

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-Deed)

Business Month: November, 2021 Pahartoli Agency Office[ECB4326] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 13/12/2021 12:00:00AM Mobile No: Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103253869-1 Age at Entry 33 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM

Table & Term 01-12 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MD SAHADAT HOSSEN

Proposer's Address S/O:ABU LEHAJ
C/O- DILAR BAPER BARI, VILL- PAIKOT
P.O. SONDAIL-3582 THANA: NANGALKOT
DIST: CUMILLA

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 25% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 360,000 THREE LAKH SIXTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 37,116.00 Suspense: -0.00 720

Total Premium By PR- 875917 25/11/2021,
37,116.00 THIRTY SEVEN THOUSAND ONE HUNDRED SIXTEEN 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 SHAHANARA BEGUM, MOTHER, 52 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 13/12/2021 FPR No: ECB-E-1733/21 Risk Date: 26/12/2021

Date of Proposal 25/11/2021 Proposal No: ECB-E-1733/21 Date of Commencement 25/11/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 25 NOVEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 25/11/2032 Next Due Date: 25/11/2022 Date Of Maturity 25/11/2033

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :

- 1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2024
 - 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2027
 - 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2030
 - 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/11/2033
- SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000430/10300052/1030047/101398/102899/100254/100268

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

Countersigned

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

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Printed 27/12/2021

Ekok Bima

Duplicate

ফাইল কপি

Include CL Lien 25% For 4 Year

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

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি, আর/বি, এম নং	পূঁজিত টাকা
103253869-1	ECB-E-1733/21	25/11/2021	26/12/2021	01-12	Yly	875917	37836
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বাস : 33	MD SAHADAT HOSEN S/O ABU LEHAJ C/O- DILAR BAPER BARI, VILL- PAIKOT P.O.: SONDAIL-3582 THANA: NANGALKOT DIST: CUMILLA			শাখা Pahartoli Agency Office (ECB4326)		25/11/2021	0
				এফ পি আর নং ইস্যুর তারিখ		ECB-E-17 33/21 13/12/2021	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মেটি : 37836
360000	37116	0	0	37116	0 720	NILL	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং : 103000430/10300052/1030047/101398/102899/100254/100268							25/11/2022

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-FPR)

<u>Business Month:</u>	November, 2021	Pahartoli Agency Office[ECB4326] S.Cell:Chowmuhoni	
<u>Entry Date</u>	13/12/2021 12:00:00AM	<u>Mobile No:</u>	<u>Medical:</u> <u>Medical submitted:</u>
<u>PolicyNo</u>	103253869-1	<u>Age at Entry</u>	33 YRS. AGE ADMITTED(1)
<u>Name of plan</u>	FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM		
<u>Table & Term</u>	01-12	<u>Supplementary Cover</u>	NILL. 0.00
<u>Proposer's Name</u>	MD SHAHADAT HOSEN		
<u>Proposer's Address</u>	S/O:ABU LEHAJ C/O- DILAR BAPER BARI, VILL- PAIKOT P.O. SONDAIL-3582 THANA:NANGALKOT DIST:CUMILLA		<u>Extra Loading:</u> Tk. 20 <u>Include CL Lien 25% For 4 Year to this Policy.</u>
<u>Sum Assured</u>	360,000	THREE LAKH SIXTY THOUSAND TAKA ONLY	
<u>Mode Of Payment</u>	YEAR <u>Policy Option</u> C	<u>Basic Premium:</u> 37,116.00	<u>Suspense:</u> -0.00 720
<u>Total Premium</u>	By PR- 875917	25/11/2021,	
	37,836.00 37116	THIRTY SEVEN THOUSAND EIGHT HUNDRED THIRTY SIX TAKA ONLY	
<u>Event of Happening</u>	1.ON SURVIVAL AS PER SPECIAL PROVISIONS HEREIN AFTER. 2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.		
<u>Nominee's Name</u>	SHAHANARA BEGUM, MOTHER, 52 YRS		
<u>Guardian's Name</u>	GUARDIAN:		
<u>Child's Name</u>	, Yrs.		
<u>Date of FPR</u>	13/12/2021	<u>FPR No:</u> ECB-E-1733/21	<u>Risk Date :</u> 26/12/2021
<u>Date of Proposal</u>	25/11/2021	<u>Proposal No:</u> ECB-E-1733/21	<u>Date of Commencement</u> 25/11/2021
<u>Premium due date:</u>	ON THE DATE OF 25 NOVEMBER IN EVERY YEAR		
<u>Last premium due date</u>	25/11/2032	<u>Next Due Date:</u> 25/11/2022	<u>Date Of Maturity</u> 25/11/2033
<u>Special Provision</u>	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 25/11/2024 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2027 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2030 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/11/2033 SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.		
<u>Organization Set-up:</u>	103000426/10300036/1030034/100407/100653/102897/100268		

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

Proposal No. 1733/21 Proposal Date
Policy No. 103253860-1 Branch Code
R. No. Branch Name

ORGANIZATION

103000430 D.C.
 R.C.
 DV.C.
 C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 26/12/21 Date of Commencement 25/11/21
Age of Birth 09.03.89 Entry Age & Proof Code 39/1
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 3,50,000
In Word
Policy & Term 01/12 Mode of Payment Y
Installment Premium (In Taka) 37116/-
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALADING

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

Installment Premium (In Taka): 37836/-
37116/-
In word
Policy Option
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Mr. Sahadat Hossain
Proposer's Present Address Sto: - Abu Lehaj
do: - Dilar Baper Bar
vill: - Paicoat
p.o: - Sondaib
p.s: - Nangalcoat
Cumilla
Shaharara Begum. H
Mother
Nominee's Name
Age & Relation
Guardian's Name
Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical Std/S.Std.
Sex

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

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

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
<u>25/11/21</u>	<u>875917</u>	<u>378</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount 720
Premium Rate % 105.10

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 25%
Lien of Sumassured for
(Four) year's of the term

Medical Adviser :

Rashid
21

Sanjay V. Chavan
Senior Vice President
Technical
Rupa Life Insurance Co. Ltd.

Tasir
Deputy
Rupa Life
Ins.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

প্রিএবিএসঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

875917

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

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

তারিখঃ

২৫/১১/১২

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে - ৩৫৫৮ টাকা

মো. আমজাদ হোসেন

পত্নী (কথায়)

এর

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

২৫৫৮

এস মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

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

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষান্মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপেক্ষে এই টাকা আমানত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমাদানকারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উক্তব্য 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

ধর্মতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

MD. AKHTARUL ALAM
S.E.O (F&A)
ID No.-0339
Rupali Life Ins. Co. Ltd
Chittagong.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

সার্ভিস সেল কোড নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

প্রস্তাবপত্র নং

১৭৬৬/২১

বীমাপত্র নং

১০৬২৫৬৮৫১-১

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
০৪২	এফ.এ	১০০০০০৪৩০		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) : শাহজাদ হোসেন

(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : SAHAJAD HOSEN

(গ) পিতা/স্বামীর নাম : আবু নেহাল ইংরেজীতে : ABU NEHAL

(ঘ) মাতার নাম : সাইমিয়া বেগম ইংরেজীতে : SAIYUMIA BEGUM

(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : চাকুরী (সরকারী কর্ম)

(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : কম্পিউটার অপারেটর

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : দিনার হাউস ফ্ল্যাট ৩০২ - পাহাড় কোর্ট, ডি-সেক্টর, গুলশান - ১২১২, ঢাকা, বাংলাদেশ

(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ৩০২

৩। জন্ম তারিখ : ০৪/০১/১৯৮৯ বয়স : ৩৬ বছর জন্মস্থান : মিল প্রান্ত জাতীয়তা : বাংলাদেশী

ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জন্মপত্র

৪। (ক) বীমা অংক : ১৬,০০,০০০/-

(খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ১২ বৎসর

(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ হান্সাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন

(ঘ) অগ্রাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং টাকা : ১৬,০০,০০০/-

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? মৃত্যুভীতি

(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? ১৬৬৬ আয়ের উৎস কি? চাকুরী

(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

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?	ঝুঁকির তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) শাহজাদ হোসেন বয়স : ৩২ সম্পর্ক : স্বামী

(২) শাহজাদ হোসেন বয়স : ৩২ সম্পর্ক : স্বামী

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : শাহজাদ হোসেন বয়স : ৩২ সম্পর্ক : স্বামী

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।

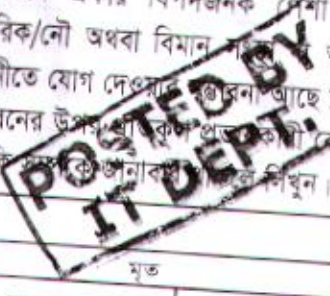
(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।

(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান বাহিনীতে যোগ দেওয়ার জরুরি আছে কি? না

(খ) আপনার জীবনের উপর কোন প্রকার বিপদজনক কাজে অতিরিক্ত তথ্য/ঝুঁকি জমা দিতে বাধ্য হবেন কি? না

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীতা	মৃত্যুর সন
পিতা		৫৬	স্বাস্থ্য				
মাতা		৫২	স্বাস্থ্য				
ভাই	৩	২২	স্বাস্থ্য				
বোন	৩	২৭, ২২, ২০	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
মেয়ে							



ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(ক) (খ) কেজি/পাউন্ড পেয়েছে (গ)																						
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) (খ) (গ) (ঘ)																						
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) (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 স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্লুরেসী, 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 ডায়াবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুজের 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">হ্যাঁ</th> <th style="width: 50%;">না</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">বলুন</td> <td></td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">✓</td><td></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
হ্যাঁ	না																						
বলুন																							
✓																							
✓																							
✓																							
✓																							
✓																							
✓																							
✓																							
✓																							
✓																							
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? ফু/মিঃ ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ইঃ সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ইঃ সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ইঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন																							

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাউকেও জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখার জন্যে বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত 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?	ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
খ) আপনার মাসিক আয় কত?	ঞ) 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 সন্তুষ্টা?	ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি 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 ওষাকিবহাল 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 যুক্তির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির 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 : ০৩/০৬/১০

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণের সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরিতে 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

কপালী জীবন-নিরাপদ জীবন



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



নাম: মোঃ সাহাদাত হোসেন
Name: Md Sahadat Hossen
পিতা: আবু লেহাজ
মাতা: সাহানারা বেগম
Date of Birth: 04 Mar 1989
ID NO: 1918751071406

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তির অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পৌর অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোফিঃ: দিল্লার বাসের বাড়ী, গ্রাম/শাখা: লাইকেট, লাইকেট,
ডাকঘর: সোমাইল - ৩৫৮২, নাঙ্গলকোট, কুমিল্লা

Sunday

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ৩০/০৮/২০০৮



2021-11
1989-03
32-08

2021-11
1989-03
32-08
33

[Signature]
MD. ANSUR RAHAMAN
DVC (Dev)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Padurail 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

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম..... মোঃ কালাম হোসেন ৩৬ বছর
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম..... আব্দুল হেফাজত ২১ বছর
(গ) পেশা..... সচিব (খ) অববাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা..... নারায়ণপুর (গ) বীমাকৃত টাকা..... ৩৬০,০০০
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ..... ০২-১২
- ৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?..... হ্যাঁ
- ৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?..... হ্যাঁ

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 পুঞ্জের 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 স্নায়বিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	না	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	না
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোনিয়া প্লুবেসী, 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 ঠিকানা লিখুন।	না
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের 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		মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সম্ভাবন আশা করেন? (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন (ঘ) স্তন অপ্সার জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন। (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
		বয়স	বর্তমান শরীরের অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ			
বাবা	১	৫৬	৩৮					
মা	১	৫২	৮					
ভাই	১	২০	৮					
বোন	১	২৭, ২২, ২০	৮					
স্বামী/স্ত্রী								
ছেলে								
মেয়ে								

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 ২৪-২২-২০ তারিখ ২৪-২২-২০ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (যদি প্রার্থকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর DR. M. A. KAMAL

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম DR. M. A. KAMAL পরিচিতি প্রাদানকারী DR. M. A. KAMAL
সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন DR. M. A. KAMAL

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	<u>না</u>	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	<u>না</u>
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	<u>না</u>	(ক) আপেক্ষিক ওজন <u>১২.১২</u> সুগার <u>না</u> হৃদযন্ত্র <u>না</u>	<u>না</u>
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	<u>না</u>	(খ) প্রশ্ন কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	<u>না</u>
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	<u>না</u>	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	<u>না</u>
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	<u>না</u>	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা <u>৫'৫</u> সেঃ মিঃ/ফুঃ	<u>না</u>
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	<u>না</u>	(খ) ওজন <u>৬০</u> কিলো/পাঃ	<u>না</u>
৩। (ক) পাকস্থলী, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	<u>না</u>	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৫</u> সেঃ মিঃ/ইঃ	<u>না</u>
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	<u>না</u>	শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩৫</u> সেঃ মিঃ/ইঃ	<u>না</u>
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	<u>না</u>	(ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ <u>৩৪.৫</u> সেঃ মিঃ/ইঃ	<u>না</u>
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	<u>না</u>	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 বীমাগ্রহণ প্রথম শ্রেণীর জীবন?	<u>না</u>
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	<u>না</u>	বিশদ বিবরণের স্থান <u>না</u>	<u>না</u>
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	<u>না</u>	স্থান <u>২৪-২২-২০</u> তারিখ <u>২৪-২২-২০</u>	<u>না</u>
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	<u>৭২</u>	পুরো নাম <u>DR. M. A. KAMAL</u>	<u>না</u>
(খ) ধমনীতে কোন ইসকোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	<u>না</u>	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>DR. M. A. KAMAL</u>	<u>না</u>
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	<u>১১০/৭০</u>	ডিগ্রী <u>DR. M. A. KAMAL</u>	<u>না</u>
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	<u>না</u>	ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২, ১৭০৭</u>	<u>না</u>
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করান।	<u>না</u>	কোড নং <u>না</u>	<u>না</u>
৬। গনোরিয়া, সিম্ফিসিস, যৌম বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	<u>না</u>	বর্তমান ঠিকানা <u>DR. M. A. KAMAL</u> MBBS, BCS, FGI, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	<u>না</u>
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে লিপিবদ্ধ নিম্নে লিখুন।	<u>না</u>		<u>না</u>



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. SHADAT HOSSAIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-33 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 110

PHYSICAL

COLOUR : Straw
SEDIMENT : Nil
SP.GRAVITY : 1012

PHYSICAL

REACTION : Acidic
SUGAR : Nil
ALBUMIN : Nil
EXCESS OF PHOSPHATE : Nil
ACETONE :
UROBILINOGEN :
BILE SALTS :
BILL PIGMENTS :
KETONE BODIES :

MICROSCOPIC

PUS CELLS : 2-4/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):

Handwritten signature

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

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তির জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (সাইফ)

বীমা গ্রাহকের
ছবি

১. বীমা পলিসির নাম/শ্রেণী :
পলিসি রেফারেন্স নং/পলিসি নং :

একক সীম
১০৬২৪৬৬৫০-১ তারিখ:

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	মোঃ জাহাঙ্গীর হোসেন	
পিতার নাম :	মোঃ মোঃ হুমায়ুন	
মাতার নাম :	জাহান্না বেগম	
পাত্রী/পুত্র নাম :	বাহাদুর হোসেন	
জাতীয়তা :	বাংলাদেশি	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	ফ্যাক্স :	
ইমেইল :		

৩. পরিচিতিপত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং : ১০১৪৭৫১০৭১৫৬৬
খ) পাসপোর্ট নং : মেয়াদ :
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :
ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে) :
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং : মেয়াদ :
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :

কপি গৃহীত	
হ্যাঁ	না
হ্যাঁ	না
হ্যাঁ	না
হ্যাঁ	না
হ্যাঁ	না
হ্যাঁ	না

কি হতে গ নম্বর জমিকে 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 বীমাকারীর সম্মতি সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সভ্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সম্মতি সাপেক্ষে উপরের ঘ হতে চ নম্বর জমিকে বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফর্মে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

০৬০ দিয়ার কানন বড়ই সুফি-নাইকা
১মার্চ ২০১৮ সালে কোর্ট হাউস

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা :

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত) :

৪৭৩০৮

গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের গেজেটেড কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার চেয়ার ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, নোটিরি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্তশাসিত/বহুসংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদূর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

পেশার ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) :

৭. গ্রাহকের অর্ধের উৎস :

৮. অর্ধের উৎস হাচাইয়ের পদ্ধতি :

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ)

(খ) নগদ

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	জনাব/জননী জনক/জননী ২২	
পিতার নাম :		
মাতার নাম :		
স্বামী/স্বামীর নাম :	জন্ম তারিখ :	
পেশা :		
বর্তমান ঠিকানা :		
স্থায়ী ঠিকানা :		
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :		
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	ফ্যাক্স :	
ই-মেইল :		

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
সত্যায়িত 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 বিষয়বস্তুগত (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্ধের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

--

৩০/০৫/২০২২
পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/বিলেমনশীল ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

তারিখ: / / ইং

বরাবর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

শ্রদ্ধা: বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

শ্রদ্ধা:

স্মারিতঃ সম্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার স্বনামধন্য কোম্পানিতে

বীমা ৬৫০,০০০ (ছয় লাখ পঞ্চাশ হাজার) টাকার বীমা করতে ইস্যুক।

আমি চাকুরী করি এবং উক্ত ৩৮৮ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ৬৫০,০০০

টাকা, ব্যয় হয় ১২০,০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন
দুশ্বাসের হবেনা।

অতএব মহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে বীমাটি করতে পারি

তদ্ব্যতিরিক্ত বিধান আপনার যেন আজি হয়।

(স্বাক্ষর) ১২/০৮/১৮



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ২০৬২৫৬৫৫০-১
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম Mr. Kamal Hossain (27/02/2020) তারিখ ১৩/৬
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ... ডাকঘর ... থানা ...
- জেলা ... যোগাযোগের ঠিকানা : ...

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	২২ দিন যাবৎ
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৩৫ 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 ?	চাকরি
০৭।	তার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ? আপনি কি মনে করেন প্রস্তাবিত বীমা অংক তার আয়ের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ ?	হ্যাঁ
০৮।	তার আয়ের উৎস কি ?	চাকরি
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৩৫০ ০০০ / ১৫০ ০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	বীমা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্রে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে হয় কি ?	না
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান ?	না
১৪।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি ?	না
১৫।	আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি ?	হ্যাঁ
১৬।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি ?	হ্যাঁ

- বীমা প্রতিনিধির স্বাক্ষর ...
- পুরো নাম ...
- পদবী ...
- স্থান ...
- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর ...
- পুরো নাম ...
- পদবী ...
- অফিসের নাম ...
- ঠিকানা ...