকৃত টাকা.....  
 ..... (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....  
 ৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....  
 ৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

৫। আপনার পরিবারে মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?		(চ) মৃত্যুশয্যে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুজের উপস্থিতি।	
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?		(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।		(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোনিয়া প্রবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।		(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।		৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এন্ডরে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন।	
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।			
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যাধি, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।		(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	

## পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	কোন শারীরিক অঙ্গ	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ		মৃত্যুর সন
বাবা	১	৫২	০৮.৫				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :
মা	১	৪৭	১				(ক)। আপনি কি কর্তমানে অঙ্কুসত্ৰা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
ভাই	১	১০	১				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
বোন	৬	২০-২৫, ২০	১				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
স্বামী/স্ত্রী							(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
ছেলে							(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মেয়ে							



আমি নিম্নাঙ্করকারী এদ্বারা ঘোষণা করিতেছি যে, প্রত্যেক প্রশ্নের প্রদত্ত উত্তর আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি। বর্তমানে আমি সম্পূর্ণ সুস্থ আছি এবং উল্লেখিত বিবৃতিতে কোন সত্য গোপন করি নাই। আমি এই ঘোষণার মাধ্যমে উল্লেখিত সমুদয় বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য আমার সাথে কোম্পানীর প্রস্তারিত জীবন বীমার চুক্তি হিসাবে মানিয়া লইলাম। আমি আরও ঘোষণা করিতেছি, উপরোক্ত বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রের কোন অসত্য বিবরণ থাকিলে প্রস্তাবিত বীমাচুক্তি বাতিল বলে গণ্য হবে ও প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হইবে। অত্র ঘোষণার মাধ্যমে প্রত্যেক হাসপাতাল চিকিৎসক সার্জন বা অন্য কোন ওয়াকিবহাল ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান যাহারা আমার সম্বন্ধে জ্ঞাত আছেন তাহাদের প্রত্যেককে আমার সম্বন্ধে কোন শারীরিক ও মানসিক পীড়ার তথ্য জানা থাকিলে তাহা কোম্পানীকে অবগত করার অনুমতি দিলাম।

কনা এফ  
প্রভাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	হ্যাঁ	১। প্রশ্নাব পরীক্ষা ফল	হ্যাঁ
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোক্তচিত্রিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন ১.৫.১.১. সুগার ১.৫.১.১. এলবুমেন ১.৫.১.১.	হ্যাঁ
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) প্রশ্নাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	হ্যাঁ	(গ) প্রশ্নাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	হ্যাঁ	৩। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'৭" সে: মি: / ফু: ই:	হ্যাঁ
(গ) গ্রাস্ত ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) ওজন ২২০ কিলো/পা:	হ্যাঁ
৩। (ক) পাকস্থলী, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩১.৭ সে: মি: / ই:	হ্যাঁ
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩৪.৭ সে: মি: / ই:	হ্যাঁ
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ৩১.২ সে: মি: / ই:	হ্যাঁ
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	২০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	হ্যাঁ
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	স্থান ১৬/১২/১৫ তারিখ ২-২-২০	হ্যাঁ
৫। (ক) নাকের গতি কত? ধরণ কেমন?	হ্যাঁ	পূরো নাম	হ্যাঁ
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	হ্যাঁ	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	হ্যাঁ
(গ) রক্তচাপ ১ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	হ্যাঁ	ডিগ্রী	হ্যাঁ
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	হ্যাঁ
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করান।	হ্যাঁ	কোড নং	হ্যাঁ
৬। পনোরিহা, সিকিলিস, বৈম বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	হ্যাঁ	বর্তমান ঠিকানা	হ্যাঁ
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	হ্যাঁ	DR: M: A: KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile:-01673-720550	হ্যাঁ





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

Pathantooly Road (Opposit of Khan Bari  
in Miah Bari), Chowmuhany, Chittagong.  
Cell : 01817-706484, 01813-691968

NAME : RUNA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-27 years

REFERRED BY : PROF/DR. : R.L.I

DATE 02 01 2022

SL.No. 99

## PHYSICAL

COLOUR : Straw  
SEDIMENT : Nil  
SP.GRAVITY : 1012

## PHYSICAL

REACTION : Acidic  
SUGAR : Nil  
ALBUMIN : Nil  
EXCESS OF PHOSPHATE : Nil  
ACETONE :  
UROBILINOGEN :  
BILE SALTS :  
BILL PIGMENTS :  
KETONE BODIES :

## MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-3/hpf  
RBC : Nil  
EPITHELIAL CELLS : 0-4/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

**CRYSTALS** Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMORPHOS PATES :

**CASTS** Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :

কমিউন

Attended

CHECKED BY

DR. M.A. ULLAH SAYED  
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)  
BMDC Reg. No-27743  
CLINICAL PATHOLOGIST

DR. M.A. ULLAH SAYED  
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)  
BMDC Reg. No-27743  
CLINICAL PATHOLOGIST  
CONSULTANT

एक क शीघ्र

၁၀၆၇၈၀၆၀-၂ ၀၇/၇/၂၂

[illegible]

ମାଧୁ ଆରମ୍ଭ ୦୫୦୭ ୦୯୧୫

## बांग्लादेश की

01407603052

জিনিসদান (অর্থিক)

ସମ୍ପାଦନା

କ) ପ୍ରାର୍ଥନା କରିବାକୁ ସମ୍ମତ :	ହଁ	<input type="checkbox"/>	ନା	<input type="checkbox"/>
ଖ) ପ୍ରାର୍ଥନା କରିବାକୁ ସମ୍ମତ ନୁହେଁ :	ହଁ	<input type="checkbox"/>	ନା	<input type="checkbox"/>
ଗ) ଶୁଦ୍ଧ ଶିଖରା ଗନ୍ଧକରା :	ହଁ	<input checked="" type="checkbox"/>	ନା	<input type="checkbox"/>
ଘ) ଶୁଦ୍ଧ ଶିଖରା ଗନ୍ଧକରା (ନାହିଁ) (ବଳି ଶାଢ଼ୀ) :	ହଁ	<input checked="" type="checkbox"/>	ନା	<input type="checkbox"/>
ଙ) ପ୍ରାର୍ଥନା କରିବାକୁ ସମ୍ମତ ନୁହେଁ :	ହଁ	<input type="checkbox"/>	ନା	<input type="checkbox"/>
ଚ) ଶୁଦ୍ଧ ଶିଖରା ଗନ୍ଧକରା (ନାହିଁ) (ବଳି ଶାଢ଼ୀ) :	ହଁ	<input type="checkbox"/>	ନା	<input type="checkbox"/>

কি হতে যখনই জনগণে প্রতিষ্ঠা দলিলাদি হতে অবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি নমিল প্রদান করতে হবে। তবে জনা নিবন্ধন সনদ প্রদানকৃত পলিসি খোলায় কোথায় জনা নিবন্ধন সনদপ্রদানের অতিরিক্ত পলিসি হোজারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। প্রত্যেকজনকেই প্রতিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সবটাই সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমস্ত প্রমাণ প্রদান করা হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোজারের আলোকচিত্রসহ (প্রত্যেকজনকেই উপরে পূর্ণায় সত্যায়নকর) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে প্রত্যেকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সবটাই সাপেক্ষে উপরে য হতে চ নথর জনগণে প্রতিষ্ঠা দলিলাদির অতিরিক্ত আরো কোনো নমিলাদি এবং এই নথর প্রতিষ্ঠিত তথ্যসমূহ অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

1. सूची बनाएँ।

ਅਮਰਨਾਥ ਜੀ: ਅਰੁਣ ਫਲਿਨ ਤੇ  
ਸ਼ਾਰੰਗ ਫਲਿਨ

आयुर्विज्ञान/वर्तमान शिक्षणा :

37. 2018-19-2019-20

$$2\pi\sqrt{\frac{1}{\mu_0\epsilon_0}} = (c\epsilon_0\mu_0)^{-1/2}$$

पूजित राम

সংসদীয় প্রাচীর ভেঙে সশস্ত্র সনসান, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন বোর্ডের ৯ম ও তদুর্ধ্ব পর্যন্ত ব্যক্তিগত কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পতিদস্যবর মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয় ও মাদ্রাসা শিক্ষক, কর্তৃত্ব ইত্যাদি পত্রিকার সম্পাদক, বোটারি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্বশাসিত/বহুতালুক সংস্থার জাতীয় বেতন বোর্ডের ৯ম ও তদুর্ধ্ব পর্যন্ত প্রদত্ত কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন বোর্ডের ৯ম ও তদুর্ধ্ব পর্যন্ত কর্মকর্তাগণকে বৃত্তাবে।



১. প্রকল্পের উদ্দেশ্য (সংক্ষেপে) :

২. প্রকল্পের প্রকৃতি :

৩. প্রকল্পের উদ্দেশ্য (সংক্ষেপে) :

৪. প্রকল্পের প্রকৃতি : মানসিক ☐ আর্থিক ☐ সামাজিক ☐ স্বাস্থ্য ☒ অন্যান্য ☐

৫. প্রকল্পের পরিমাণ : ৩২২০

৬. প্রকল্পের পরিচালকের নাম :

(ক) ব্যক্তি (তথ্যাদেশ)

(খ) নগর

৭. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	স্বাক্ষর :
পিতার নাম :	তারিখ :
মাতার নাম :	
পিতা/ মাতার নাম :	
পেশা :	
বর্তমান ঠিকানা :	
স্থায়ী ঠিকানা :	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :	
টেলিফোন (বাস) :	টেলিফোন (অফিস) :
মোবাইল : ০১৭০৭ ৬০৩০৫২	ফ্যাক্স :
ই-মেইল :	

(মনোনীত ব্যক্তি একদিক হলে ছবির সন্ধান ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে)

৮. বীমা প্রকল্পের স্থিতি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মন্তব্য অংশে বিবর্তনশীল (Subjective) বিবেচনায় প্রকল্পের স্থিতি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মতামত প্রকাশ করা হবে। প্রকল্পের স্থিতি নির্ধারণের ক্ষেত্রে প্রকল্পের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিবেচনা করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, আয়ের মাত্রা, প্রকল্পের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদি অন্যান্য বিশেষ নিকট বিবেচনায় নিয়ে প্রকল্পের উচ্চ বা নিম্ন স্থিতি সম্পর্কে হিসেবে প্রেক্ষাপট করা হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিবেচিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি, মাত্রা, পরিচয়পত্রের স্থিতি নির্ধারণ করতে হবে। প্রকল্প উচ্চ স্থিতিপূর্ণ হলে নিম্নের তথ্যাদেশ করতে হবে।]

৯. মন্তব্য :

--

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/ বিশেষদায়ী ম্যানেজারের স্বাক্ষর  
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর  
(সিল ও তারিখ)



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

## বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৫৪৩০৩ -২  
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম হুমায়ুন  
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম হুমায়ুন, পোস্ট অফিস  
 ➤ জেলা ফরিদপুর। যোগাযোগের ঠিকানা : ১৩৪২ নম্বর, হুমায়ুন
- তারিখ ০৫/৩/২২  
 বয়স ২৭  
 থানা ফরিদপুর

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	দীর্ঘ দিন অর্থাৎ
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	০৫/০১/২০২১
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্থাস্থ্যের অধিকারী?	হ্যাঁ
০৫।	আপনি কি নিশ্চিত যে, তার অভ্যাস ও জীবন যাত্রা স্বাভাবিক এবং তার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয়?	হ্যাঁ
০৬।	তার পেশার সঠিক বিস্তারিত বিবরণ লিখুন?	মেলা/২ কাজ
০৭।	তার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি? আপনি কি মনে করেন প্রস্তাবিত বীমা অংক তার আয়ের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ?	হ্যাঁ
০৮।	তার আয়ের উৎস কি?	৩০০,০০০
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	১২০,০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	অন্য
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাদৃষ্টে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে হয় কি?	হ্যাঁ
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?	হ্যাঁ
১৪।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি?	না
১৫।	আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি?	হ্যাঁ
১৬।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি?	হ্যাঁ

- বীমা প্রতিনিধির স্বাক্ষর M. O.  
 ➤ পুরো নাম M. O.  
 ➤ পদবী M. O.  
 ➤ স্থান M. O.
- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর  
 ➤ পুরো নাম  
 ➤ পদবী  
 ➤ অফিসের নাম  
 ➤ ঠিকানা



১. আমার আয়-ব্যয়

২. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

৩. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

৪. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

৫. আমার আয়-ব্যয়

৬. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

৭. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

৮. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

৯. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

১০. আমার আয়-ব্যয়

১১. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

১২. আমার আয়-ব্যয় হিসাবের বিবরণ

১৩. আমার আয়-ব্যয়

১৪. আমার আয়-ব্যয়



ফোন : পি.এ.বি. এক্স ৬১৬৫০১, ৬১৬৫০৮

(TRADE LICENCE)



প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা  
(স্বাক্ষর ও সীল)  
(দীপক চন্দ্র দত্ত)  
প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা, সচিব  
মহানগর পানি কর্তৃপক্ষ, গুৱাহাটী





## শর্তাবলী


ফর্ম - "ও"

THE CITY CORPORATION (TAXATION) RULES 1986 এর 44 নং বিধিতে

- ০১ এই অনুমতি পত্র (লাইসেন্স) প্রদান কোনক্রমেই পূর্বের অনাদায়ী কর সারচার্জসহ আদায় ও অন্যান্য আইনগত ব্যবস্থা গ্রহণের মেয়াদের ক্ষমতা ক্ষুণ্ণ করিবে না।
- ০২ ইস্যুর পরবর্তী প্রত্যেক সনে নবায়নের জন্য এই অনুমতি পত্র (লাইসেন্স) অবশ্যই উপস্থাপন করিতে হইবে।
- ০৩ অগ্নি নির্বাপনের নিমিত্তে প্রয়োজনীয় সামগ্রী যথোপযুক্ত রাখিতে হইবে।
- ০৪ উল্লেখিত পেশা/ব্যবসা ছাড়া এই অনুমতি পত্রের (লাইসেন্স) ক্রান্তে অন্য কোন পেশা / ব্যবসা পরিচালনা করা যাইবে না।
- ০৫ লাইসেন্সধারী লাইসেন্সটি ব্যবসা প্রতিষ্ঠানে সংরক্ষণ করিতে হইবে এবং পরিদর্শনকালে চাহিবা মাত্র কর্তৃপক্ষকে দেখাইতে বাধ্য থাকিবে।
- ০৬ এই লাইসেন্স, লাইসেন্স উল্লেখিত স্থানের জন্য উৎখাপিত নামকরণ, দখল স্বত্ব, ভাড়াটিয়া স্বত্ব, মালিকানা স্বত্ব বা ঐ ধরনের কোন স্বত্ব বা স্বার্থ প্রমাণের বেলায় প্রযোজ্য হইবে না।
- ০৭ কোন গোপন করা তথ্য পরে গোচরীভূত হইলে এই লাইসেন্স বহাল থাকিবে না।
- ০৮ কর্পোরেশন কর্তৃপক্ষের নিকট হইতে পূর্ব অনুমোদন ব্যতীত কোন রকম পরিবর্তন, পরিবর্ধন বা ব্যবসার ধরণ বদল করা যাইবে না।
- ০৯ লাইসেন্সধারীকে জনসাধারণের সাথে অবশ্যই ভাল ব্যবহার করিতে হইবে।
- ১০ মালিকানা স্বত্ব অথবা সংশ্লিষ্ট অঞ্চলে ব্যবসার স্থান পরিবর্তন হলে ব্যবসায়ীকে কর্তৃপক্ষের অনুমোদন লইয়া লাইসেন্স ফি ১০% হারে সংশোধনী ফি জমা দিতে হইবে।
- ১১ লাইসেন্সধারী নিষেধ, কনফায়েন্স বা রাস্ট্রের অধিকার কোন প্রকার ব্যবসায়িক কার্যক্রম চালাইতে পারিবেন না এবং লাইসেন্সধারী তাহার ব্যবসার দ্বারা প্রতিবেশি/পাশচারী অন্য যে কোন ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের সমস্যা/বাধার সৃষ্টি করিতে পারিবেন না।
- ১২ লাইসেন্স হারাইরা গেলে কিংবা নষ্ট হইয়া গেতে তাৎক্ষণিকভাবে নিকটস্থ থানায় ডায়েরী করিয়া ও পরিকায় বিভাগে দিয়া উভয়ের অনুলিপি সহ পুনরায় ট্রেড লাইসেন্স প্রাপ্তির জন্য প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তার নিকট আবেদন করিতে হইবে।
- ১৩ লাইসেন্সধারীকে ব্যবসা বন্ধ করার সাথে সাথে লাইসেন্সটি কর্তৃপক্ষের বরাবরে জমা করিতে হইবে। অন্যথায় লাইসেন্সধারী কর্পোরেশনের পাওনা পরিশোধে বাধ্য থাকিবেন।
- ১৪ উপরোক্ত যে কোন শর্ত ভঙ্গের জন্য এই অনুমতি পত্র (লাইসেন্স) বাতিল বলিয়া গণ্য হইবে।

  
অনুমতিপত্র প্রদানকারী  
(ফর্ম ও নামসহ সীল)  
উপস্থাপন কর্তৃক  
উপস্থাপন সিটি কর্পোরেশন

  
কর কর্মকর্তা  
(ফর্ম ও নামসহ সীল)  
উপস্থাপন কর্তৃক  
উপস্থাপন সিটি কর্পোরেশন

  
প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা  
(ফর্ম ও নামসহ সীল)  
(স্বীকৃত চিহ্ন)  
প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা  
উপস্থাপন সিটি কর্পোরেশন