

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-FPR )

Business Month: **December, 2021** Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date 15/01/2022 12:00:00A Mobile No: 01829966091 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103255017-7** Age at Entry 37 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan THREE PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFIT FOR 12 YEARS TERM

Table & Term 03-12 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MD. BABUL

Proposer's Address S/O ABDUR RAHIM  
VILL:HALIMAR BARI, NEYAMUT PUR  
P.O.KAMALLA THANA:MURADNAGAR  
DIST:CUMILLA 01829966091

Extra Loading: Tk. 1040 Include CL Lien 40% For 04 Year to this Policy.

Sum Assured 520,000 FIVE LAKH TWENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 50,752.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883982 30/12/2021,  
51,792.00 FIFTY ONE THOUSAND SEVEN HUNDRED NINETY TWO TAKA ONLY

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

Nominee's Name SABIHA AKTER MIM, DAUGHTER, 06 YRS  
NUSRAT AKTER, DAUGHTER, 04 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: HALIMA BEGUM, MOTHER, 34 YRS.

Child's Name „ Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2885/21 Risk Date: 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2885/21 Date of Commencement 30/12/2021

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

Last premium due date 30/12/2032 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2033

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :  
1) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025  
2) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029  
3) 50% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2033  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266

*fat*

Checked

Countersigned



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১১০০

Ekok Bima

Include CL Lien 40% For 04 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

| বীমা পত্র নং  | প্রস্তুতপত্র নং   | বীমা শুরু তারিখ   | বুঁকির তারিখ        | পরিকল্প ও মেয়াদ | কিস্তির পদ্ধতি                                | পি. আর/বি. এম নং | গৃহীত টাকা |
|---|---|-------------------|---------------------|------------------|---|------------------|------------|
| 103255017-7   | ECB-E-2885/21   | 30/12/2021        | 27/01/2022          | 03-12            | Yy  | 883982           | 51792      |
| বীমাপ্রাপ্তকের<br>নাম ও ঠিকানা :<br>বীমাপ্রাপ্তকের<br>বয়স : 37 | <b>MD. BABUL</b><br><b>S/O: ABDUR RAHIM</b><br><b>VILL: HALIMAR BARI, NEYAMOT PUR</b><br><b>P.O.: KAMALLA THANA, MURADNAGAR</b><br><b>DIST: CUMILLA 01829966091</b> |                   |                     |                  | শাখা<br>Khatungonj Agency<br>Office (ECB4314) | 30/12/2021<br>0  | 0          |
| বীমা অংক  | মূল প্রিমিয়াম  | সহযোগী প্রিমিয়াম | অতিরিক্ত প্রিমিয়াম | মোট প্রিমিয়াম   | উদ্ধৃত জমা                                    | সহযোগী বীমা      | মোট :      |
| 520000  | 50752   | 0                 | 1040                | 51792            | 0   | NILL             | 51792      |
| সাংগঠনিক কোড নং :   | 103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266  |                   |                     |                  |   |                  | 30/12/2022 |

পরিচালক/কার্যবাহী স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Occupation Extra: 2

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-Deed )

Business Month: December, 2021 Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date 15/01/2022 12:00:00A Mobile No: 01829966091 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103255017-7 Age at Entry 37 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan THREE PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFIT FOR 12 YEARS TERM

Table & Term 03-12 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MD. BABUL

Proposer's Address S/O:ABDUR RAHIM  
VILL:HALMAR BARI, NEYAMOT PUR  
P.O.KAMALLA THANA:MURADNAGAR  
DIST:CUMILLA 01829966091

Extra Loading: Tk. 1040 Include CL Lien 10% For 01 Year to this Policy.

Sum Assured 520,000 FIVE LAC TWENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 50,752.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883982 30/12/2021,  
51,792.00 FIFTY ONE THOUSAND SEVEN HUNDRED NINETY TWO TAKA ONLY

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

Nominee's Name SABIHA AKTER MIM, DAUGHTER, 06 YRS  
NUSRAT AKTER, DAUGHTER, 04 YRS

Prv. Policy No 1: Prv. Policy No 2:

Guardian's Name GUARDIAN: HALIMA BEGUM, MOTHER, 34 YRS.

Child's Name ,, Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2885/21 Risk Date: 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2885/21 Date of Commencement: 30/12/2021

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

Last premium due date 30/12/2032 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2033

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :  
1) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025  
2) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029  
3) 50% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2033  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103600471/10300041/1030037/101005/102758/100545/100266

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

Countersigned  
MARKSUN MURSHANN  
J.E.V.P (ADMIN) ID NO:-307  
Rupali Life Insurance Co. Lt  
Chattogram Servicing Center

Managing Director





# 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. 2885/21 Proposal Date                       
Branch No. 103255017-7 Branch Code                       
R. No.                      Branch Name                     

### ORGANIZATION

103000471 D.C.                       
R.C.                       
D.V.C.                       
C.C.                     

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 27/01/22 Date of Commencement 30/12/21  
Date of Birth 10.05.1985 Entry Age & Proof Code 37  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 520,000  
In Word                       
Term 03 12 Mode of Payment Yly  
Installment Premium (In Taka) 50752F  
In Word                     

### SUPPLEMENTARY COVER

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

### EXTRALODGING

|            | Code                        | Premium                     |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| F/E or O/E | <u>                    </u> | <u>                    </u> |
| EM         | <u>                    </u> | <u>                    </u> |

Total Installment Premium (In Taka): 51792F  
In word                       
Policy Option                       
Next Premium Due Date                     

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MO. BABUL  
Proposer's Present Address S/o-Abdur Rahim  
do-Halimar bari  
vill: Neamatpur p/o-k  
p/s:-murad nagar-pis:  
Nominee's Name Sabira Akter-mim 06 yr  
Age & Relation Nusrat Akter-04 yr-12  
Guardian's Name Halima begum-34 yr-12  
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              | Am                          |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <u>                    </u> | <u>                    </u> | <u>                    </u> |
| <u>                    </u> | <u>                    </u> | <u>                    </u> |

### PARTICULARS OF PAYMENTS

| Date                        | Receipt No.                 | Pre                         |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <u>30/12/21</u>             | <u>883982</u>               | <u>517</u>                  |
| <u>                    </u> | <u>                    </u> | <u>                    </u> |
| <u>                    </u> | <u>                    </u> | <u>                    </u> |

Suspense Amount                       
Premium Rate % 99.60

Prepared by

Verified by

# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

smalla  
smalla  
- Daughter  
right  
other

Accepted with ~~20%~~ 0/E @  
40% (forty) constant life  
- annuity for 25th 04 (four)  
the term.

~~SRP~~  
25/1/21

Adviser :

26/1/21  
22

unt

ium

22/

Pro

Pol

F. J

F. J

U. J

B. J

B. J

Ris

Da

Sur

Ta

Ta

Lit

Ta

To

Ta

Po

Ne





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

883982

## টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং : .....

১১৪২৭৬৬০৭১

তারিখ : ০৮/০৮/১২

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা .....

নিকট হতে .....

টাকা নগদ/চেক/ভিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং .....

পয়সা (কথায়) .....

এর .....

উক্ত টাকা : ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

বার্ষিক/ষান্মাসিক/ত্রৈমাসিক।

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 স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে

গ্রহণকৃত চেক/ভিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোম্পানী)

স্বাক্ষর ও সীল

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

১০৩২৫৫০১৭-৭

| উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম | পদবী  | কোড নম্বর | উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম | পদবী | কোড নম্বর |
|------------------------|-------|-----------|------------------------|------|-----------|
| মার সাকিব              | এফ.এ  | ০০৬০০৪৭০  | 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) : মুহাম্মদ বাহুল  
 (খ) নামের/নামান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :  
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মুহাম্মদ আব্দুল হক ইংরেজীতে : 2%  
 (ঘ) মাতার নাম : মুহাম্মদা আয়েশা আক্তার ইংরেজীতে :  
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : প্রকাস/ইনি গার্ডি  
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম: বাহুল/হালিফা বাহুল  
গ্রাম: দেহাচন্দ্রপুর পো: কামাল  
খাসা বুরহানপুর ডেল: কামাল  
 মোবাইল নং : ০৫৩০১০০২৪৭  
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ০৫৩০১০০২৪৭  
 মোবাইল নং : ০৫৩০১০০২৪৭

৩। জন্ম তারিখ : ২০/০৫/১৯৮৫ বয়স : ৬৭ সিদ্ধান্ত জাতীয়তা : বাংলাদেশ  
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? কামাল

৪। (ক) বীমা অংক : ৫২০০০০০  
 (খ) তালিকা নং : ০৬ মেয়াদ : ২২ বৎসর  
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ বার্ষিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন  
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি আর নং টাকা

৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :  
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)  
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)  
 ৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নির্দিষ্ট অর্থ আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ৬৬০,০০০ আয়ের উৎস কি? ৬  
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন?  
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) নির্দিষ্ট

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 |
|------------------|-------------|----------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| <u>১</u>         |             |          |                     |                            | <u>১</u>          |

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) সাবিহা আক্তার (মি) বয়স : ০৬ সম্পর্ক : অভিভাবক  
 (২) মুহাম্মদ আব্দুল হক বয়স : ০৪ সম্পর্ক : অভিভাবক  
 (খ) অগ্রাণ্ড বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : হালিফা বাহুল বয়স : ৬৪ সম্পর্ক : মহ

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।  
 (ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অর্থবল/সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?  
 (খ) আপনার জীবনে উপরোক্ত কোন অভিভাবকারী কোন অতিরিক্ত/বুঝি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

## পারিবারিক ইতিহাস :

| আত্মীয়       | সংখ্যা | বয়স | বর্তমান শারীরিক অবস্থা | মৃত্যুকালীন বয়স | মৃত্যুর কারণ | শেষ রোগের স্থায়ীতা | মৃত্যুর সন |
|---------------|--------|------|------------------------|------------------|--------------|---------------------|------------|
| পিতা          | ০১     | ৬২   | ০৮                     | ৬৬               | হৃদরোগ       | না                  | ২০০৭       |
| মাতা          | ০১     | ৬০   | ০৮                     | ৬৬               | হৃদরোগ       | না                  | ২০০৭       |
| ভাই           | ০১     | ৬৫   | ০৮                     | ৬৬               | হৃদরোগ       | না                  | ২০০৭       |
| বোন           | ০১     | ৬৫   | ০৮                     | ৬৬               | হৃদরোগ       | না                  | ২০০৭       |
| স্বামী/স্ত্রী | ০১     | ৬৪   | ০৮                     | ৬৬               | হৃদরোগ       | না                  | ২০০৭       |
| ছেলে          | ০১     | ০৬   | ০৮                     | ৬৬               | হৃদরোগ       | না                  | ২০০৭       |
| মেয়ে         | ০১     | ০৬   | ০৮                     | ৬৬               | হৃদরোগ       | না                  | ২০০৭       |



ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

|     |  |                                 |  |
|-----|--|---------------------------------|--|
| ১১। | (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?  | (ক)                             |  |
|     | (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড?  | (খ)                             |  |
|     | (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন। | (গ)                             |  |
| ১২। | (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।   | (ক)                             |  |
|     | (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি?  | (খ)                             |  |
|     | (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন?  | (গ)                             |  |
|     | (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?   | (ঘ)                             |  |
| ১৩। | (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন।                | (ক)                             |  |
|     | (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।   | (খ)                             |  |
| ১৪। | আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।                |                                 |  |
|     | (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শ্বাসযন্ত্রিক 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) প্লীহা 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।  |                                 |  |
| ১৫। | (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?.....কেজি/পাউন্ড  | (খ) আপনার উচ্চতা কত?.....ফু/মিঃ |  |
|     | (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর .....ইঞ্চি   | (গ) স্বাস্থ্যাগের পর .....ইঞ্চি |  |
|     | (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? .....ইঞ্চি  | (ঘ) .....ইঞ্চি                  |  |
|     | (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন .....   | (ঙ) .....ইঞ্চি                  |  |

## 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 :  | বয়স :   |
|--|--|
| ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু ?            | ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?                                  |
| খ) আপনার মাসিক আয় কত?                         | এ) 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 | বীমা পত্র নং | বীমা অংক |
|                       |              |          |

খোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরেগুলিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শর্ততার 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 নিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে ধার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে পূহীত 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 স্বীকৃত রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তি অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : ..... স্থান : ..... পুরো নাম : .....  
 পদবী : ..... কোড : ..... ঠিকানা : .....  
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : ..... কোড নং : .....  
 পুরো নাম : .....  
 প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর : .....  
 তারিখ : ০০/১২/১২

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

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

କମ୍ପାଣୀ ଜୀବନ-ନିରାପଦ ଜୀବନ



Father's Name: ABDEL KAHIM  
Mother's Name: ALHA KHATUN  
Spouse's Name: HALIMA BEGUM

### Emergency Contact

Name: ALERA KHATUN

Relationships: **SUBSTITUTED**

Address: NEANDI'UR, KARALLA, MUMADNAGAR, CUSILLA

Telephone No. 871-0349/5197

WIRTSCHAFTS UNIVERSITÄT WIEN / VIENNA UNIVERSITY OF ECONOMICS AND BUSINESS

EF 0993913



P BGD

EF0993913



MAIH

**BABUL**

**BANGLADESHI**

2-4 2010 2 (State of North)

10 MAY 1985

M CUMILLA

02 JUN 2020

01 JUN 2025



2007198149012006

जुबिली हिल नगरपालिका, जिल्ला विकास समिति

BH0279685

DIP / DHAKA

[illegible]

EF09939135B6D8505109M2506012<<<<<<<<<<<<00

2021-12  
1985-05  
36-04  
11-32





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



হালিমা

নাম: হালিমা বেগম  
Name: Halima Begum  
স্বামী: বাবুল মিয়া  
মাতা: আনোয়ারা বেগম  
Date of Birth: 11 Aug 1987  
ID NO: 1918149723718

এই কাডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কাডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা-  
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোলি অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: নেয়ামতপুর, ২৭নং কামারচর, ডাকঘর: কামার্সা - ৩৫৪০,  
মুরাদনগর, কুমিল্লা

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ১৩/০৮/২০০৮



  
Md. Mir Sabbir  
Regional Co-ordinator (RC)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khatungonj Office, Chittagong.



(ইউপিজমনি ফরম- ৩)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ  
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়  
কামাল্লা ইউনিয়ন পরিষদ  
মুরাদনগর, কুমিল্লা  
জন্ম সনদ

[বিধি- ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (ইউনিয়ন পরিষদ) বিধিমালা, ২০০৬]  
(জন্ম নিবন্ধন বহি ইহাতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং ৮

নিবন্ধনের তারিখ: ২৮-১০-২০১৮

সনদ ইস্যুর তারিখ: ২৮-১০-২০১৮

জন্ম নিবন্ধন নম্বর: ২০১৬১৯১৮১৪৯১০৩৯৩৯

নাম: সাবিহা আকতার মীম

জন্ম তারিখ: ০৫-০১-২০১৬

লিঙ্গ: নারী

পাঁচই জানুয়ারি দুই হাজার ষোল

জন্ম স্থান: গ্রাম- নেয়ামতপুর, ডাকঘর- কামাল্লা  
উপজেলা- মুরাদনগর, জেলা- কুমিল্লা।

পিতার নাম: মোঃ বাবুল মিয়া

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: হালিমা বেগম

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম- নেয়ামতপুর, ডাকঘর- কামাল্লা  
উপজেলা- মুরাদনগর, জেলা- কুমিল্লা।

(ইউপি সচিব - স্বাক্ষর ও সিল)

মোঃ আবু সাইয়্যুম  
সচিব  
৯নং কামাল্লা ইউনিয়ন পরিষদ  
মুরাদনগর, কুমিল্লা।



(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

প্রাথমিক জিলায় বীণ  
সেফারনগরে  
৯নং কামাল্লা ইউনিয়ন পরিষদ  
মুরাদনগর, কুমিল্লা।

\* প্রথম চার অঙ্ক বর্জিত জন্ম সনদ, পরবর্তী সাত অঙ্ক এটির কোড ও শেষ দুই অঙ্ক দ্বারা ত্রুটিত।

Md. Mir Sabbir  
Regional Co-ordinator (RC)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khatungonj Office, Chittagong



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ  
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়  
কামাল্লা ইউনিয়ন পরিষদ  
মুরাদনগর, কুমিল্লা  
জন্ম সনদ

*Md. Mir Sabbir*  
Regional Co-ordinator (RC)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khatungonj Office, Chittagong



# 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

- (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....জিয়া মাহমুদ.....  
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....মুহম্মদ হুসেইন..... (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স.....৩৭..... বৎসর  
(গ) পেশা.....ফ্রি ল্যান্সার..... (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালকপ্রাপ্ত/বিধবা  
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....মুহম্মদ হুসেইন..... (গ) বীমাকৃত টাকা.....৫০০,০০০.....  
.....মুহম্মদ হুসেইন..... (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....০৩/০৮/২০০৭.....
- আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....হ্যাঁ.....
- 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 এক্সরে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান 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             |              |            | ৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :<br>(ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?<br>(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?<br>(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন<br>(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।<br>(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ : |
|---------------|--------|------------|------------------------|-----------------|--------------|------------|--|
|               |        | বয়স       | বর্তমান শারীরিক অবস্থা | মৃত্যুকালে বয়স | মৃত্যুর কারণ | মৃত্যুর সন |  |
| বাবা          | ১      | ৬২         | ৬/৫                    | —               | —            | —          | <u>না</u>  |
| মা            | —      | —          | —                      | ৫৬              | ৩০/০৮/২০০৭   | —          |  |
| ভাই           | ১      | ৩৬         | ৫                      | —               | —            | —          |  |
| বোন           | ৪      | ২৭, ২৮, ২১ | ৫                      | —               | —            | —          |  |
| স্বামী/স্ত্রী | ১      | ৬৪         | ৫                      | —               | —            | —          |  |
| ছেলে          | —      | —          | —                      | —               | —            | —          |  |
| মেয়ে         | ২      | ৬, ৮       | ৫                      | —               | —            | —          |  |



## 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 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।

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোল্লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান ৬৮/১৫/১৫ তারিখ ২০-১-২০২২  
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন (বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

পরিষ্কারকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর  
**DR. M. A. KAMAL**  
MBBS, BCS, FGT, FRSH  
282, Commerce College Road,  
Agrabad, Chittagong.  
Mobile: 01673-720550

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

## পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম ডাঃ কামাল পরিচিতি প্রাদানকারী কামাল  
সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন কামাল

## (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) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?</p> <p>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) প্রীহা 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 ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?</p> <p>৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের 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 বিয় বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা যুগ্মনালাীর কোন প্রকার প্রাণের 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 বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।</p> | <p>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক ওজন <u>৭০.০০</u> সুপার <u>কামাল</u></p> <p>(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা <u>৫'৫"</u> সে: মি: / ফু: ই:</p> <p>(খ) ওজন <u>৭০.০</u> কিলো/পাঃ</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৩"</u> সে: মি: / ই:</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে <u>২৪"</u> সে: মি: / ই:</p> <p>(ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ <u>৩২"</u> সে: মি: / ই:</p> <p>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 বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন? <u>হ্যাঁ</u></p> <p>বিশদ বিবরণের স্থান</p> <p>স্থান <u>৬৮/১৫/১৫</u> তারিখ <u>২০-১-২০২২</u></p> <p>পুরো নাম <u>ডাঃ কামাল</u></p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>ডাঃ কামাল</u></p> <p>ডাক্তারী <u>১৭/৮/৮৫</u></p> <p>ডাক্তারী তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২/১৭০৭</u></p> <p>কোড নং <u>১৭৪২/১৭০৭</u></p> <p>বর্তমান ঠিকানা <b>DR. M. A. KAMAL</b><br/>MBBS, BCS, FGT, FRSH<br/>282, Commerce College Road,<br/>Agrabad, Chittagong.<br/>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 : MD. BABUL

SEX ☒ M ☐ F AGE-37 years

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

DATE 16 01 2022

SL. No. 22

E.S.R. 10 mm fall in 1st hour.

HB. 14.1 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 9,500 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  | 53% | 40 | - | 75% |
| Lymphocyte | 40% | 20 | - | 45% |
| Monocyte   | 05% | 2  | - | 10% |
| Eosinophil | 02% | 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

COMMENTS (IF ANY) :

স্বাক্ষর

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

HEMATOLOGICAL REPORT





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. BABUL

SEX ☒ M ☐ F AGE-37 years

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

DATE 16 01 2022

SL. No. 22

## 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 : 1-4/hpf  
RBC : Nil  
EPITHELIAL CELLS : 1-3/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) :

২৬/১

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 : MD. BABUL

SEX ☒ M ☐ F AGE-37 years

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

DATE 16 01 2022

SL. No. 22

## BLOOD CHEMISTRY

| BLOOD GLUCOSE | URINE SUGAR | BLOOD SUGAR             | NORMAL VALUES  |
|---------------|-------------|-------------------------|----------------|
| FASTING       | NIL         | 83 mg/dl (4.61 mmo 1/1) | 70 - 120 mg/dl |
| HR. AFTER     |             |                         | 70 - 140 mg/dl |
| 2HRS AFTER    |             |                         | 70 - 140 mg/dl |
| RANDOM        |             |                         | 70 - 140 mg/dl |

*Handwritten signature in red ink*  
সাইফ

COMMENTS (IF ANY) :

*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



**পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)**

(পরিচিতি বীমা পরিচিতি ফর্ম প্রদানকারী)

বীমা গ্রাহকের  
ছবি

**একম বীমা**  
**০০২ ৮৫০৮৭ ০৮৮২**

|              |                   |             |  |
|--------------|-------------------|-------------|--|
| পরিচিতি নং:  | ০০২ ৮৫০৮৭ ০৮৮২    | জন্ম তারিখ: |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |
| পরিচিতি নাম: | শ্রী. আব্দুল করিম |             |  |

**১. পরিচিতি পত্র:**

|   | হ্যাঁ                               | না                       |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং:                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| খ) পাসপোর্ট নং: EF.0993913 মেয়াদ: ০১-০৬-২০২৫ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং:                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ঘ) ট-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে):            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ঙ) প্রাইভেট চাইল্ড নং:                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে):  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

কি হতে ৭ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি খোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বামাকারীর সন্তোষ সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরে পৃষ্ঠার সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সন্তোষ সাপেক্ষে উপরে য হতে ৭ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফরমে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

**২. স্বাক্ষর:**

**আব্দুল করিম করিম**

**৩. স্বাক্ষর/বর্তমান ঠিকানা:**

**১**

**৪. গ্রাহকের পেশা (বিধিগত):**

**ইউনিয়ন পরিষদ সদস্য**

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলর, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব গ্রেডের পেশাজীবী কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ডাইন চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলর, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, ম্যাগাজিন পাবলিক, আদ্যাদিক/স্বয়ংসিদ্ধ/স্বাধীন সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম বা তদুর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তা/পদ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তাপদকে বুঝাবে।

পেশার তথ্য (নাম/পদবী/ঠিকানা) :

৭. গ্রাহকের অর্থের উৎস :

৮. অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ বার্ষিক ☒ এককালীন ☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদেশ)

(খ) নগদ

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

|                                 |              |                  |    |
|---------------------------------|--------------|------------------|----|
| মনোনীত ব্যক্তির নাম :           | হান্না বেগম  | সম্পর্ক :        | ২৭ |
| পিতার নাম :                     |              |                  |    |
| মাতার নাম :                     |              |                  |    |
| স্বামী/স্বীর নাম :              |              |                  |    |
| পেশা :                          |              | জন্ম তারিখ :     | ৩৪ |
| বর্তমান ঠিকানা :                |              |                  |    |
| স্থায়ী ঠিকানা :                |              |                  |    |
| জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) : |              |                  |    |
| টেলিফোন (বাসা) :                |              | টেলিফোন (অফিস) : |    |
| মোবাইল :                        | ০১৫২৭-৭৫০৭৭/ | ফ্যাক্স :        |    |
| ই-মেইল :                        |              |                  |    |

বীমা গ্রাহক কর্তৃক  
সংস্কৃত মনোনীত  
ব্যক্তির ছবি

(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে)

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মন্তব্য অংশে বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনার গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতে হবে। ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাভোগী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতে বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নির্ধারণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/বিশেষাধীশ 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 ২০৬২৫৫০২৭-৭  
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মোঃ বাবুল  
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম নৈহাতিয়া ডাকঘর কাথামুখা  
 ➤ জেলা ঝাড়াপাড়া। যোগাযোগের ঠিকানা : বাবুল বাবুল বাবুল
- তারিখ ৩৭  
 বয়স ৩৭  
 থানা মুন্সিগঞ্জ

| প্রশ্ন নম্বর | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন   | প্রশ্নোত্তর   |
|--------------|---|---------------|
| ০১।          | আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?   | বহুদিন        |
| ০২।          | তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?  | ৪/০৮/২০২৩     |
| ০৩।          | আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন ?<br>যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং<br>তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন ? যদি অবগত থাকেন<br>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<br>তার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয় ?   | হ্যাঁ         |
| ০৬।          | তার পেশার সঠিক বিস্তারিত বিবরণ লিখুন ?  | স্বাক্ষর      |
| ০৭।          | তার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ? আপনি কি মনে<br>করেন প্রস্তাবিত বীমা অংক তার আয়ের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ ?  | হ্যাঁ         |
| ০৮।          | তার আয়ের উৎস কি ?  | স্বাক্ষর      |
| ০৯।          | তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?   | ৩৬০০০০/২৪০০০০ |
| ১০।          | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা<br>কি ?   | বীমা          |
| ১১।          | প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা<br>অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?  | হ্যাঁ         |
| ১২।          | চেহারাদৃষ্টে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে<br>হয় কি ?  | না            |
| ১৩।          | আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক<br>সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি<br>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<br>বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি ?   | হ্যাঁ         |

- বীমা প্রতিনিধির স্বাক্ষর ..... ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর .....  
 ➤ পুরো নাম মোঃ মোঃ কোদ আলী ➤ পুরো নাম .....  
 ➤ পদবী DAE কোড নং ..... ➤ পদবী ..... কোড নং .....  
 ➤ স্থান হাটুয়া মন্ডল কাথামুখা ➤ অফিসের নাম .....  
 ➤ ..... ➤ ঠিকানা.....

তারিখ :- / / ইং

বরাবর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

জনাব,

যথাবিহীত সম্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার স্বনামধন্য কোম্পানিতে একটি ৫২০০০ (পাঁচ হাজার বিংশতি টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক। আমি স্বাক্ষর করি এবং উক্ত ৫২০০০ হতে আমার বার্ষিক আয় ২৩৫০.০০ টাকা, ব্যয় হয় ২৪০.০০ 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 তাহার বিহীত বিধান আপনার যেন আঙা হয়।

নিবেদক/নিবেদিকা

(স্বাক্ষর) ✓