

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 12:00:00A2 Mobile No: 01812400345 Medical: Medical submitted:

PolicyNo **103255033-7** Age at Entry **29 YRS. AGE NOT ADMITTED(0**

Name of plan **FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM**

Table & Term **01-16** Supplementary Cover **NILL. 0.00**

Proposer's Name **MST. PARVIN AKTER**

Proposer's Address **W/O:MD. SOWRAB
HOUSE:LALU MAJHIR BARI, MIAH
SOWDAGAR POOL, KORBANIGONJ
P.O. SADAR-4000 THANA KOTWALI
DIST:CHATTOTGRAM 01812400345** Extra Loading: **Tk. 700** Include CL Lien 10% For 5 Year to this Policy

Sum Assured **350,000** **THREE LAC FIFTY THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **28,105.00** Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- 884046** **30/12/2021,**

28,805.00 **TWENTY EIGHT THOUSAND EIGHT HUNDRED FIVE 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 **MD. PERVEZ, SON, 19 YRS
SAMIA AKTER, DAUGHTER, 09 YRS**

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

Guardian's Name **GUARDIAN:**

Child's Name **, Yrs.**

Date of FPR: **15/01/2022** FPR No: **ECB-E-3001/21** Risk Date: **27/01/2022**

Date of Proposal **30/12/2021** Proposal No: **ECB-E-3001/21** Date of Commencement: **30/12/2021**

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

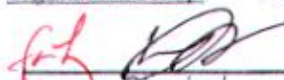
Last premium due date **30/12/2036** Next Due Date: **30/12/2022** Date Of Maturity **30/12/2037**


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 30/12/2025
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037

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

Organization Set-up: 103000471/10300041/1030037/101095/102738/100545/100266


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


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


Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Print dt 30/01/2022

Ekok Bima

Include CL Lien 40% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রস্থাবপত্র নং	বীমা শুরুর তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. অর/বি. গ্রাম নং	গৃহীত টাকা
103255033-7	ECB-E-3001/21	30/12/2021	27/01/2022	01-16	Yiy	884046	28805
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 39	MST. PARVIN AKTER W/O:MD. SOWRAB HOUSE:LALU MAJHIR BARI, MIAH SOWDAGAR POOL, KORBANIGONJ P.O.:SADAR-4000 THANA:KOTWALI DIST:CHATTOGRAM 01812400345			 শাখা Khatungonj এফ পি আর নং Agency Office(ECB4314) ইস্যুর তারিখ ECB-E-30 01/21 15/01/2022	30/12/2021	0	
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
350000	28105	0	700	28805	0	NILL.	28805
সাংগঠনিক কোড নং :	103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266						30/12/2022

পরীক্ষকের স্বাক্ষর

AGE NOT ADMITTED

Female Extra: 2 Per

তারিখ ও স্বাক্ষর

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 12:00:00AM Mobile No: 01812400345 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103255033-7 Age at Entry 39 YRS. AGE NOT ADMITTED

Name of plan FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM

Table & Term 01-16 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MST. PARVIN AKTER

Proposer's Address W/O:MD. SOWRAB
HOUSE: LALU MAJHIR BARI, MIAH
SOWDAGAR POOL, KORBANIGONJ
P.O. SADAR-4000 THANA-KOTWALI
DIST:CHATTOTGRAM 01812400345

Extra Loading:
Tk. 700 Include CL Lien 10% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 350,000 THREE LAKH FIFTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 28,105.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 884046 30/12/2021,
28,805.00 TWENTY EIGHT THOUSAND EIGHT HUNDRED FIVE 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 MD. PERVEZ, SON, 19 YRS
SAMIYA AKTER, DAUGHTER, 09 YRS
SAMIYA

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name „ Yes

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-3001/21 Risk Date : 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-3001/21 Date of Commencement 30/12/2021

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

Last premium due date 30/12/2036 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2037

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 30/12/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

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

 Checked

Countersigned



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

Phone : 8392361-4, Fax : 88-02-8392370

POLICY SUMMARY

DATE :

OFFICE INFORMATION

Policy No. 3001/24 Proposal Date
No. 103255033-7 Branch Code
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
Entry Age & Proof Code 39

Assured/Pension/Annuity (In Taka) 350.000
In Word

& Term 01 16 Mode of Payment 4/4

Installment Premium (In Taka) 28105/-
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALODGING

	Code	Premium
EE or O/E	<u> </u>	<u>700</u>
EM	<u> </u>	<u> </u>

Installment Premium (In Taka): 28805/-

In word

Option

Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name PARVIN AKTER
Proposer's Present Address 6/0-SOGRAB
6/0-LALU MAJHMIR BARI M
SOWDHAGAR POOL, KORBANIA
P/O - SADAR - 4000 P/S - KATU
C.T.G
Nominee's Name MD. PERVES - 19 YRS - SON.
Age & Relation SANIYA AKTER. 09 YRS - DA
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>30/12/21</u>	<u>884046</u>	<u>2880</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount

Premium Rate % 82.30

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Previous Policy / Policies :

বীমার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with FIE
40% (forty) constant
Sum insured for 1st 051
of the term.

~~SR~~
A
27/10

Medical Adviser :





রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএসঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

884046

PR নং :

তারিখঃ ৩০/১২/২০১৭

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে নং ২২৮৮৮ টাকা পয়সা (কথায়) ২২৮৮৮/২০১৭ এর

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

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবৃত্ত/বিমাপত্র নং এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

উক্ত টাকাঃ ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ পদ্ধতি লেখা/ব্যাখ্যা/গ্রেন্সিস/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপেক্ষে এই টাকা আমনত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমানকরীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যান্ডার্ড 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। সার্ভিস সেল কোড নং

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

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

৬০০২/২০

103255038-7

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
মতি সাকিব	এফ,এ	০০৬০০০৪৭১	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 সাকিব আলতার
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ মতিব আলতার ইংরেজীতে :
 (ঘ) মাতার নাম : মোঃ তানজিয়া বেগম ইংরেজীতে :
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : মুক্তিযোদ্ধা সনদ
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : মোঃ মান্নান মির্জা বাবী
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : মোঃ মান্নান মির্জা বাবী
 (গ) মোবাইল নং : ০১৮১২-৫০০৩৫৫
 (ঘ) মোবাইল নং :

৩। জন্ম তারিখ : ০১/০৪/১৯৮৬ বয়স : ৩৬ জন্মস্থান : চিত্রাবাড়ী জাতীয়তা : বাংলাদেশী
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? : জাতীয় পরিচয় পত্র

৪। (ক) বীমা অংক : ৬,৫০,০০০/-
 (খ) তালিকা নং : ০২ মেয়াদ : ২৬ বৎসর
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষান্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং : টাকা :

৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছা থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
 ৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? : নিরাপত্তা ও সঞ্চয় আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? : ২৫০,০০০/- আয়ের উৎস কি? :
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন?
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) : ০১০০/-

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।

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	স্বাক্ষর তারিখ লিখুন
রূপালী লাইফ ইন.	০০৬০০০৪৭১	৬,৫০,০০০/-	০১-২৬		০৬/০৭/১৯
	৬০-২	২,৫০,০০০/-			

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) : মোঃ সাকিব বয়স : ৩৬ সম্পর্ক : ছেলে
 (২) : মোঃ মতিব আলতার বয়স : ৩৬ সম্পর্ক : ছেলে
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : বয়স : সম্পর্ক :

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 অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি? আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন সামাজিক উদ্যোগ/স্বাক্ষর সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৬৪	স্বাস্থ্য				
মাতা	০১	৫৯	স্বাস্থ্য				
ভাই	০২	৬৬, ২৪	স্বাস্থ্য				
বোন	০৪	৬৬, ৬০, ২৭, ২৯	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	০১	৩৫	স্বাস্থ্য				
ছেলে	০১	২২	স্বাস্থ্য				
মেয়ে	০২	২৬, ০২	স্বাস্থ্য				

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>৭</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>কখনো</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 মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u>																				
১৪।	আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শ্বাসযন্ত্রিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্রীহা 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।	<table border="1"><tr><td>হ্যাঁ</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr><tr><td>না</td><td>না</td></tr></table>	হ্যাঁ	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না
হ্যাঁ	না																					
না	না																					
না	না																					
না	না																					
না	না																					
না	না																					
না	না																					
না	না																					
না	না																					
না	না																					
১৫।	(ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? ফু/মিঃ ইঞ্চি/সেঃ/মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ইঞ্চি সেঃ/মিঃ । শ্বাসত্যাগের পর ইঞ্চি সেঃ/মিঃ (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? ইঞ্চি সেঃ/মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন	<u>৯২</u> <u>৫'৬"</u> <u>৮০</u> <u>২৮</u> <u>৩৬</u>																				

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাউকেও জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখার জন্যে বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

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

নাম: শ্রেয়সী সান্দ্রা ডাক্তার মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশংসা

ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু?	বয়স :
খ) আপনার মাসিক আয় কত?	৬৯ বছর
গ) আপনার আয়ের উৎস কি?	২০,০০০/-
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল?	১৫০০০/-
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন?	১৫০০০/-
চ) আপনি কি বিবাহিতা?	১৫০০০/-
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন?	১৫০০০/-
জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভাব্য?	১৫০০০/-

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমা পত্র নং	বীমা অংক
JK	JK	JK

ঘোষণা

আমি প্রজ্ঞাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত 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 আ যে ঘোষণা করছি বা করব তা প্রজ্ঞাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক বিম্বা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিই আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রজ্ঞাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর যুক্তির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রজ্ঞাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : [Signature] স্থান প্রাথমিক পুরো নাম মোঃ হারুন সারডিন
 পদবী P.O কোড ২০০ ৫৫৫ ঠিকানা আবু হারুন, গোলাপী
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : [Signature] কোড নং প্রাথমিক প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
 পুরো নাম প্রাথমিক তারিখ : ১০/১১/১১

বিঃদ্রঃ বিমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাপ্রাপ্তকের 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

કુળાણી જીવન-નિરાપદ જીવન

ডাক্তারী পরীক্ষানিহীন গ্রীষ্ম বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১১. (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার কোন রোগ/বৃদ্ধি গেলে কত কোর্স/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ১টি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(ক) <input checked="" type="checkbox"/> (খ) <input checked="" type="checkbox"/> (গ) <input checked="" type="checkbox"/>																				
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 হ্যাঁ, তাহলে দিনে কতবার?	(ক) <input checked="" type="checkbox"/> (খ) <input checked="" type="checkbox"/> (গ) <input checked="" type="checkbox"/> (ঘ) <input checked="" type="checkbox"/>																				
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) <input checked="" type="checkbox"/> (খ) <input checked="" type="checkbox"/>																				
১৪. আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মূত্র, মূত্রা, কোন প্রকার প্রাণিক বা মানসিক প্রতিক্রিয়া বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, বক্তব্য, ব্রুইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুইটিস, ফালা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, ব্রুইটিস, ফলস্রাব। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) গ্রীষ্ম বা যকৃৎের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়নেটিকস, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুজের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, কাপার, ব্রুইটিস, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিচিকি বা মাংসপেশীতে জখম।	<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
হ্যাঁ	না																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
১৫. (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৭২</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৮"</u> ফুট/ইঞ্চি (গ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণাঙ্গ মেয়ের পর <u>৬৫"</u> ইঞ্চি মেয়ের পর <u>৫৫"</u> ইঞ্চি (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩১"</u> ইঞ্চি <u>৩১"</u> ইঞ্চি (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন																					

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

যেমন ব্যক্তি প্রাপ্ত বয়স (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়াত প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাউকেও জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চাপ করার জন্যে বীমা কোম্পানীর প্রাথমিক পর্যায়ে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে সশ্রমিক হস্ত নির্ধারিত পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা যাবে।

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

নাম : মেজঃ মাহবুব হোসেন মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? ৩০০% বয়স : ৬০
 খ) আপনার মাসিক আয় কত? ৩০০০০ খ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
 গ) আপনার আয়ের উৎস কি? গৃহস্থি গ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?
 ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? হ্যাঁ ঘ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন না
 ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? হ্যাঁ ঙ) আপনার স্বামীর নাম কি? মেজঃ মাহবুব
 চ) আপনি কি বিবাহিত? হ্যাঁ চ) তাঁর মাসিক আয় কত? ২০,০০০
 ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? ৬০৩ ছ) তাঁর পেশা কি?
 জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তান? হ্যাঁ জ) তাঁর আয়ের উৎস কি?
 ঝ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তান? হ্যাঁ ঝ) তাঁর জীবনের উপর চাপ বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমা পলি নাম	বীমা অংক
<u>৩</u>	<u>৩</u>	<u>৩</u>

প্রমাণ

সমস্ত প্রমাণিত গ্রীষ্ম বীমা প্রাপ্ত বয়স সম্পূর্ণকৃত প্রমাণের পরেই যে, উপরোক্ত বিবৃতি প্রদানের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্ণনায় সম্পূর্ণ সত্য আছি। এবং আমার জ্ঞান থেকে এ প্রমাণের পরেই যে, উপরোক্ত বিবৃতি প্রদানের সময় অতিরিক্ত বিবৃতি প্রদান করেছি। যে প্রমাণের পরেই যে, উপরোক্ত বিবৃতি প্রদানের সময় অতিরিক্ত বিবৃতি প্রদান করেছি। যে প্রমাণের পরেই যে, উপরোক্ত বিবৃতি প্রদানের সময় অতিরিক্ত বিবৃতি প্রদান করেছি।

(ক) স্বাক্ষর : মাহবুব হোসেন প্রমাণিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
 পদবী : মেজঃ
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : মেজঃ মাহবুব হোসেন
 পদবী : মেজঃ

নিম্নের বীমা গ্রাহকের সম্মতিত বীমা গ্রাহকের কর্মসূচি পেশার পরিচালনা বা নিয়ন্ত্রণে চাকরিতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীতে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

প্রমাণিত



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.....
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....
(গ) পেশা.....
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....
২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বছর
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
(গ) বীমাকৃত টাকা.....
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....

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

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?	
		বয়স	কোন রোগের জন্য	মৃতকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন		
বাবা	১	১৪	না					না
মা	১	৫০	না					
ভাই	২	৩১, ২৪	না				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?	৩
বোন	৪	৩৩, ৩৫, ২৭	না				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন	না
স্বামী/স্ত্রী	১	৪৫	না				(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।	না
ছেলে	১	১০	না				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :	২
মেয়ে	২	১১, ১	না					২২

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 তারিখ ২৩-১-২২
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	হ্যাঁ	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	হ্যাঁ
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব ২০.২ স্কেলার অনুপাত	হ্যাঁ
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	হ্যাঁ	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	হ্যাঁ	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা ৫'৪.৫ সে: মি: / ফ: ই:	হ্যাঁ
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) ওজন ৭২ কিলো/পাউন্ড	হ্যাঁ
৩। (ক) পাকস্থলী, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩৫ সে: মি: / ই:	হ্যাঁ
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩৬ সে: মি: / ই:	হ্যাঁ
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ৩২ সে: মি: / ই:	হ্যাঁ
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 বীমায় জনা প্রথম শ্রেণীর জীবন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	হ্যাঁ
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	স্থান তারিখ ২৩-১-২২	হ্যাঁ
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	হ্যাঁ	পুরো নাম	হ্যাঁ
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	হ্যাঁ	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	হ্যাঁ
(গ) রক্তচাপ ৪ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	হ্যাঁ	ডায়ী	হ্যাঁ
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	ডায়ীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ১৯৮২-১১৫০৭	হ্যাঁ
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হলে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	হ্যাঁ	কোড নং	হ্যাঁ
৬। গনোরিয়া, সিকিসিস, যৌন বা মুত্রশালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	হ্যাঁ	বর্তমান ঠিকানা	হ্যাঁ
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	হ্যাঁ	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	হ্যাঁ



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MST. PARVIN AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-39 years

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

DATE 16 01 2022

SL. No. 24

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.

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) :

স্বাভাবিক

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 : MST. PARVIN AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-39 years

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

DATE 16 01 2022

SL.No. 24

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 : 1-2/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) :

সার্বিক

Attested



DR. M.A. ULLAH SAYED
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)
BMDC Reg. No-27743
CLINICAL PATHOLOGIST

DR. M.A. ULLAH SAYED
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)
BMDC Reg. No-27743
CLINICAL PATHOLOGIST
CONSULTANT

CHECKED BY



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MST. PARVIN AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-39 years

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

DATE 16 01 2022

SL. No. 24

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	90mg/dl (4.99 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

জারজি

COMMENTS (IF ANY) :



CHECKED BY

Attested

DR. M.A. ULLAH SAYED
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)
BMDC Reg. No-27743
CLINICAL PATHOLOGIST

DR. M.A. ULLAH SAYED
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)
BMDC Reg. No-27743
CLINICAL PATHOLOGIST
CONSULTANT



বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২ ৫৫ ০৬৬-৭ তারিখ
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম হেন্দ্র নাথ বয়স ৬৭
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম হুগলী নতুন, ডাকঘর শিবদলার নতুন থানা হুগলী নতুন
 ➤ জেলা কুমিল্লা যোগাযোগের ঠিকানা : হুগলী নতুন

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	বহুদিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৪৫ দিন আগে
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 ?	চাকুরী
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 ?	চাকুরী
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	২৪০ টাকা/১০০০ টাকা
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	লিখে
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্টে 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 | > সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর |
| > পুরো নাম <u>বিলু হোসে কোদ-আল</u> | > পুরো নাম |
| > পদবী <u>DVE</u> কোড নং | > পদবী কোড নং |
| > স্থান <u>হাটুয়াখালী</u> | > অফিসের নাম |
| > <u>৮৬</u> | > ঠিকানা |