

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: 01824702123

Medical:

PolicyNo **208059214-7**

Age at Entry

21 YRS. AGE ADMITTED(1)

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 MST. SHIMLA AKTER

Proposer's Address D/O:MD. MOSHARAF ALAM
VILL:POLASHPOLE (DAKKHIN)
P.O.:SATKHIRA THANA:SATKHIRA SADAR
DIST:SATKHIRA 01824702123

Extra Loding:

Tk. 0

Include CL Lien 30% For 04
Year and Pregnancy Clause
Attach to this Policy

Sum Assured 60,000

SIXTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C

Basic Premium: 6,156.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- THB9201-20220912-861

12/09/2022,,

6,156.00

SIX THOUSAND ONE HUNDRED FIFTY SIX 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. SIMA AKTER, MOTHER, 43 YRS

DULY STAMPED

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

., Yrs.

Date of FPR:

12/09/2022

FPR No:

THB-1664-22

RiskDate :

12/09/2022

Date of Proposal

12/09/2022

Proposal No:

THB-1664-22

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 Seal:

202000671/20200240/2020175/206707/206707/206573/203153

Checked

MD. ASHIKUR RAHUL
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 30% For 04 Year

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা গুরুতর তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গ্রহীত টাকা
208059214-7	THB-1664-22	12/09/2022	12/09/2022	16-12 Yr	THB9201-2022	6156	
MOHTARAMA MST. SHIMLA AKTER				12/09/2022			
বীমাত্রাহকের D/O:MD. MOSHARAF ALAM নাম ও ঠিকানা: VILL:POLASHPOLE (DAKKHIN) P.O.:SATKHIRA THANA:SATKHIRA SADAR বীমাত্রাহকের DIST:SATKHIRA 01824702123 বয়স: 21				Kalligonj Agency Office(THB9403) এফ পি আর নং THB-1664 ইস্যুর তারিখ -22 12/09/2022		0	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট
60000	6156	0	0	6156	0	NILL.	6156
সাংগঠনিক কোড নং : 202000671/20200240/2020175/206707/206707/206573/203153							12/09/2023

F. Khatun

AGE ADMITTED

Include Pregnancy Clause

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

Rupali Life Insurance Company limited

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

12/09/2022

Policy No: 208059214-7 FPR No: THB-1664-22 SC Code: THB
 Proposal No: THB-1664-22 FPR Date: 12/09/2022 SC Name: Khulna Serviceing Cer
 Proposal Date: 12/09/2022 Com. 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	6,156	0.00	(6,156)	12-Sep-2023

Sum Assured In word: SIXTY THOUSAND

Premium In word: SIX THOUSAND ONE HUNDRED FIFTY-SIX

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

Mobile No:

Age & Date of Birth

MOHTARAMA MST. SHIMLA AKTER

21

Special Clause:

AGE NOT ADMITTED

Chain Set up:

202000671/20200240/2020175/206707/206707/2065
73/203153

Life Prem: 6,156.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Nominee:

PR No:	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Comission
Information for
calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 1385.10 - 69.26 = 1315.84

UM : 415.53 - 20.78 = 394.75

BM : 277.02 - 13.85 = 263.17

5% Source Tax: 103.88

Net Payable: 1973.77

158

Accepted with 30%
 Constant alien of Sem
 assured for the 1st 04
 (Four) years of the term
 & added 1st pregnancy
 clause.

MD. ASRAFOR 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”

ডাঃ আর. নংদা

FILED TH 89201-20220912.881

THB-1664-22

CASH PR. Collect OR Later

ঝুঁকির তারিখ	12/09/2022	পরিকল্পন নং ও মেয়াদ	16 - 12	বীমা অংক	60000	প্রি	প্রিমিয়াম কিস্তি	6156		প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি	Yly
MOHTARAMA MST. SHIMLA AKTER <div>Basic Premium: Tk. 6156 PDAB/DIAB: Tk 0 F/E or O/E: Tk 0 প্রদত্ত কিস্তির সংখ্যা 1</div>						মি	সমন্বয় কাল	12/09/2022		সমন্বিত কিস্তির সংখ্যা	1
						যা	সমন্বিত প্রিমিয়াম		বর্ধিত প্রিমিয়াম	পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ	
							বিলম্ব ফি (যদি থাকে)			12/09/2022	
									অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে)		
						ম	সর্বমোট	6156			

Received by Cash 12/09/2022 1

Orgn.

202000671/20200240/2020175/206707/206707/206575/203153/202945/--/--/--/

Amount(s):

6156

Laka Inword: Six Thousand One Hundred Fifty Six

উল্লেখিত টাকা প্রিমিয়াম ও বিলম্ব ফি (যদি থাকে) খাতে সমন্বয় করা হলো।

তারিখ

12/09/2022

Old FA:



MRINMOY PALDER
S.E.O. (ID No. 1004)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Khuina Servicing Center.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Rupali Life Insurance Company Ltd.

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

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"/> রূপালী ক্ষুদ্র বীমা
তাকাফুল ডিভিশন | <input type="checkbox"/> শরীয়াহ ডিপোজিট
পেনশন স্কীম | <input type="checkbox"/> আল আমানত
বীমা প্রকল্প | <input type="checkbox"/> রূপালী সম্ভ্রম
বীমা প্রকল্প |

PROPOSAL NO. 1664-22 Policy No. 2060 52 228-9 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 মোহাঃ শিমলা আক্তার

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER) MOH: SHIMLA AKTER

পিতার নাম মোঃ মোজাফফর আলম মাতার নাম সীমা আক্তার

স্বামী/স্ত্রীর নাম বৈবাহিক অবস্থা: ☒ অবিবাহিত ☐ বিবাহিত ☐ তালাক প্রাপ্ত ☐ বিধবা

গ্রাহকের পেশা গৃহ-শ্রমিক পদবী

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম

জন্ম তারিখ 02022002 বয়স 20 জন্ম স্থান ঢাকা শ্রম ধর্ম ইসলাম জাতীয়তা বাংলাদেশ

ফোন-বাসা ফোন-অফিস ই-মেইল

মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) 02-28-902026

শিক্ষণত যোগ্যতা ৬ম শ্রেণী (পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি বা সমমানের সনদের ফটোকপি দাখিল করতে হবে)।

স্থায়ী ঠিকানা বর্তমান ঠিকানা

বাড়ী নং/রোড নং বাড়ী নং/রোড নং

গ্রাম/শহর 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)

নাম মনোনীতক এর তথ্য (বীমাযোগ্যস্বার্থ অনুযায়ী)

নাম মোঃ মোজাফফর কারিকর

জন্ম তারিখ 02022002 বয়স 20 জন্ম-তারিখ বয়স

সম্পর্ক মাতা প্রাপ্ত অংশ %

মোবাইল নম্বর 0218502223 মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে

অভিভাবকের নাম বয়স সম্পর্ক

বীমা অংক.....৬০,০০০/-..... কথায়.....

প্রিমিয়াম.....৬০০৬১/-..... কথায়.....

পরিকল্পন নং.....১৮ মেয়াদ.....১২ বৃকির শ্রেণী..... সহযোগী বীমা ☐ PDAB ☐ DIAB

প্রিমিয়াম জমা পদ্ধতি ☒ বার্ষিক ☐ ষান্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ মাসিক ☐ এককালীন প্রিমিয়াম দাতা ☐ নিজে ☐ অন্য

বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য.....মৃত্যু ও নিরুপায়িত বার্ষিক আয়.....১,১০০০/- আয়ের উৎস.....মুহূর্ত্ত

প্রিমিয়াম প্রদানের তথ্য : নগদ/ডিডি/পে-অর্ডার/চেক নং..... তারিখ..... টাকা.....

কথায়..... ব্যাংকের নাম..... শাখা.....

পিআর/বিএম নং..... তারিখ..... টাকা..... কথায়.....

পেনশন পলিসি/শিশু শিক্ষা বীমার ক্ষেত্রে: বীমা প্রস্তাবকের বয়স কত বছর পূর্ত্তির পরে পেনশন/বৃত্ত্তি প্রদান শুরু হবে..... বছর, মাসিক পেনশনের/বৃত্ত্তি পরিমাণ..... টাকা

পেনশন/বৃত্ত্তির 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 অনুগ্রহপূর্ব্বক 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	৪৫	স্বাস্থ্য				
মাতা	১	৪৬	স্বাস্থ্য				
ভাই	১	২৬	স্বাস্থ্য				
বোন	—	—	—				
স্বামী/স্ত্রী	—	—	—				
পুত্র	—	—	—				
কন্যা	—	—	—				

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 type="checkbox"/> না <input checked="" 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
মৃগী বা স্নায়বিক সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘন ঘন কাঁশি, ব্রংকাইটিস, অ্যাজমা, নিউমোনিয়া, প্লিউরিসিস, 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, দুর্ঘটনা, 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

শারীরিক পরিমাপ

আপনার বর্তমান ওজন..... ৫৫ কেজি/পাউন্ড, আপনার উচ্চতা..... ৫'১" ফুট/ইঞ্চি, আপনার বুকের মাপ: শ্বাস গ্রহণের পর ইঞ্চি/সে.মি..... ৬২.৫
 শ্বাস ত্যাগের পর..... ৬৪.৫ ইঞ্চি/সে.মি., কোমরের মাপ..... ৬২.৫ ইঞ্চি/সে.মি., আপনার সনাক্তকরণ চিহ্ন.....

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা-প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিকা (✓) দিন

শিক্ষাগত যোগ্যতা..... ৬-মাসিক মাসিক আয়..... ৬০০০ আয়ের উৎস.....
 আয়ের উৎস কি নিজস্ব ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি করদাতা? ☒ না ☐ হ্যাঁ আপনি কি বিবাহিত? ☒ না ☐ হ্যাঁ আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? ☒ না ☐ হ্যাঁ
 স্বামীর নাম..... স্বামীর পেশা..... স্বামীর মাসিক আয়.....
 সর্বশেষ মাসিকের তারিখ..... ০৪/০১/২২ সন্তান সংখ্যা..... কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?.....

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.....
 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 দৃষ্টি ও শ্রবণ শক্তি স্বাভাবিক কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটির কোন অঙ্গহানি আছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটির জন্মগত কোন রোগ 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 গণ্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাব্যশ্যকীয় 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.....

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ:.....

নাম.....

পিতার নাম.....

মোবাইল নম্বর.....

বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর.....

নাম.....

প্রস্তাবপত্র পূরণের তারিখ.....

অভিভাবকের প্রতি স্বাক্ষর.....তারিখ.....
(অপ্রাপ্তবয়স্ক প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে)

উল্লয়ন কর্মকর্তাদের কোড সেটআপ

এফ.এ. কোড	৬৭৩
ইউ.এম. কোড	
বি.এম. কোড	

MD. SUKUR ALI
General Manager
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Sales Office
Mob: 01812-142020

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)

(পৌরজমনি ফরম- ৩)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়
সাতক্ষীরা পৌরসভা
সাতক্ষীরা সদর, সাতক্ষীরা
জন্ম সনদ

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

নিবন্ধন বহি নং ২১

নিবন্ধনের তারিখ: ১০-০৮-২০০৮ সনদ ইস্যুর তারিখ: ২৫-০২-২০১৯

জন্ম নিবন্ধন নম্বর: ২০০২৮৭২৬৬০৮০১০৮০৯

নাম: মোছাঃ শিমলা আক্তার

জন্ম তারিখ: ০১-০১-২০০২

লিঙ্গ: নারী

পহেলা জানুয়ারি দুই হাজার দুই

জন্ম স্থান: গ্রাম- পলাশপোল, ওয়ার্ড নং- ০৮
পোষ্ট, উপজেলা ও জেলা- সাতক্ষীরা

পিতার নাম: মোঃ মোশারফ আলম

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: সীমা আক্তার

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম- পলাশপোল, ওয়ার্ড নং- ০৮
পোষ্ট, উপজেলা ও জেলা- সাতক্ষীরা

বর্তমান ঠিকানা: গ্রাম- পলাশপোল, ওয়ার্ড নং- ০৮
পোষ্ট, উপজেলা ও জেলা- সাতক্ষীরা

(যাচাইকারীর স্বাক্ষর ও বামসহ সীল)
মোঃ রবিউল আলম
স্যানিটারী ইন্সপেক্টর
সাতক্ষীরা পৌরসভা।



(নিবন্ধকের কার্যালয় সীলমোহর)

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও বামসহ সীল)
মোঃ তাজকিন আহমেদ
মেয়র
সাতক্ষীরা পৌরসভা।

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

MD. SUKUR ALI
General Manager
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Sattarkhira Office
Mob: 01857-14202



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/২৫৯৮/২২

তারিখ : ১২/১১/২২

গ্রহণ পত্র

বিষয় : আপনার প্রস্তাবপত্র নং THB-১৬৬৪/২২

জনাব,

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

বীমা অংক : ১০০০০০/- পরিকল্পন নং মেয়াদ : ১৬-২২ প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : ৫৫৫ মূল প্রিমিয়াম : ১১৪৫/- 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	প্রদান যোগ্য হবে
	২য়	" " "	" " "
	৩য়	" " "	" " "
	৪র্থ	" " "	" " "
	৫ম	" " "	" " "
	৬ষ্ঠ	" " "	" " "
	৭ম	" " "	" " "
	৮ম	" " "	" " "
	৯ম	" " "	" " "
	খ)	শুরু থেকে ...০২... বৎসরের মধ্যে মৃত্যুতে বীমা অংকের ৭০% 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.