



# Rupali Life insurance Company Ltd.

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

## Policy Schedule

POLICY NO	103253156-3	AGE AT NEAREST BIRTH DAY	24 YRS. AGE ADMITTED(1)
PLAN	FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM		
TABLE & TERM	01-12	SUPPLEMENTARY ACCIDENT COVER ATTACHED TO THE POLICY	NILL.
NAME & ADDRESS OF THE PROPOSER	JANNATUL D/O:MD. BABLU MIA HOUSE:ALONIA P.O.:NUR NAGAR THANA: FARIDGANJ DIST:CHANDPUR 01858869872 <u>Include CL Lien 30% For 4 Year and Pregnancy Clause Attach to this Policy</u>		
SUM INSURED	NAME OF THE LIFE INSURED (S)	JANNATUL	
	AMOUNT (S.I)	TK. 580,000( BASIC SUM) FIVE LAKH EIGHTY THOUSAND TAKA ONLY	
	EVENT ON HAPPENING OF WHICH THE SUM INSURED IS PAYABLE	2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.	
	TO WHOM PAYABLE	THE PROPOSER OR HIS ASSIGN(S) IN THE EVENT OF DEATH OF THE LIFE INSURED TO MD. BABLU, FATHER, 53 YRS  GUARDIAN:  (NOMINEE UNDER SEC. 57 OF THE INSURANCE ACT, 2010)	
DATE OF COMMENCEMENT	15/Aug/2021	RISK. DATE	03/Oct/2021
PREMIUM	AMOUNT	TK. 30,624.00 THIRTY THOUSAND SIX HUNDRED TWENTY FOUR TAKA ONLY	
	HOW PAYABLE	HALF YEARLY	OPTION C
	DUE DATES	ON THE DATE OF 15 AUGUST AND FEBRUARY IN EVERY YEAR	
DATE OF LAST PREMIUM DUE	15/02/2033	DATE OF MATURITY	15/08/2033
PERIOD DURING WHICH PAYABLE	UP TO THE STIPULATED DATE OF LAST PAYMENT OR EARLIER DEATH OF (EITHER) THE LIFE INSURED(S)		
SPECIAL PROVISIONS	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.		

SIGNED ON BEHALF OF RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD. ON

10/10/2021

MANAGING DIRECTOR & CEO

MD. IMRANUL ISLAM  
EXAMINER  
D.V.P. ID NO-0971  
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.  
Chattogram Servicing Center

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



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

04/10/2021

Ekok Bima

Include CL Lien 30% For 4 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রস্থাপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর./বি. এম নং	পূহিত টাকা
103253156-3	ECB-E-1001/21	15/08/2021	03/10/2021	01-12	Hly	871623	15167
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 24	<b>JANNATUL</b> <b>D/O:MD. BABLU MIA</b> <b>HOUSE:ALONIA</b> <b>P.O.:NUR NAGAR THANA: FARIDGANJ</b> <b>DIST:CHANDPUR 01858869872</b>			 শাখা <b>EPZ Agency</b> <b>Office(ECB4315)</b> এফ পি আর নং ইস্যুর তারিখ <b>ECB-E-10</b> <b>01/21</b> <b>21/09/2021</b>		<b>15/08/2021</b> <b>889087</b> <b>15/08/2021</b> <b>0</b>	<b>15457</b>    
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
580000	30044	0	580	30624	0	NILL.	30624
সাংগঠনিক কোড নং : 103000611/10300307/1030345/102762/102184/101217/100899							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ <b>15/02/2022</b>

পত্রী কাকরাইল

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 (

Ekck-FPR

Business Month: August, 2021

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

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

Mobile No: 01858869872

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo 1032531563

Age at Entry

24 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

JANNATUL

Proposer's Address

D/O:MD. BABLUMIA  
HOUSE:ALONIA  
P.O.:NUR NAGAR THANA: FARIDGANJ  
DIST:CHANDPUR 01858869872

Extra Loading:

Tk. 580

Include CL Lien 30% For 4  
Year and Pregnancy Clause  
Attach to this Policy

Sum Assured

580,000

FIVE LAKH EIGHTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment

HALF

Policy Option

C

Basic Premium:

30,044.00

Suspense:

0.00

Total Premium

By PR- 871623,869087

15/08/2021,15/08/2021,

30,624.00

THIRTY THOUSAND SIX HUNDRED TWENTY FOUR TAKA ONLY

Event of Happening

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

Nominee's Name

MD. BABLU, FATHER, 53 YRS

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

, Yrs.

Date of FPR:

21/09/2021

FPR No:

ECB-E-1001/21

Risk Date:

21/09/2021

Date of Proposal

15/08/2021

Proposal No:

ECB-E-1001/21

Date of Commencement

15/08/2021

Premium due date:

ON THE DATE OF 15 AUGUST AND FEBRUARY IN EVERY YEAR

Last premium due date

15/02/2033

Next Due Date:

15/02/2022

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:

103000611/10300307/1030345/102762/102184/101217/100899

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

Sal No. 1001/21 Proposal Date                       
No. 100233156-3 Branch Code                       
R. No.                      Branch Name                     

### ORGANIZATION

10300061 D.C.                       
                     R.C.                       
                     D.V.C.                       
                     C.C.                     

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 03/10/21 Date of Commencement 15/8/21  
of Birth 01.10.97 Entry Age & Proof Code 29/1  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 5,80,000/-  
In Word                     

& Term 01/12 Mode of Payment 4  
Installment Premium (In Taka) 30044/-  
In Word                     

### SUPPLEMENTARY COVER

	Code	Premium
DIAB/PDAB	<u>                    </u>	<u>                    </u>
HB	<u>                    </u>	<u>                    </u>

### EXTRALADING

	Code	Premium
✓ E or O/E	<u>                    </u>	<u>7760</u> <u>580</u>
EM	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Installment Premium (In Taka): 30204/-  
In word 30624/-  
Option                       
Premium Due Date                     

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Jannatul  
Proposer's Present Address D/O - Md. Bablu Mia  
vill - Adonia  
p.o - Nur Nagar  
p.s - Farid Ganj  
chandpur  
Md. Bablu. H.S.D. Fath  
Nominee's Name                       
Age & Relation                       
Guardian's Name                       
Age & Relation                     

### OTHERS INFORMATION

Medical                      Std/S.Std.                       
Sex                     

### CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth                      Age                       
Proof                      Sex                       
No. of extra Policies                     

### PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>

### PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
<u>15/08/21</u>	<u>869087</u>	<u>1545</u>
<u>15/08/21</u>	<u>871623</u>	<u>151</u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Suspense Amount                       
Premium Rate % 104.60

Verified by

Prepared by



# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

us Policy / Policies :

বিবরণ :

1. 1st year  
2. 2nd year  
3. 3rd year  
4. 4th year  
5. 5th year  
6. 6th year  
7. 7th year  
8. 8th year  
9. 9th year  
10. 10th year

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with AI  
and 30% constant  
Associated for 1st year  
with 1st pregnancy class

Md. C.  
Executive  
Under  
Rupali Li  
Rico

ical Adviser :

23/10/24



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

০১৪৫৪-৪৬৩৪৭২

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

PR নং :

তারিখঃ

১৭-০৬-১৯

১৭-০৬-১৯

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে

= ১৭৪৫৭৮

টাকা

পরিস (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর

মাসের ১৭ তারিখ

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকাঃ

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নব্যরন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

পদ্ধতি

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

বার্ষিক/খান্মাষিক/এমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ 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 স্ট্যান্ডপ যুক্ত 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)  
(কোম্পানী)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

C.E.P. Agency Office, Chattogram.  
Rupali Life Insurance Co. Ltd.

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার  
MD. TAJAMUDDIN AM  
(O.C. in Cash)

C.E.P. Agency Office, Chattogram.  
Rupali Life Insurance Co. Ltd.





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৮, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০ 871623

কম্পিউটার/ফাইল কপি

## টাকা প্রাপ্তির রসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

০১৪৫৪৪৬৭৪৭২

PR নং :

তারিখঃ ২৫/৮/২০২০

জন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা.....

নিকট হতে.....

টাকা.....

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.....

পদ্ধতি.....

বার্ষিক/ষান্মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক.....

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ 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 জমানদারীর 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 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

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।  
পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

সার্ভিস সেল কোড নং

প্রস্তাবপত্র নং

বীমাপত্র নং

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
১০৬৫৫০৬৩৩	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) : মোঃ বাহাদুর হোসেন  
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : BAHADUR HOSEN  
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ বাহাদুর হোসেন ইংরেজীতে : BAHADUR HOSEN  
(ঘ) মাতার নাম : মোঃ জাহান্না হোসেন ইংরেজীতে : BAHANNUR HOSEN  
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : নিউ ওয়াক ফ্যাক্টরি ছি ইন্ডি হোটে  
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : এক্সিকিউটিভ

- ২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : মোঃ বাহাদুর হোসেন, নতুন মার্গ, ঢাকা  
২১নং ফরিদ মার্গ, জেলা চাঁদপুর  
মোবাইল নং : ০১৮৫৪৪৬৯৪২২  
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : মোঃ বাহাদুর হোসেন, নতুন মার্গ, ঢাকা  
মোবাইল নং : ০১৮৫৪৪৬৯৪২২

- ৩। জন্ম তারিখ : ০২-১০-১৯৮৭ বয়স : ২৪ জন্মস্থান : নিজ বাড়ি জাতীয়তা : বাংলাদেশী  
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? একটি জন্ম দলিল

- ৪। (ক) বীমা অংক : ৫৬০,০০০ টাকা সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :  
(খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ১২ বৎসর : ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)  
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☒ বার্ষিক ☒ ত্রৈমাসিক ☒ এককালীন ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)  
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং : ১৮০ টাকা

- ৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? স্বয়ং ও নিরাপত্তা আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ১০০,০০০ আয়ের উৎস কি? চাকুরি  
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ  
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) নিজ

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

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

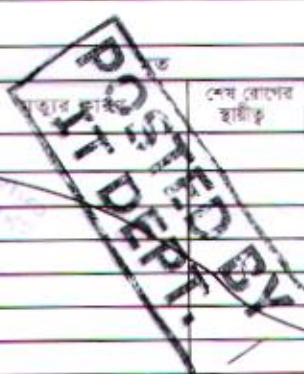
প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	বুকের তারিখ লিখুন

- ৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) : মোঃ বাহাদুর হোসেন বয়স : ৫৩ সম্পর্ক : বাক  
(২) : মোঃ বাহাদুর হোসেন বয়স : ৫৩ সম্পর্ক : বাক  
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : মোঃ বাহাদুর হোসেন বয়স : ৫৩ সম্পর্ক : বাক

- 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	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৫৩	জন্ম					
মাতা	০১	৪৮	দ					
ভাই	০২	২২, ২০	দ					
বোন	০২	১৮	দ					
স্বামী/স্ত্রী								
ছেলে								
মেয়ে								





**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) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>২</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (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>সিঙ্গল বসন্ত</u> (ঘ) <u>না</u>																						
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 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) মূগী, মুচুর্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) গ্ৰীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়েবেটিকস্, 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><td>হ্যাঁ</td><td>না</td></tr> <tr><td>বলুন</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> <tr><td>না</td><td></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন		না		না		না		না		না		না		না		না		না	
হ্যাঁ	না																						
বলুন																							
না																							
না																							
না																							
না																							
না																							
না																							
না																							
না																							
না																							
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৬০</u> কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৩"</u> ফু/মিঃ <u>৩'</u> ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর <u>২৮</u> ইঃ <u>৩০</u> সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>২৬</u> ইঃ <u>২৮</u> সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩২</u> ইঃ <u>৩৪</u> 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।
---	-----------------------------------

নাম : <u>ফোয়ারুজ</u>	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>৮৮ শতাংশ</u>	বয়স : <u>২৪ বছর</u>
খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>১০০০</u>	বা) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>মাকদ্দা</u>	এ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>হ্যাঁ</u>	ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>না</u>	ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি?
চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>না</u>	ড) তাঁর মাসিক আয় কত?
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? <u>অতিরিক্ত</u>	ঢ) তাঁর পেশা কি?
জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? <u>অতিরিক্ত</u>	ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি?
	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 তা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সত্মকে 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 দার্কুল প্রিমিয়ামের হারে পৃথক 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 যুক্তির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষরী স্বাক্ষর : <u>ফোয়ারুজ</u>	পূরো নাম
পদবী : <u>কোড</u>	ঠিকানা
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর	সংগঠিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
পূরো নাম	তারিখ :

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণান্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেরদে বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)

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

রেজি নং : C-39345(1303)/99

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন



(সিকজমনি ফরম-৩)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ  
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়  
ওয়ার্ড-৩৯

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

জন্ম সনদ

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

নিবন্ধন বহি নং ৭

নিবন্ধনের তারিখ: ১১-০৭-২০০৯

সনদ ইস্যুর তারিখ: ১৫-০৭-২০০৯

জন্ম নিবন্ধন নম্বর: \* ১ ৯ ৯ ৭ ১ ৫ ৯ ২ ০ ৩ ৯ ০ ৩ ১ ৮ ০ ২

নাম: জামাতুল

জন্ম তারিখ: ০১-১০-১৯৯৭

লিঙ্গ: নারী

পহেলা অক্টোবর উনিশ শত সাতানব্বই

জন্ম স্থান: চাঁদপুর,

বাংলাদেশ।

পিতার নাম: মোঃ বাবুল মিয়া

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: মোসাঃ জেসমিন আক্তার

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রামঃ আলেনিয়া, পোঃ নুরনগর,

থানাঃ ফরিদগঞ্জ, জেলাঃ চাঁদপুর।

বর্তমান ঠিকানা: নুরুদ্দিন বিল্ডিং, আয়শা মা গলি, দক্ষিণ হালিশহর,

সেইলস কলোণী, ই পি জেড, চট্টগ্রাম।

(যাচাইকারীর স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

নিবন্ধকের কার্যালয়  
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন



(নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর)

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

জিহাদুল হক সুমন  
নিবন্ধক  
ওয়ার্ড-৩৯, চট্টগ্রাম-৬২৩

\* প্রথম চার অঙ্ক ব্যক্তির জন্ম সাল, পরবর্তী সাত অঙ্ক এরিয়া কোড ও শেষ দুই অঙ্ক ধারা ক্রমিক।

মাসঃ জুলাই  
জিহাদুল হক সুমন  
কোড নং- ১০০৮৯৯  
শ্রীমান শাহীফ ইন্সট্রুমেন্টস কোম্পানী





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

## বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- > প্রস্তাবপত্র নং ২০৩২৮৩১৩৬-৬  
 > প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম .....  
 > স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ..... ডাকঘর .....  
 > জেলা ..... । যোগাযোগের ঠিকানা : .....
- তারিখ ১৭/০৩/২১  
 বয়স ২৪  
 থানা ২০৩২৮৩১৩৬

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	দীর্ঘ দিন আগত
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	১৭/০৩/২১
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 সুস্বাস্থ্যের 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 ?	চাকরি
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 ?	৩৬০,০০০
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	১২০,০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	হ্যাঁ
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাটিকে 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 ..... কোড নং .....  
 > স্থান .....  
 > .....
- > সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর .....  
 > পুরো নাম .....  
 > পদবী ..... কোড নং .....  
 > অফিসের নাম .....  
 > ঠিকানা.....

তারিখ :-     /     /     ইং

বরাবর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

জনাব,

হৃদয়বিহীত সম্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার বনামবনা কোম্পানিতে

একটি ৳৫০,০০০ (পাঁচশ) অশ্রুত হাজার টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ৳৬৬০০ করি এবং উক্ত ৳৬৬০০ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ৳৬৬০,০০০

টাকা, ব্যয় হয় ৳২০,০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন  
অসুবিধা হবে না।

অতএব মহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে বীমাটি করতে পারি  
তাছাড়া বিহীত বিধান আপনার হেন অজ্ঞা হয়।

নিবেদক/নিবেদিত

স্বাক্ষর





# 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 আব্দুল হান্নান  
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম শে. বাবুন মিয়া  
(গ) পেশা করমী  
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা ফরিদপুর সদর  
২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স ২৪ বৎসর  
(খ) অববাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা  
(গ) বীমাকৃত টাকা ৬০,০০০  
(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 শারীরিক 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, নিউমোটিয়া প্রবেসী, 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 এম্বরে, 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 গলগন্ডের 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	কোন শরীরিক রোগ	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	০১	৫৩	এম				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?  (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন (ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।  (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মা	০১	৪৬	হ				
ভাই	০২	২২, ২০	হ				
বোন	০১	২৬	হ				
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
মেয়ে							



## ঘোষণা

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এনদ্বারা 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 করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান ৬৮/২২/১৩ তারিখ ২৭/০২/২০ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন (বীমাগ্রাহক) ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

DR. M. A. KAMAL  
MBBS, BCS, PGD, FRSH  
282, Commerce College Road,  
Agrabad, Chittagong.  
Mobile:-01673-720550

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

### পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম হুমায়ুন পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

### (হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	না	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	হ্যাঁ
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন	৭৩.১২
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা	৫'৩
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন	৬৫
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া	৩৮
(খ) প্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে	৩২
(গ) দাঁ ত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ	৩৩
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	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 স্বাস্থ্যবান জ্ঞান প্রথম প্রেরণা গ্রহণ করেন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	স্থান	৬৮/২২/১৩
৫। (ক) নাকির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭৩, হ্রস্ব	পুরো নাম	হুমায়ুন
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রোরেসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১০/৭০	ডায়েরী	১১/১১/১১
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	ডায়েরীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	১৯৮২/১১/০৭
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	হ্যাঁ	কোড নং	
৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGD, FRSH 282, Commerce College Road; Agrabad, Chittagong. Mobile:-01673-720550
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	না		





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : JANNATUL

SEX ☒ M ☐ F AGE-24 years

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

DATE 23 09 2021

SL.No. 59

E. S.R. 05 mm fall in 1st hour.

HB. 15.0 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, 1yr.	=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

HEMATOLOGICAL REPORT

COMMENTS (IF ANY) :

*Noted*

*Attested*



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





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : JANNATUL

SEX ☒ M ☐ F AGE-24 years

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

DATE 23 09 2021

SL.No. 59

## 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 : 2-3/hpf

RBC : Nil

EPITHELIAL CELLS : 0-3/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

**CRYSTALS** Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMOR PHOS PATES :

**CASTS** Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :

23/9/21

Attested



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