

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Islami-FPR

Business Month: August, 2022

Kaligonj Agency Office[THB9403] S.Cell:Khulna Serv

Entry Date 12/09/2022 12:00:00A

Mobile No: 01724704617

Medical:

PolicyNo 2080592058

Age at Entry

38 YRS. AGE ADMITTED(4)

Name of plan

FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM

Table & Term

16-12

Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name

MOHTARAMA NAZMUN NAHAR

Proposer's Address

W/O MR. ABDUL ALIM GAZI MD.
VILL.UTTAR SREEPUR, KALUPARA, UTTAR
SREEPUR
P.O.DAKKHIN SREEPUR-9440
THANA KALIGANJ
DIST:SATKHIRA-01724704617

Extra Loading:

TK. 0

Include CL Lien 33% For 04 Year to this Policy.

Sum Assured

60,000

SIXTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR Policy Option

C

Basic Premium: 6,234.00

Suspense: 0.00

Total Premium

By PR- THB9201-20220912-852

12/09/2022,

6,234.00

SIX THOUSAND TWO HUNDRED THIRTY FOUR 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

MST. HALIMA AKTER RUBI, DAUGHTER, 12 YRS

DULY STAMPED

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name

GUARDIAN: MD. ABDUL ALIM GAZI, FATHER, 32 YRS.

Child's Name

,, Yrs.

Date of FPR:

12/09/2022

FPR No:

THB-1666-22

Risk Date:

12/09/2022

Date of Proposal

12/09/2022

Proposal No:

THB-1666-22

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:

202000750/20200239/2020174/206707/206707/206573/203153

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



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Islami Bima

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

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL Lien 35% For 04 Year

| বীমাপত্র নং | প্রস্তাবপত্র নং | বীমা শুরু তারিখ | বুঁকির তারিখ | পরিকল্প ও মেয়াদ | কিস্তির পদ্ধতি | পি. আর/বি. এম নং | গ্রহীত টাকা |
|---|-----------------|-------------------|---------------------|------------------|----------------|------------------|-------------|
| 208059205-8 | THB-1666-22 | 12/09/2022 | 12/09/2022 | 16-12 | Yly | THB9201-2022 | 6234 |
| MOHTARAMA NAZMUN NAHAR বীমাত্রাহকের W/O:MR. ABDUL ALIM GAZI নাম ও ঠিকানা: VILL:UTTAR SREEPUR, KALUPARA, UTTAR SREEPUR বীমাত্রাহকের P.O.:DAKKHIN SREEPUR-9440 বয়স: 38 THANA:KALIGANJ বাস: DIST:SATKHIRA 01724704617 | | | | | | 12/09/2022 | 0 |
| Kaliganj Agency Office(THB9403) এফ পি আর নং THB-1666 ইস্যুর তারিখ -22 12/09/2022 | | | | | | | 0 |
| বীমা অংক | মূল প্রিমিয়াম | সহযোগী প্রিমিয়াম | অতিরিক্ত প্রিমিয়াম | মোট প্রিমিয়াম | উদ্ধৃত জমা | সহযোগী বীমা | মোট |
| 60000 | 6234 | 0 | 0 | 6234 | 0 | NILL. | 6234 |
| সাংগঠনিক কোড নং 202000750/20200239/2020174/206707/206707/206573/203153 | | | | | | 12/09/2023 | |

F. Khatun

AGE ADMITTED(Voter List)

[Signature]

Rupali Life Insurance Company limited

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

12/09/2022

Policy No: 208059205-8 FPR No: THB-1666-22 SC Code: THB
 Proposal No: THB-1666-22 FPR Date: 12/09/2022 SC Name: Khulna Serviceing Cer
 Proposal Date: 12/09/2022 Cdm. Date: 12/09/2022 Office Code: THB9403
 Risk Date: 12/09/2022 Office Name: Kaligonj Agency Office

| Sum Assured | Table & Term | Mode | Total Premium | Total Paid | Suspense | Next Due Date |
|-------------|--------------|------|---------------|------------|----------|---------------|
| 60,000.00 | 16-12 | Yly | 6,234 | 0.00 | (6,234) | 12-Sep-2023 |

Sum Assured In word: SIXTY THOUSAND

Premium In word: SIX THOUSAND TWO HUNDRED THIRTY-FOUR

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAMA NAZMUN NAHAR

Mobile No:

Age & Date of Birth

38 01/10/1984

Special Clause:

AGE ADMITTED(Voter List)

Life Prem: 6,234.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Chain Set up:

202000750/20200239/2020174/206707/206707/2065
 73/203153

| 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:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 1402.65 - 70.13 = 1332.52

UM : 420.80 - 21.04 = 399.76

BM : 280.53 - 14.03 = 266.50

5% Source Tax: 105.2

Net Payable: 1998.78

158

Accepted with 35%
 constant lien of sum
 assured for 1st 04(Four)
 years of the term 12/09/2022

12.9.22
 MD. ASHRAFUR RAHMAN
 MANAGER (ID No-0978)
 RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
 SERVICING CENTER, KHULNA.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রিমিয়াম রসিদ

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

“ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত”

১৩৫. আর.নং

THB9201-20220912-852

| | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-------------------------|---------|----------|-------|---|-------------------------|------------|----------------------|---------------------------------|-----|
| খুঁকির তারিখ | 12/09/2022 | পরিকল্পন নং ও মেয়াদ | 16 - 12 | বীমা অংক | 60000 | প্রি | প্রিমিয়াম কিস্তি | 6234 | | প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি | Ylv |
| MOHTARAMA NAZMUN NAHAR | | | | | | মি য়া ম | সমন্বয় কাল | 12/09/2022 | | সমন্বিত কিস্তির সংখ্যা | 1 |
| | | | | | | | সমন্বিত প্রিমিয়াম | | বর্ধিত প্রিমিয়াম | পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ | |
| | | | | | | | বিলম্ব ফি (যদি থাকে) | | | 12/09/2023 | |
| | | | | | | | সর্বমোট | 6234 | | অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে) | |
| Received by Cash | | | | | | 12/09/2022 1 | | | | | |
| Orgn. | | | | | | 202000750/20200239/2020174/206707/206573/203153/202945/-/-/-/-/-/- | | | | | |
| Taka Inword. Six Thousand Two Hundred Forty four Tk & Only | | | | | | Amount(s): | | | | | |
| তারিখ 12/09/2022 Old FA: | | | | | | উল্লিখিত টাকা প্রিমিয়াম ও বিলম্ব ফি (যদি থাকে) খাতে সমন্বয় করা হলো। MRINMOY HANER S.E.O (ID কার্ড নং ১৭) Rupali Life Ins. Co. Ltd. | | | | | |

MRINMOY HALLER
S.E.O (ID 3043210-4)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Khulna Servicing Center.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী Rupali Life Insurance Com

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল
পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮

প্রস্তাবপত্র / KYC FORM

প্রস্তাবিত বীমা প্রকল্পে-টিক (✓) দিন



- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <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"/> সামাজিক বীমা ডিভিশন |
| <input type="checkbox"/> রূপালী ক্ষুদ্র বীমা তাকাফুল ডিভিশন | <input type="checkbox"/> শরীয়াহ ডিপোজিট পেনশন স্কিম | <input type="checkbox"/> আল আমানত বীমা প্রকল্প | <input type="checkbox"/> রূপালী সঞ্চয় বীমা প্রকল্প | |

PROPOSAL NO. 1666-22 Policy No. 2060 EN 2005-5 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: মোঃ মোস্তাফিজুল আলিম গাফার

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER):

পিতার নাম: মোঃ মোস্তাফিজুল আলিম গাফার মাতার নাম: রাব্বিয়া খাতুন

স্বামী/স্ত্রীর নাম: মোঃ মোস্তাফিজুল আলিম গাফার বৈবাহিক অবস্থা: ☐ অবিবাহিত ☒ বিবাহিত ☐ তালাক প্রাপ্ত ☐ বিধবা

গ্রাহকের পেশা: গৃহিণী ও সন্তান সালিস পদবী:

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ:

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম:

জন্ম তারিখ: ০৩/০৩/৮৪ বয়স: ৩৬ বছর জন্ম স্থান: গুয়াহাটি, অসম, ইন্ডিয়া জাতীয়তা: বাংলাদেশি

ফোন-বাসা: ফোন-অফিস: ই-মেইল:

মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক): ০৩৭৩৪-৩২৭৭৪৩০

শিক্ষণত যোগ্যতা: চীন প্রেসিডেন্ট ডিগ্রি (পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি বা সমমানের সনদের ফটোকপি দাখিল করতে হবে)।

স্থায়ী ঠিকানা: বর্তমান ঠিকানা:

বাড়ী নং/রোড নং: বাড়ী নং/রোড নং:

গ্রাম/শহর: গুয়াহাটি, বঙ্গোপাড়া গ্রাম/শহর:

ডাকঘর: 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)

মনোনীতক এর তথ্য (বীমাযোগ্যস্বার্থ অনুযায়ী)

নাম: মোঃ মোস্তাফিজুল আলিম গাফার নাম:

জন্ম তারিখ: ০৩/২/২০০৬ বয়স: ১৮ জন্ম তারিখ: বয়স:

সম্পর্ক: প্রাপ্ত অংশ: ১২ % সম্পর্ক: প্রাপ্ত অংশ: %

মোবাইল নম্বর: ০৩৭২৪-৭০৪৮৩৭ মোবাইল নম্বর: ০৩৭২৪-৩৬৮৭৪২

অভিভাবকের নাম: মোঃ মোস্তাফিজুল আলিম গাফার বয়স: ৩২ সম্পর্ক: পিতা

বীমা অংক.....২০.০০০.....কথায়.....
 প্রিমিয়াম.....২৩২৬৪.....কথায়.....
 পরিকল্প নং.....২২.....মেয়াদ.....২২.....বুঁকির শ্রেণী.....সহযোগী বীমা ☐ PDAB ☐ DIAB
 প্রিমিয়াম জমা পদ্ধতি ☒ বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ মাসিক ☐ এককালীন প্রিমিয়াম দাতা ☐ নিজে ☐ অন্য
 বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য.....সহযোগী বীমা.....বার্ষিক আয়.....২১.৫৫০/.....আয়ের উৎস.....
 প্রিমিয়াম প্রদানের তথ্য : নগদ/ডিডি/পে-অর্ডার/চেক নং.....তারিখ.....টাকা.....
 কথায়.....ব্যাপকের নাম.....শাখা.....
 পিআর/বিএম নং.....তারিখ.....টাকা.....কথায়.....
 পেনশন পলিসি/শিশু শিক্ষা বীমার 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 '✓' টিকা দিন) : ☐ নিজে ☐ অভিভাবক ☐ অন্য কেউ
 প্রিমিয়ামদাতা অন্য কেউ হলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন:.....
 বীমা প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত 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 | ১ | ৬৫. | কেন্দ. | | | | ৭ |
| মাতা | ১ | ৬০. | কেন্দ. | | | | |
| ভাই | ২ | ৩২, ৪০. | কেন্দ. | | | | |
| বোন | ২ | ৩৪, ৬৭. | কেন্দ. | | | | |
| স্বামী/স্ত্রী | ১ | ৩২. | কেন্দ. | | | | |
| পুত্র | — | — | — | | | | |
| কন্যা | ১ | ২২ | কেন্দ. | | | | |

| | |
|--|---|
| 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 সংক্রমণ 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 |
| মূগী বা স্নায়বিক সমস্যা | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| ঘন ঘন কাঁশি, ব্রংকাইটিস, অ্যাজমা, নিউমোনিয়া, প্রিউরিসিস, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| পাকস্থলী বা অন্ত্রে কোন সংক্রমণ | <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, প্রস্রাবে গুরুত্ব, 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, দূর্ঘটনা, 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 |

શારીરિક પરિમાપ

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 টিকা (✓) দিন

শিক্ষাগত যোগ্যতা: ডিগ্রি - মাসিক আয়: ৳০০০ - আয়ের উৎস: পাঠ্যক্রম ও মাসিক মূল্য

আয়ের উৎস কি নিজস্ব ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি করদাতা? ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি বিবাহিত? ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি এখন সন্তান সম্বা? ☒ না ☐ হ্যাঁ

স্বামীর নাম শ্রী: আলম গাফার স্বামীর পেশা মুসলিম কৃষক স্বামীর মাসিক আয় ১০০০/-

সর্বশেষ মাসিকের তারিখ: ৪/১১/২২ সন্তান সংখ্যা: ১৫৭ কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? ২২/০৮

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 D D M M Y Y Y Y

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 দেওয়া 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 ব্যধি? | <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 উল্লেখিত 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 গন্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাৱশ্যকীয় 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)

উল্লয়ন কর্মকর্তাদের কোড সেটআপ

| | | |
|------------|-----|--|
| এফ.এ. কোড | ৭৫০ |  MD. SUKUR ALI General Manager Rupali Life Insurance Co. Ltd. Rupali Life Insurance Office ১৪২০২০ মোব. ০১৮৮৭৭৭৭৭৭৭৭ স্বাক্ষর (কোড এবং সীল) |
| ইউ.এম. কোড | | |
| বি.এম. কোড | | |

অবলিখন বিভাগের জন্য প্রযোজ্য

মন্তব্যসহ অনুমোদনের জন্য উপস্থাপন

মূল প্রিমিয়ামটাকা, 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: নাজমুন নাহার
Name: Nazmun Nahar
স্বামী: আব্দুল আলিম গাজী
মাতা: রাবেয়া খাতুন
Date of Birth: 01 Oct 1984
ID NO: 8714731879994

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।
ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: উত্তর শ্রীপুর কলুপাড়া, উত্তর শ্রীপুর, ডাকঘর: দক্ষিণ শ্রীপুর -
৯৪৪০, কালীগঞ্জ, সাতক্ষীরা

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: B+

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ০৮/০৯/২০০৮



২২-১২
১৪-১২
৩৮

MD. FUKUR ALI
General Manager
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Satkhira Office
Mob: 01857-142020



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪

ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

সূত্র : আর,এল,আই/অবলিখন/২২/২২

তারিখ : ১২/১১/২২

গ্রহণ পত্র

বিষয় : আপনার প্রস্তাবপত্র নং THB-১৬৬৬/২২

জনাব,

আপনার সদয় অবগতির জন্য জানাচ্ছি যে, আপনার পেশকৃত বীমা প্রস্তাবটি নিম্নে বর্ণিত অতিরিক্ত শর্ত সাপেক্ষে গৃহীত হয়েছে :

| বীমা অংক : ২৩০,০০০/- পরিকল্পন নং মেয়াদ : ২৫-২২ প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : ৪৫৫ মূল প্রিমিয়াম : ৬১৩৪৫/- মহিলা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম : পেশাগত/স্বাস্থ্যগত অতিঃ প্রিমিয়াম : পি ডি এ বি/ ডি আই এ বি প্রিমিয়াম : বাদ জমা : অবশিষ্ট দেয় : | অতিরিক্ত শর্ত : ক) ১ম বৎসরে মৃত্যুতে বীমা অংকের ২য় " " " ৩য় " " " ৪র্থ " " " ৫ম " " " ৬ষ্ঠ " " " ৭ম " " " ৮ম " " " ৯ম " " " খ) শুরু থেকে ৩০... বৎসরের মধ্যে মৃত্যুতে বীমা অংকের ৬৫% প্রদান যোগ্য হবে। |
|---|--|
|---|--|

উল্লেখ্য যে, প্রথম প্রিমিয়াম পুরোপুরি জমা না হওয়া অথবা উল্লিখিত অতিরিক্ত শর্তে বীমা গ্রহণের জন্য আপনার সম্মতি না পাওয়া পর্যন্ত কোম্পানী বীমার দায় গ্রহণ করবে না। এই পত্রের তারিখ থেকে ৩০ (ত্রিশ) দিনের মধ্যে উপরোক্ত প্রিমিয়াম জমা না হলে বা সম্মতি পত্র না পাওয়া গেলে এই 'গ্রহণ পত্র' বাতিল বলে গণ্য হবে।

প্রস্তাবপত্র জমা দেওয়ার পর থেকে গ্রহণ পত্র ইস্যু হওয়া অথবা পূর্ণ প্রিমিয়াম জমা দেওয়ার পূর্বে আপনার স্বাস্থ্যগত/ পেশাগত আর কোন পরিবর্তন হয়ে থাকলে তা কোম্পানীকে জানানোর জন্য অনুরোধ করা যাচ্ছে। সে ক্ষেত্রে, কোম্পানী এই পত্রের শর্ত সমূহ পুনর্বিবেচনা করবে। উপরোল্লিখিত শর্ত আপনার নিকট গ্রহণ যোগ্য হলে ২য় কপিতে স্বাক্ষর করে আমাদের নিকট ফেরত পাঠালেই ১ম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ ইস্যু করা হবে।

আপনাকে সেবা করার সুযোগ দেয়ায় আমরা কৃতজ্ঞ।

উক্ত শর্ত মেনে নিয়ে আমি বীমা গ্রহণে সম্মত হয়ে ২য় কপিতে স্বাক্ষর করলাম।

আপনার বিশ্বস্ত,

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা।

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর

তারিখ : ১২/১১/২২

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