

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-Deed)

Business Month: **August, 2021** EPZ Agency Office[ECB4315] S.Cell:Chowmuhoni Servi

Entry Date 21/09/2021 12:00:00A Mobile No: 01982258556 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103253129-6** Age at Entry 25 YRS. AGE ADMITTED(1)

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

Table & Term 01-12 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name AKLIMA AKTER ANKHI

Proposer's Address W/O:SHAMSHUL HOQUE
VILL: ANJORHAT
P.O.:ANJORHAT THANA CHAR FASHION
DIST BHOLA 01982258556

Extra Lodging: Tk. 300 Include CL Lien 30% For 4 Year to this Policy.

Sum Assured 600,000 SIX LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment QUTE Policy Option C Basic Premium: 15,690.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 871603 15/08/2021,,
15,990.00 FIFTEEN THOUSAND NINE HUNDRED NINETY 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 SUMAIYA AKTER TOMA, DAUGHTER, 05 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: BAKUL BEGUM, GRAND MOTHER, 50 YRS.

Child's Name ,, Yrs.

Date of FPR: 21/09/2021 FPR No: ECB-E-974/21 RiskDate 03/10/2021

Date of Proposal 15/08/2021 Proposal No: ECB-E-974/21 Date of Commencement 15/08/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 15 AUGUST, NOVEMBER, FEBRUARY AND MAY IN EVERY YEAR

Last premium due date 15/05/2033 Next Due Date: 15/11/2021 Date Of Maturity 15/08/2033

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 15/08/2024
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/08/2027
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/08/2030
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 15/08/2033
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

SCAN
COMPLETE

Organization Set-up: 103000568/10300286/1030344/102762/102184/101217/100899

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

Countersigned
MAKBUDUR RAHAMAN
J.E.V.P (ADMIN) ID NO.-307
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Chattogram Servicing Center

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১১০০। ০৪/১০/২০২১

Ekok Bima

ফাইল কপি

Include CL Lien 30% For 4 Year

বীমা পত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুকের তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	লি. আওতা/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103253129-8	ECB-E-974/21	15/08/2021	03/10/2021	01-12	Qty	871603	15990
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 25	AKLMA AKTER ANKHI W/O: SHAMSHUL HOQUE VILL: ANJORHAT P.O.: ANJORHAT THANA: CHAR FASSON DIST: BHOLA 01982258556			শাখা EPZ Agency Office (ECB4315) এফ লি অফিস ইস্যুর তারিখ ECB-E-97 4/21 21/09/2021		15/08/2021	0 0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 15990
600000	15890	0	300	15990	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ 15/11/2021
স্বাংগঠনিক কোড নং : 103000588/10300286/1030344/102762/102184/101217/100899							

পরিচালক/প্রবর্তক

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

অতিরিক্ত প্রিমিয়াম

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-FPR)

Business Month: **August, 2021**

EPZ Agency Office[ECB4315] S.Cell:Chowmuhoni Servi

Entry Date 21/09/2021 12:00:00AI

Mobile No: 01982258556

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo **103253129-6** ✓

Age at Entry

25 YRS. AGE ADMITTED(1) ✓

Name of plan

FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM

Table & Term

01-12 ✓

Supplementary Cover

NILL. 0.00

Proposer's Name

AKLIMA AKTER ANKHI

Proposer's Address

W/O SHAMSHUL HOQUE
VILL: ANJORHAT
P.O: ANJORHAT THANA: CHAR FASSON
DIST: BHOLA 01982258556

Extra Loading:

Tk. 300

Include CL Lien 30% For 4 Year to this Policy.

Sum Assured

600,000 ✓

SIX LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment

QUTE

Policy Option

C

Basic Premium:

15,690.00 ✓

Suspense:

0.00

Total Premium

By PR- 871603

15/08/2021,

15,990.00 ✓

FIFTEEN THOUSAND NINE HUNDRED NINETY TAKA ONLY

Event of Happening

2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

Nominee's Name

SUMAIYA AKTER TOMA, DAUGHTER, 05 YRS

Guardian's Name

GUARDIAN: BAKUL BEGUM, GRAND MOTHER, 50 YRS.

Child's Name

., Yrs.

Date of FPR:

21/09/2021

FPR No:

ECB-E-974/21 ✓

Risk Date:

03/10/21
~~21/09/2021~~

Date of Proposal

15/08/2021

Proposal No:

ECB-E-974/21

Date of Commencement

15/08/2021

Premium due date:

ON THE DATE OF 15 AUGUST, NOVEMBER, FEBRUARY AND MAY IN EVERY YEAR

Last premium due date

15/05/2033

Next Due Date:

15/11/2021

Date Of Maturity

15/08/2033

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 15/08/2024
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/08/2027
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/08/2030
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 15/08/2033

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

Organization Set-up:

103000568/10300286/1030344/102762/102184/101217/100899

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 :

OFFICE INFORMATION

Policy No.	979/21	Proposal Date	
No.	103263129-6	Branch Code	
No.		Branch Name	

ORGANIZATION

103000568	D.C	
	R.C	
	D.V.C	
	C.C	

POLICY RELATED INFORMATION

te	15.10.21	Date of Commencement	15.10.21
Birth	25.01.97	Entry Age & Proof Code	25/1
Insured/Pension/Annuity (In Taka)			6,00,000
Word	SIP LAC TAKA ON		
Term	01	Mode of Payment	12
Installment Premium (In Taka)			15,690/-
Word			

SUPPLEMENTARY COVER

	Code	Premium
IAB/PDAB		
HB		

EXTRALODGING

	Code	Premium
✓ F/E or O/E		1500/-
EM		

Installment Premium (In Taka):	15,990/-
Word	
Option	
Premium Due Date	

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name	Aklima Akter Akter
Proposer's Present Address	W/O:- Shamzul Haque vill:- Anchar Hat P.S:- Chok Farukhion Dhaka.
Nominee's Name Age & Relation	Sumia Akter. 05.01.21 Bakul Begum. 20.01.21 G. Mother.
Guardian's Name Age & Relation	

OTHERS INFORMATION

Medical	01	Std/S.Std.	01
Sex	02		01

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth		Age	
Proof		Sex	
No. of extra Policies			

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
15.10.21	871603	15990

Suspense Amount	
Premium Rate %	104.60

Verified by

Prepared by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ous Policy / Policies :

মার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Age related rating &
and 30% constant
Assured for 1st 0
th Term

Me
Exo
L
Rupa

MD
Senior Vice President
Rajpall Life Insurance Co. Ltd.
Kolkata Office

Adviser :

20/09
4



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:

০১৭৪২২৫৪৫৫৬

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

871603

PR নং :

তারিখ : ২৫/৮/২০২০

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

আকলিমা আকতার-আজি

নিকট হতে- ২২২০২০

টাকা

পয়সা (কথায়)

এর

(স্বাক্ষর)

নয়নজ নন্দী

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা : ১। স্বল্পসংখ্যক/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/যাট্মাধিক/ট্রেম/প্রক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপক্ষে 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 স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতপ্রাপ্ত কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও সীল



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

সার্ভিস সেল কোড নং

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

প্রস্তাবপত্র নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

১৭৪৮২
১০৬২৪৬০২২-১

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
১০৬০০০০০০	এফ.এ		ডি.সি		
	ইউ.এম		আর.সি		
	বি.এম		ডি.ডি.সি		
	বি.সি		সি.সি		

প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর প্রস্তাবকের নিজ হস্তাক্ষরে বা তার নির্দেশানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : আবদুল্লাহ আলী
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : আবদুল্লাহ হক ইংরেজীতে :
 (ঘ) মাতার নাম : আবদুল্লাহ বেগম ইংরেজীতে :
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সেলুলার ফোন ৩ জনার
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ৩৫৫ + পো: ৩৫৫৫৫ হাট
খানা: চব্বতমালা - জেলা: জামালপুর
 মোবাইল নং :
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা :
 মোবাইল নং : ০১৭৪২-২৫৪৫৫৬

৩। জন্ম তারিখ ১৫-০২-১৯৮৭ বয়স ২৫ বছর জন্মস্থান নিজামপুর জাতীয়তা বাংলাদেশী
 ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন? কেন এমন

৪। (ক) বীমা অংক ১০০০০০০ (দুই লক্ষ) ৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন।
 (খ) তালিকা নং ০২ মেয়াদ ১২ বৎসর নির্দিষ্টনাভীভূত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি) ১০৪.৬০
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☒ বার্ষিক ☒ ত্রৈমাসিক ☒ এককালীন নির্দিষ্টনাভীভূত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং টাকা

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? সহযোগী বীমা আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২৪৪০০০০ আয়ের উৎস কি? সেলুলার ফোন
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন নিজ
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

৭। ২ বছর পলিসি চালু থাকে সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

৮। আপনার বা আপনার পরিবারের কারো জীবনের উপর অন্য কোন জীবন বীমা থাকলে বিবরণ দিন। না

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	বুকের তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মুহাম্মদ আলী আলী বয়স ৫ বছর সম্পর্ক স্বামী
 (২) মুহাম্মদ আলী আলী বয়স ৫ বছর সম্পর্ক স্বামী
 (খ) অগ্রাণ্ড বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম মুহাম্মদ আলী আলী বয়স ৫০ বছর সম্পর্ক স্বামী

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।
 (খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীতা	মৃত্যুর সন
পিতা			মৃত	৪০	হৃদক		২০০০
মাতা			মৃত	৩৭	হৃদক		২০০০
ভাই	০৬	৬৫, ৬৬, ৬৭	জীবিত				
বোন	০৩	২৯, ২৭, ২৫	মৃত				
স্বামী/স্ত্রী	০১	৩০	মৃত				
কন্যা			মৃত				
মেয়ে	০২	০৫, ০২	মৃত				

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 ঠিকানাসহ বিবরণ লিখুন।	(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>২ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে</u> (গ) <u>না</u>																		
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) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>সিন্ড্রোম</u> (ঘ) <u>না</u>																		
১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u>																		
১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্লীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়েবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুজের 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, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে ক্ষত।	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">বলুন</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">না</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">না</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">না</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">না</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">না</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">না</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">না</td> <td style="text-align: center;">না</td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না
হ্যাঁ	না																		
বলুন	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?..... কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত?..... ফু/মিঃ..... ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণ শ্বাস 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.....	(ক) <u>৬০</u> কেজি/পাউন্ড (খ) <u>৫'৮"</u> ফু/মিঃ..... ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) <u>৩২</u> ইঃ..... সেঃ মিঃ। <u>৩০</u> ইঃ..... সেঃ মিঃ (ঘ) <u>৩২</u> ইঃ..... সেঃ মিঃ (ঙ) <u>না</u>																		

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 পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

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

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা	
নাম : <u>জামানা আরাশিমা</u> ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু?..... খ) আপনার মাসিক আয় কত?..... গ) আপনার আয়ের উৎস কি?..... ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল?..... ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন?..... চ) আপনি কি বিবাহিতা?..... ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন?..... জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তুষ্ট?.....	বয়স : <u>২৫</u> ঙ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>২ বছর পূর্বে</u> ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>মামুন হক</u> ড) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>২০০০০</u> ঢ) তাঁর পেশা কি? <u>ডাক্তার</u> গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? <u>ডাক্তার</u> ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা.....

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত 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 সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন, হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ডাক্তারকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দায়িত্ব 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 স্বাক্ষর রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : <u>হান</u> পদবী : <u>কোড</u>	(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : <u>মাকসুদা</u> পুরো নাম : <u>মাকসুদা</u>
--	---

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

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)
 পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০
 রেজি নং : C-39345(1303)/99

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ

$$C_{\text{eff}} = 3 \times \frac{1}{2} \left(\frac{1}{1 + 1/2} + \frac{1}{1 + 1/4} \right)$$

জন্ম - মৃত্যু

(ସଂସ୍କୃତ ଶିଳାଲେଖନ ଶାସ୍ତ୍ର ଦୃଷ୍ଟିରେ ବିଶ୍ଳେଷଣ)

निबन्ध सं. ०५

নিবন্ধন তারিখ: 20/05/2022
দিন মাস বছর

મનમ દેવુભાઈ ઠાવિયા : ૨૨/૦૫/૨૦૨૨
 મિત્ર મનમ વજનત

କୃତ୍ତିମତ ପରିଚିତି ସଂ: ୨୩୭୨୩୨୩୨୩୬୮୦୨୮୨୩୨

नाम: गणेशनाथ. लखन. भाई

জন্ম তারিখ: সংখ্যা (বিং): ২৪ ০২ ২০০৭ - ☐ ☒ ☐

ਮੇਲਦਾ ਦੁਹਾ ਫੇਰਿਕਾਠ ਸਾਥੀ ਨਾਕਵਰੀ

ଜା.ସଂ.ସଂ. ୧୨୩୪୫୬୭୮୯୧୦

পিতার নাম : ডাঃ ডি. আর. মল্লিক : মাতার : শ্রী. মল্লিক

नाम: अमरजीत पद: बालिका

आवृत्ति विवरण : ०१२० ०५३४७ २१० २५५५ ६०३८९४५५

QmV $\frac{1}{2}mv^2$

Yidiro Law
 Birth Register Archivist
 Sit no-13 (13-24-38)
 Hattigpung City Commal-
 Hattigpung.

B 7 1
(Inscribed circle & center point)
with center point & radius
circle & center point
circle & center point
circle & center point
circle & center point

विद्ययाऽपि नृणां भवति भवति


 ज्योत कुमारिण ज्योतन
 सुविभाग (निकटिणी विधि (डा.)
 ज्योत नं. 3000000
 कर्नाली ज्योतन ज्योतन ज्योतन



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

৩০৩২৮৩২২০-৬

- প্রস্তাবপত্র নং ৯৭৪/২৩
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম আকমিয়া আরতাব আলী
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রামঃ আকমিয়া ডাকঘর
- জেলা চাঁদা। যোগাযোগের ঠিকানা : ৯৭৪/২৩
- তারিখ ২১/০২/২৩
- বয়স ২৫
- থানা চাঁদা

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	দীর্ঘদিন আগে
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	২১/০২/২৩
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 সুস্থতার 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?	২৪৪,০০০ (বৈধ ২৪৪,০০০)
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?	৩৪৪,০০০
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	১০০,০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	ভাল
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্রে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে হয় কি?	না
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?	না
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
- পুরো নাম
- পদবী
- স্থান
- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
- পুরো নাম
- পদবী
- কোড নং
- অফিসের নাম
- ঠিকানা

Md. Shahid Hossain
Deputy Managing Director (Gen)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.

তারিখ :- / / ইং :-

বরাবর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

জনাব,

যথাবিহীত সন্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার সন্মানধনা কোম্পানিতে

একটি ৬০০,০০০ (ছয় লক্ষ টাকা মাত্র) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি মেলিহাঙ্গু করি এবং উক্ত মেলিহাঙ্গু হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৪৪,০০০

টাকা, ব্যয় হয় ২০৭০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন অসুবিধা হবে না।

অতএব মহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে কীমতি করতে পারি তাহার বিহীত বিধান আপনার যেন আজ্ঞা হয়।

নিবেদনকারী/নিবেদিকা

শাকলিমা



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড 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: আবদুল্লাহ আলী
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম: আবদুল হক
(গ) পেশা: চাকরি
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা: চকচকিয়া ডোনা
২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স: ২৫ বৎসর
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালকপ্রাপ্ত/বিধবা
(গ) বীমাকৃত টাকা: ৬০০.০০০
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ: ০২-২২
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? হ্যাঁ
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে? না

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?	<u>না</u>	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	<u>না</u>
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	<u>না</u>	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	<u>না</u>
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা স্নায়বিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	<u>না</u>	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	<u>না</u>
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোনিয়া প্রুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	<u>না</u>	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	<u>না</u>
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	<u>না</u>	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এম্বুলে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	<u>না</u>
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের কোন রোগ।	<u>না</u>	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	<u>না</u>
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	<u>না</u>		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শরীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ		মৃত্যুর সন
বাবা	—		সু	৪০	ড্রাক	২০০১	৮। মহিলাদের বেলার প্রযোজ্য : (ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	—		হ		ড্রাক	২০০৩	
ভাই	০৩	৬৫, ৩৩, ৩৩	ড্রাক				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
বোন	০৬	২২, ২৭, ২৫	হ				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
স্বামী/স্ত্রী	০১	৩০	হ				(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
ছেলে							(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মেয়ে	০২	০৫, ০২	ড্রাক				

ঘোষণা

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী 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 প্রস্তাবিত 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।

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোল্লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করিছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান তারিখ
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর
DR. M. A. KAMAL
MHS, BCS, PGT, FRSH
282, Commerce College Road,
Agrabad, Chittagong.
Mobile: 01673-720550

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদানকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

<p>১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?</p> <p>(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?</p> <p>(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?</p> <p>২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।</p> <p>(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।</p> <p>(গ) গ্রন্থি ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?</p> <p>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) গ্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?</p> <p>(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?</p> <p>৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।</p> <p>(গ) শ্বাসকষ্ট, গ্যা ফোলোসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?</p> <p>৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসকোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?</p> <p>(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।</p> <p>(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।</p> <p>(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিলিটিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</p> <p>৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিবরণিত দিনে লিখুন।</p>	<p>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব ৩০১ সুগার (খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? (গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? ৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা ৫'১০" সে: মি: / ফু: ই: (খ) ওজন ৫০.০ কিগো/পা: (গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩০ সে: মি: / ই: শ্বাস ত্যাগের পরে ৩০ সে: মি: / ই: (ঘ) নাস্তী বরাবর পেটের মাপ ২৫ সে: মি: / ই: ১০। 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 পীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন? বিশদ বিবরণের স্থান স্থান তারিখ পুরো নাম ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল ডিগ্রী ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং কোড নং বর্তমান ঠিকানা DR. M. A. KAMAL MHS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550</p>
--	---



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : AKLIMA AKTER AKHI

SEX ☒ M ☐ F AGE-25 years

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

DATE 23 09 2021

SL.No. 52

E.S.R. 06 mm fall in 1st hour.

HB. 14.0 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 7,000 per. cu. mm.

Red blood cell 4.7 per. cu. mm.

Platelet Count 2,80,000 per. cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	49%	40	-	75%
Lymphocyte	41%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	04%	1	-	6%
Basophil	00%	0	-	<1%

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M.P. (Thick & Thin Film)

PFT :

NORMAL VALUES

HAEMOGLOBIN

Men	=13.0-18.0 gm / dl.
Women	=11.5-16.5 gm / dl.
Infant (full - term)	=13.5-19.5 gm / dl.
Infant, 1 yr.	=11.0-13.0 gm / dl.
Children 3-6 yrs.	=12.0-14.0 gm / dl.
Children 10-12 yrs.	=11.5-14.5 gm / dl.

E.S.R.

05 - 15 mm in 1st hour.	
RBC - 4.5 - 5.5	per. cu. mm.

Total Count (W. B. C.)

Adult = 4.5 - 10.0 thousands / cu. mm.
infant, (full-term) = 10 - 26 thousands / cu. mm.
infant, 1 yr = 6 - 18 thousands / cu. mm.
Children, 4 - 7 yrs = 5 - 15 thousands / cu. mm.
Children, 8 - 12 yrs. = 4.5 - 13.5 thousands / cu. mm.

Total Platelet Count = 1,50,000 - 4,00,000 / cu. mm.

Total Cir. Eosinophil Count = 40 - 400 / cu. mm.

Reticulocyte count :

Adult & Children = 0.2 - 2%
Infant = 2 - 6%

P.C.V : Men = 40 - 50% Women = 30 - 48%

B.T. = 0 - 5 minutes, C.T. = 2 - 6 minutes

COMMENTS (IF ANY):

29/09/21

Attested



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

CHECKED BY


HEMATOLOGICAL REPORT



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

NAME : AKLIMA AKTER AKHI			SEX	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AGE-25 years
REFERRED BY : PROF/DR.: R.L.I					
DATE	23	09	2021	SL.No.	52

PHYSICAL	
COLOUR :	Straw
SEDIMENT :	Nil
SP. GRAVITY :	1012

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

MICROSCOPIC	
PUS CELLS :	0-3/hpf
RBC :	Nil
EPITHELIAL CELLS :	1-4/hpf
MUCUS :	
SPERMATOOZOA :	
PARASITES :	
MICRO ORGANISMS :	Nil
FUNGUS :	
CRYSTALS	Nil
CALCIUM OXALATE :	
URIC ACID :	
TRIPLE PHOSPHATE :	
AMORPHOUS PHOSPHATES :	
CASTS	Nil
HYALINE :	
EPITHELIAL :	
GRANULAR :	
FATTY :	

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY):



CHECKED BY

Attested

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