



Rupali Life insurance Company Ltd.

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

Policy Schedule

POLICY NO	103252955-8	AGE AT NEAREST BIRTH DAY	28 YRS. AGE ADMITTED(5)
PLAN	FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM		
TABLE & TERM	01-16	SUPPLEMENTARY ACCIDENT COVER ATTACHED TO THE POLICY	NILL.
NAME & ADDRESS OF THE PROPOSER	MD. YOUSUF S/O: ABUL KALAM VILL: ROSTOMER DR. ER BARI, MALI PARA P.O.: OLIPUR BAZAR THANA: NANGALKOT DIST: CUMILLA <u>Include CL Lien 35% For 5 Year to this Policy.</u>		
SUM INSURED	NAME OF THE LIFE INSURED (S)	MD. YOUSUF	
	AMOUNT (S.I)	TK. 330,000 (BASIC SUM) THREE LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY	
	EVENT ON HAPPENING OF WHICH THE SUM INSURED IS PAYABLE	2. ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.	
	TO WHOM PAYABLE	THE PROPOSER OR HIS ASSIGN(S) IN THE EVENT OF DEATH OF THE LIFE INSURED TO IMAN HOSSAIN, SON, 08 YRS GUARDIAN: (NOMINEE UNDER SEC, 57 OF THE INSURANCE ACT, 2010)	
DATE OF COMMENCEMENT	15/Jul/2021	RISK. DATE	29/Aug/2021
PREMIUM	AMOUNT	TK. 25,872.00 TWENTY FIVE THOUSAND EIGHT HUNDRED SEVENTY TWO TAKA ONLY	
	HOW PAYABLE	YEARLY	OPTION C
	DUE DATES	ON THE DATE OF 15 JULY IN EVERY YEAR	
DATE OF LAST PREMIUM DUE	15/07/2036	DATE OF MATURITY	15/07/2037
PERIOD DURING WHICH PAYABLE	UP TO THE STIPULATED DATE OF LAST PAYMENT OR EARLIER DEATH OF (EITHER) THE LIFE INSURED(S)		
SPECIAL PROVISIONS	ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE : 1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2025 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2029 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2033 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 15/07/2037 SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.		

SIGNED ON BEHALF OF RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD. ON

EXAMINED BY

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

COUNTER SIGNED

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

09/09/2021

MANAGING DIRECTOR & CEO



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০১০

Ekok Bima

Include CL Lien 35% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	গ্রন্থবন্ধ নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103252955-8	ECB-E-712/21	15/07/2021	29/08/2021	01-16	Yly	889110	25872
বীমাত্রাহকের নাম ও ঠিকানা : MD. YOUSUF S/O ABUL KALAM VILL: ROSTOMER DR. ER BARI, MALI PARA P.O.: OLIPUR BAZAR THANA: NANGALKOT DIST: CUMILLA				শাখা Khatungonj Agency এফ পি অফিস (ECB4314)		15/07/2021	0
বীমাত্রাহকের বয়স : 28				ইস্যুর তারিখ ECB-E-71 2/21 17/08/2021			0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
330000	25872	0	0	25872	0	NILL.	25872
সংগঠনিক কোড নং : 103001213/10300473/1030371/102840/102839/100689/102209							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ 15/07/2022

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED(Passport)

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-FPR)

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

Entry Date 17/08/2021 12:00:00A1 **Mobile No:** **Medical:** Medical submitted.
PolicyNo 103252955-8 **Age at Entry** 28 YRS. AGE ADMITTED(5)

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 MD. YOUSUF
Proposer's Address S/O:ABUL KALAM
 VILL:ROSTOMER DR:ER BARI, MALI PARA
 P.O:OLIPUR BAZAR THANA:NANGALKOT
 DIST:CUMILLA **Extra Loading:** Tk. 0 **Include CL Lien 35% For 5 Year to this Policy.**

Sum Assured 330,000 THREE LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY
Mode Of Payment YEAR **Policy Option** C **Basic Premium:** 25,872.00 **Suspense:** 0.00
Total Premium By PR- 869110 15/07/2021,
 25,872.00 TWENTY FIVE THOUSAND EIGHT HUNDRED SEVENTY TWO TAKA ONLY
Event of Happening 2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

Nominee's Name IMAN HOSSAIN, SON, 08 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:
Child's Name „ Yrs.
Date of FPR: 17/08/2021 **FPR No:** ECB-E-712/21 **Risk Date :** 29/08/2021
Date of Proposal 15/07/2021 **Proposal No:** ECB-E-712/21 **Date of Commencement** 15/07/2021
Premium due date: ON THE DATE OF 15 JULY IN EVERY YEAR
Last premium due date 15/07/2036 **Next Due Date:** 15/07/2022 **Date Of Maturity** 15/07/2037

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 15/07/2025
 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2029
 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2033
 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 15/07/2037
 SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001213/10300473/1030371/102840/102839/100669/102209

104
 Checked

Countersigned



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

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

POLICY SUMMARY

DATE :

OFFICE INFORMATION

Sal No.	712/21	Proposal Date	
No.	103252955-8	Branch Code	
Q. No.		Branch Name	

ORGANIZATION

103001213	D.C	
	R.C	
	D.V.C	
	C.C	

POLICY RELATED INFORMATION

Date	29/8/21	Date of Commencement	15/7/21
of Birth	20/10/93	Entry Age & Proof Code	28 1
Assured/Pension/Annuity (In Taka)	3,30,000/-		
In Word			

& Term	01 16	Mode of Payment	7
Installment Premium (In Taka)	25872/-		
In Word			

SUPPLEMENTARY COVER

Code	Premium
DIAB/PDAB	
HB	

EXTRALODGING

Code	Premium
F/E or O/E	
EM	

Installment Premium (In Taka):	25872/-
In word	
Option	
Premium Due Date	

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name	Mr. Yousof
Proposer's Present Address	301- Abdul Kalam 401-Rustam Ds. B vill- Mahipara po- Shripur B pi- Nangal-eat Cumi
Nominee's Name Age & Relation	Iman Hossain. 08
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	

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	P
15/7/21	869110	2

Suspense Amount	
Premium Rate %	80.40

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

পলি :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 35
lien of SumAssured
05 (five) years at 01

Mr. [Signature]
[Stamp]
[Stamp]
[Stamp]

Mo
Ex
i
Rup

Medical Adviser :

[Signature]
25/08/21

Prop
Policy
F.P.I.

E.A
U.M
B.M
B.C

Risk

Date

Sum

Taka

Table

Life

Taka

Total

Taka

Polio

Next



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার/ফাইল কপি

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

8691110

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

PR নং : ২২৭/২২৭
তারিখ : ২২/৭/২২৭

ধনাবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে ২২৭/২২৭ টাকা

পয়সা (কথার) টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

২২/৭/২২৭

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবপত্র/বীমাপত্র নং

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

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/স্থানীয়/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপক্ষে 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/ডিডি/পে-অর্ডার নশানী করন স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

ক্ষমতাপ্রাপ্ত 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

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

প্রস্তাবপত্র নং

৭২২/২৩

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

1032-52055-

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
২০৬০০১২৬	এফ.এ			ডি.সি	
	ইউ.এম			আর.সি	
	বি.এম			ডি.ডি.সি	
	বি.সি			সি.সি	

প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর প্রস্তাবকের নিজ হস্তাক্ষরে বা তার নির্দেশানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

- (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : মোঃ ইউনুস
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : আবুল কালাম ইংরেজীতে :
(ঘ) মাতার নাম : মনজিমা বেগম ইংরেজীতে :
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) :
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

- (ক) স্থায়ী ঠিকানা : প্রঃ রুহুমা জাহাঙ্গীর বকী
গ্রামঃ মালিপাড়া, ডাকঃ অনিপুর, চাঁদপুর
জন্মঃ ১৯৮৫/০৫/০৫, কুমিল্লা
মোবাইল নং :
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা :
মোবাইল নং :

- জন্ম তারিখ ২০-১০-১৯৯৩ বয়স ২৮ জন্মস্থান মির্জা বাকী জাতীয়তা বাংলাদেশী
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জন্মপত্র

- (ক) বীমা অংক ২০,৬০,০০০/-
(খ) তালিকা নং ০১ মেয়াদ ২৫ বছর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ হান্সাসিক ☐ 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)

- (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নিষসত্তা ও মৃত্যু, আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ১,২০,০০০। আয়ের উৎস কি? চাকুরী
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজে
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্থানের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

- ২ বছর পলিসি চালু থাকার সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

- 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?	ঝুঁকির তারিখ লিখুন

- (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) ইমদ হোসেন বয়স ০৫ সম্পর্ক ছোট
(২) বয়স সম্পর্ক
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম বয়স সম্পর্ক

- (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?
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/ঝুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৬০	স্বাস্থ্য		
মাতা	০১	৫৬	স্বাস্থ্য		
ভাই	০১	৬৫-৭০	স্বাস্থ্য		
বোন	২০১	২৫	স্বাস্থ্য		
স্বামী/স্ত্রী	০১	২২	স্বাস্থ্য		
ছেলে	০১	০৫	স্বাস্থ্য		
মেয়ে	—	—	—		



ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

<p>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।</p>	<p>(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>২</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>১৮</u></p>																						
<p>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?</p>	<p>(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>হ্যাঁ</u> (ঘ) <u>না</u></p>																						
<p>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।</p>	<p>(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u></p>																						
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শল্যবিক 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) মুত্র পাথরী, মুত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগত, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">হ্যাঁ</td> <td style="width: 50%;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">বলুন</td> <td></td> </tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><u>না</u></td><td></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>	
হ্যাঁ	না																						
বলুন																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৬০</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'১"</u> ফু/মিঃ <u>১৫৫</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৫"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩২"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩৬"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>না</u></p>																							

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

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

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

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা	
নাম : ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? খ) আপনার মাসিক আয় কত? গ) আপনার আয়ের উৎস কি? ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? চ) আপনি কি বিবাহিতা? ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা?	বয়স : ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ঢ) তাঁর পেশা কি? ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি? ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, 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 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 দিলাম। 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 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 স্বাক্ষর রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষরীর স্বাক্ষর : <u>হান</u> পুরো নাম <u>হুসেইন</u>	
পদবী <u>কোড</u> ঠিকানা <u>কোড নং</u>	
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর <u>Rahima Akter</u> পুরো নাম <u>Rahima Akter</u>	প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর তারিখ :

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের পরিবর্তন বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

Rupali Life Insurance Co. Ltd

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)

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

রেজি নং : C-39345(1303)/99

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়

উপজেলা: নান্দীয়া, জেলা: কুমিল্লা, বাংলাদেশ:উপজেলা: নান্দীয়া, জেলা: কুমিল্লা, বাংলাদেশ:

জন্ম সনদ

(বিধি ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (ইউনিয়ন পরিষদ) বিধিমালা, ২০০৬)

নিবন্ধন বহি নং: ০৭ (জন্ম নিবন্ধন বহি হইতে উদ্ধৃত)নিবন্ধন তারিখ: ২২/০৭/২০১১
দিন মাস বৎসরসনদ ইস্যুর তারিখ: ২২/০৭/২০১১
দিন মাস বৎসরনিবন্ধন নং ০৪৪৬৮৬ব্যক্তিগত পরিচিতি নং: ০২০৬৭৯০৪৪৬৮৬নাম: মোঃ ইউছুফজন্ম তারিখ: সংখ্যায় (খ্রীঃ): ২০-০৮-১৯৯৩ লিঙ্গ: ☐ নারী ☒ পুরুষকথায় (খ্রীঃ): দুই দশ মাসের বয়সেরজন্মস্থান: গ্রাম: আলিপুরা ইউনিয়ন: নান্দীয়াউপজেলা: নান্দীয়া জেলা: কুমিল্লা দেশ: বাংলাদেশপিতার নাম: আবুল কালাম জাতীয়তা: মহাভারতমাতার নাম: আবদুল্লাহ বোয়াল জাতীয়তা: হাস্থায়ী ঠিকানা: ক্রী-৩৪৬৮৮, আলিপুরাMatabab
22/07/2011

22/07/2011

(প্রকৃতকারীর স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)



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 বীম-গ্রাহকের পূর্ণ নাম: মোঃ হুসেইন
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম: মোঃ হুসেইন
(গ) পেশা: চাকর
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা: মুন্সিগঞ্জ
(ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স: ২৫ বৎসর
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
(গ) বীমাকৃত টাকা: ১০০০০০০
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ: ০১-১২
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 পুঞ্জের 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 শাখ্যিক 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 ঠিকানা লিখুন।	<u>না</u>
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের 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

অঙ্গী	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			টীকা
		বয়স	কোন রোগে মৃত	মৃতকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৬০	না	৬৫			৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন? (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন (ঘ) স্তন্যপান বা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন। (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মা	১	৫৬	না				
ভাই	২	৩৫, ২০	না				
বোন	১	২৫	না				
স্বামী/স্ত্রী	১	২২	না				
ছেলে	১	৬	না				
মেয়ে	১		না				

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 প্রস্তাবিত জীবন বীমার চুক্তি হিসাবে মানিয়া লইলাম। আমি আরও ঘোষণা করিতেছি, উপরোক্ত বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রের কোন অসত্য বিবরণ থাকিলে প্রস্তাবিত বীমাচুক্তি বাতিল বলে গণ্য হবে ও প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হইবে। অত্র ঘোষণার মাধ্যমে প্রত্যেক হাসপাতাল চিকিৎসক সার্জন বা অন্য কোন ওয়াকিবহাল ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান যাহারা আমার সম্বন্ধে জ্ঞাত আছেন তাহাদের প্রত্যেককে আমার সম্বন্ধে কোন শারীরিক ও মানসিক পীড়ার তথ্য জানা থাকিলে তাহা কোম্পানীকে অবগত করার অনুমতি দিলাম।

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোল্লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করিছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান তারিখ 21.5.2021
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেন। (বীমা গ্রাহকের 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

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদানকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	না	৮। প্রশ্নাব পরীক্ষা ফল	না
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	না	(ক) আপেক্ষিক তরুত্ব ৩০২ সুগার	না
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রশ্নাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	না
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রশ্নাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	না
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'৪" ১/২ মিঃ/ইঃ	না
(গ) গ্রন্থ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ৬৫ কিলো/পাঃ	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিঃস ৩৪ ১/২ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(খ) প্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩২ ১/২ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাস্তী বরাবর পেটের মাপ ৩৫ ১/২ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	না	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?	না
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	না
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান	না
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭২	তারিখ 21.5.2021	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	পুরো নাম	না
(গ) রক্তচাপ ৫ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১০/৭০	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	ডাক্তার	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	ডাক্তার তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	না
৬। গনোরিয়া, সিকিডিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	কোড নং	না
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	না	বর্তমান ঠিকানা	না

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



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD.YOUSUF

SEX ☒ M ☐ F AGE-28 years

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

DATE 18 08 2021

SL.No. 105

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 : 1-3/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 0-2/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

CRYSTALS Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMORPHOS PATES :

CASTS Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY):

25/08/21

Attended



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