



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১২০৮

Ekok Bima

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL Lien 40% For 5 Year

বীমাপত্র নং		প্রতিবপত্র নং		বীমা শুরুর তারিখ		বুঁকির তারিখ		পরিকল্প ও মেয়াদ		কিস্তির পদ্ধতি		পি. আর./বি. এম নং		পূঁহিত টাকা	
103254277-5		ECB-E-2141/21		30/12/2021		12/01/2022		03-12		Yly		880718		97100	
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 34		MD. NAZIM UDDIN S/O:MD. ABDUL JALIL HOUSE:RAFIQUE SOWDAGORER BARI, VILL- MOTIJHARNA P.O.:DAMPARA THANA:KHULSHI DIST.CHATTOGRAM 01835626098								শাখা Khatungon) এফ পি আর Agency Office( ECB4314) ইস্যুর তারিখ ECB-E-21 41/21 30/12/2021		30/12/2021		0	
বীমা অংক		মূল প্রিমিয়াম		সহযোগী প্রিমিয়াম		অতিরিক্ত প্রিমিয়াম		মোট প্রিমিয়াম		উদ্ধৃত জমা		সহযোগী বীমা		মোট :	
1000000		97100		0		0		97100		0		NILL.		97100	
সাংগঠনিক কোড নং :		103000439/10300033/1030031/102206/100679/100252/100266												পরবর্তী প্রিমিয়াম আদানের তারিখ 30/12/2022	

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-Deed )

Business Month: December, 2021

Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuho

Entry Date 30/12/2021 12:00:00A

Mobile No: 01835626098

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo 103254277-5

Age at Entry

34 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan

THREE PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFIT FOR 12 YEARS TERM

Table & Term

03-12

Supplementary Cover

NILL. 0.00

Proposer's Name

MD. NAZIM UDDIN

Proposer's Address

S/O:MD. ABDUL JALIL  
HOUSE:RAFIQUE SOWDAGORER BARI, VILL-  
MOTI JHARNA  
P.O.:DAMPARA THANA:KHULSHI  
DIST:CHATTOGRAM 01835626098

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 40% For 05  
Year to this Policy.

Sum Assured

1,000,000

TEN LAC TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR

Policy Option

C

Basic Premium:

97,100.00

Suspense:

0.00

Total Premium

By PR- 880718

30/12/2021,,

97,100.00

NINETY SEVEN THOUSAND ONE HUNDRED 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

NIPA BEGUM, WIFE, 25 YRS

SCAN  
COMPLETE

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

., Yrs.

Date of FPR:

30/12/2021

FPR No:

ECB-E-2141/21

RiskDate:

12/01/2022

Date of Proposal

30/12/2021

Proposal No:

ECB-E-2141/21

Date of Commencement

30/12/2021

Premium due date:

ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date

30/12/2032

Next Due Date:

30/12/2022

Date Of Maturity

30/12/2033

Special Provision

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

Organization Set-up:

103000439/10300033/1030031/102206/100479/100252/100266

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

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

Managing Director





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএস : ৮৩৯২৩৬১-৪

ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

সূত্র : আর,এল,আই/অবলিখন/

/

তারিখ : 12/01/22

## গ্রহণ পত্র

বিষয় : আপনার প্রস্তাবপত্র নং

2141/21

জনাব,

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

বীমা অংক : — 1000000/- পরিকল্পন নং মেয়াদ : — 03-12 প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : — 444 মূল প্রিমিয়াম : — 97100 মহিলা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম : — X পেশাগত/স্বাস্থ্যগত অতিঃ প্রিমিয়াম : — ✓ পি ডি এ বি/ ডি আই এ বি প্রিমিয়াম : — ✓ বাদ জমা : — X অবশিষ্ট দেয় : — ✓	অতিরিক্ত শর্ত :		
	ক)	১ম বৎসরে মৃত্যুতে বীমা অংকের	প্রদান যোগ্য হবে
	২য়	" " "	" " "
	৩য়	" " "	" " "
	৪র্থ	" " "	" " "
	৫ম	" " "	" " "
	৬ষ্ঠ	" " "	" " "
	৭ম	" " "	" " "
	৮ম	" " "	" " "
	৯ম	" " "	" " "
	খ)	শুরু থেকে .....০৫... বৎসরের মধ্যে মৃত্যুতে বীমা অংকের ..৬০% 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।

আপনার বিশ্বস্ত,

উক্ত শর্ত মেনে নিয়ে আমি বীমা গ্রহণে সম্মত হয়ে ২য় কপিতে স্বাক্ষর করলাম।

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা।

স্বাক্ষর : মোঃ নাছিম

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর

তারিখ :

[illegible]

1. अभिलेखित संज्ञा, नाम, संज्ञा : संज्ञा

5/11/21

শ্রম দ্বন্দ্বোদ্বোধ চান্দালাল : ফেব্রু

সান্ড

### ३. भाग कृतितीत

[illegible][illegible]

ଡକ୍ଟର ଡିଆଣ୍ଡି କାମରୀ, ଡକ୍ଟର ହାତକ ଚନ୍ଦ୍ର କ୍ୟାବିନେଟ

ମାଧ୍ୟମିକ ଶ୍ରେଣୀର ଉପାଦେୟ ପଢ଼ାବହି ଏହାର ମୂଲ୍ୟ ୧୫ଟଙ୍କା ଅଟେ ।

ভাষা

WGDTH : 170 44-425

হুমায়ূন কর্তৃক গঠিত।

॥ अंगीत ॥

ଉତ୍କଳର ଶାସ୍ତ୍ରଜ୍ଞ

(ঘ)

## Rupali Life Insurance Company Ltd.

Head office: Rupali Life Tower  
50, Kakrail, Dhaka-1000.



### FINANCIAL QUESTIONNAIRE

This Statement is to be completed by the person to be assured.

Full Name: MD NAZIM UDDIN Date Of Birth: 05/01/1988  
Sex: MALE Occupation: BUSINESS

Please answer each question below and provide particulars where appropriate.

1. What is the purpose of this Cover/Proposal? SAVING & SECURITY
2. Have proposals been made concurrently to any other life insurance companies? NO
3. How much life insurance cover is presently in force on your life? N/A

Please answer the following questions:

4. Please give details of your income in the last tax year for:  
a. Own Occupation. 200,000  
b. Investments. 100,000  
c. Other Sources. 60,000
5. What is your approximate net worth (i.e. assets less liabilities)?
6. How many dependants do you have? 04 PERSON'S

I hereby declare that the above Statements are true and complete and agree that this supplementary statement together with the proposal dated shall be the basis of the contracts between me and the Company.

Signature Of The Person To Be Insured

MD. NAZIM

Date



(৫)



## Rupali Life Insurance Company Ltd.

Head office: Rupali Life Tower  
50, Kakrail, Dhaka-1000.

The Managing Director  
Rupali Life Insurance Company Ltd  
Rupali Bina Bhavan (9<sup>th</sup> floor)  
7, Rajuk Avenue, Motijheel C/A  
Dhaka-1000.

Date 30/12/21

Dear Sir,

Sub: Proposal No- 2141/21  
Name- MD HAZIM UDDIN  
Present Address MOTI JHORNA, DAMPARA, KHULSHI, CHATTUGRAM.  
Permanent Address SAME.  
Foreign Address N/A.

I the undersigned do hereby declare that I have thoroughly investigated the whereabouts of the above propose as per your interaction. I found that the statement regarding wealth given by the propose is absolutely correct and satisfactory. He is capable to bear the stated premium for the Sum Assured of TK. (1000000/- Ten Lacs) only and I also observed that he bears a good health.

I therefore recommend to accept the above stated proposal.

Signature  
Date  
Name  
Designation  
Address

Rupali Life Insurance Company Ltd.  
Head office: Rupali Life Tower

Head office: Rupali Life Tower  
50, Kakrail, Dhaka-1000.



## Special Provision Constant Lien

Propose Name MD NAZIM UDDIN  
 Proposal no 2141/21 Date 30/12/21  
 Policy no 103254277-5  
 Sum Assured 1000000/-

Notwithstanding anything herein contained to the contrary, it is hereby declared and agreed that in the event of death of the assured within the first 05 years of the policy, only 66% percent of sum assured will be paid.

Dev: In charge  
Signature-----date-----  
Name-----  
Deg-----  
Code no-----  
Branch Name-----

छा: नाशिक  
 signature of Proponent  
 Date-----

# 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:Chowmuho

Entry Date 30/12/2021 12:00:00A2 Mobile No: 01835626098 Medical: Medical submitted:

Policy No **103254277-5** Age at Entry **34 YRS. AGE ADMITTED(1)**

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

Table & Term **03-12** Supplementary Cover **NILL.** **0.00**

Proposer's Name **MD. NAZIM UDDIN**

Proposer's Address **S/O MD. ABDUL JALIL  
HOUSE-RAFIQUE SOWDAGORER BARI, VILL-  
MOTI JHARNA  
P.O. DAMPARA THANA: KHULSHI  
DIST: CHATTOGRAM 01835626098**

Extra Loading: **Tk. 0** Include CL Lien 40% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured **1,000,000** **TEN LAKH TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **97,100.00** Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- 880718** **30/12/2021,**  
**97,100.00** **NINETY SEVEN THOUSAND ONE HUNDRED 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 **NIPA BEGUM, WIFE, 25 YRS**

Guardian's Name **GUARDIAN:**

Child's Name **,, Yrs.**

Date of FPR: **30/12/2021** FPR No: **ECB-E-2141/21** Risk Date: **12/01/2022**

Date of Proposal **30/12/2021** Proposal No: **ECB-E-2141/21** Date of Commencement **30/12/2021**

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

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

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

Organization Set-up: **103000439/10300033/1030031/102206/100679/100252/100266**

*fd*  
Checked

Countersigned





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

০১৪৩৫৬২৬০৭৯

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

880718

PR নং :

তারিখ : ৩০/০৫/২০১৮

শ্রীঃ মাজিস উদ্দিন

ধনাবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে ০১/০৫/২০১৮ টাকা

পরমা (কথার)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

০২০২/০০/১০

০২০২/০০/১০

০২০২/০০/১০

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

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

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

০২০২

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বাহ্যিক/বাহ্যায়িক/গ্রেমসিক/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 স্ট্যান্ডপ বুক পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করণ স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)  
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার  
স্বাক্ষর ও সীল

স্বাক্ষর ও সীল





# 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. 2141/21 Proposal Date                       
Branch No. 103254277-5 Branch Code                       
Branch Name                     

### ORGANIZATION

Organization Code 103080439 D.C.                       
R.C.                       
D.V.C.                       
C.C.                     

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 12/01/22 Date of Commencement 30/12/21  
Date of Birth 05.01.1988 Entry Age & Proof Code 34  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 1000000  
In Word                       
Policy & Term 03 12 Mode of Payment 251  
Installment Premium (In Taka) 97/00  
In Word                     

### SUPPLEMENTARY COVER

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

### EXTRALODGING

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

Final Installment Premium (In Taka): 97/00  
In word                       
Policy Option                       
Next Premium Due Date                     

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MD. Nazim Uddin -  
S/o - MD. Abdul Jalil.  
Proposer's Present Address efo - Rabiara Soudhagar  
Moti Jhorna Dampara  
clg  
Nominee's Name Nipa Begum - 25 yrs - wife  
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>30/12/21</u>	<u>880718</u>	<u>97/00</u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Suspense Amount                       
Premium Rate % 99.10

Prepared by

Verified by

# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

স্বাস্থ্য ট্রেড-লাইসেন্স/স্বাস্থ্য  
Special ওটি Form প্র  
FPR করণ।

Accepted with 40% c  
of Sum assured for 1  
year's of the term.

Medical Adviser :

Md. *[Signature]*  
Senior Vice President  
Incharge (Underwriting)  
Rupali Life Insurance Co. Ltd.

Tas  
Rupali

*[Signature]*





# 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 ২২৪১/২১

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং ২০৬২৪৪২৭৭-৪

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ	১০৬০৪৪৮৬১		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 ঘমামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : জা. নাসরুদ্দীন উদ্দিন  
 (খ) নামের বাংলা ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : JA. NASRUDDIN UDDIN  
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : জা. নাসরুদ্দীন উদ্দিন ইংরেজীতে : JA. NASRUDDIN UDDIN  
 (ঘ) মাতার নাম : জা. নাসরুদ্দীন উদ্দিন ইংরেজীতে : JA. NASRUDDIN UDDIN  
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সহযোগী বীমা প্রতিনিধি  
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : সহযোগী বীমা প্রতিনিধি (চাকুরী)

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ৩২, বঙ্গবন্ধু সড়ক, ঢাকা-১০০০  
 মোবাইল নং : ০১৮৩৫৬২৬০৭৪  
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ৩২, বঙ্গবন্ধু সড়ক, ঢাকা-১০০০  
 মোবাইল নং : ০১৮৩৫৬২৬০৭৪

৩। জন্ম তারিখ : ০১/১২/১৯৮৮ বয়স : ৩৪ জন্মস্থান : নিজস্ব জাতীয়তা : বাংলাদেশী  
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? নিজস্ব

৪। (ক) বীমা অংক : ২০.০৪০৪০৪  
 (খ) তালিকা নং : ০৬ মেয়াদ : ২২ বৎসর  
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ঘান্নাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন  
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং টাকা : ৩৫০,০০০  
 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? স্বাস্থ্য আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ৩৫০,০০০ বীমার উৎস কি? নিজস্ব  
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন?  
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) নিজস্ব

৭। ২ বছর পলিসি চাঙ্গু 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?	বুঁকির তারিখ লিখুন
<u>২৭</u>				<u>২৭</u>	

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) নিজস্ব বয়স : ২৩ সম্পর্ক : স্বামী  
 (২) নিজস্ব বয়স : ২৩ সম্পর্ক : স্বামী  
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : নিজস্ব বয়স : ২৩ সম্পর্ক : স্বামী

(ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?	<input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।	<u>২৭</u>	(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।	<u>২৭</u>

## পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্বাধীনতা	মৃত্যুর সন
পিতা							
মাতা							
ভাই	(২)	২৬, ২৬	স্বাস্থ্য				
বোন	(১)	২৪	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	(২)	২৫	স্বাস্থ্য				
ছেলে	(২)	২০, ৬	স্বাস্থ্য				
মেয়ে	(১)	২	স্বাস্থ্য				

কম্পা - ২০.০৪০৪



**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) .....                  (খ) ..... কেজি/হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে                  (গ) .....</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) .....                  (খ) .....                  (গ) .....                  (ঘ) .....</p>																						
<p>১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন।                  (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) .....                  (খ) .....</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 স্নায়ুিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া।                  (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রুকাইটিস, 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 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, 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;">.....</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																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ..... কেজি/পাঃ (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 নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ                  (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন .....</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 : .....	বয়স :
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? .....	খ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
খ) আপনার মাসিক আয় কত? .....	গ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? .....	ঘ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? .....	ঙ) আপনার স্বামীর নাম কি?
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? .....	চ) তাঁর মাসিক আয় কত?
চ) আপনি কি বিবাহিতা? .....	ছ) তাঁর পেশা কি?
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? .....	জ) তাঁর আয়ের উৎস কি?
জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? .....	ঝ) 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 ওয়ার্ডকিরাহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্ঘিকৃত প্রিমিয়ামের হারে পূর্তীত 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 কৃত্রিম রাসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : .....	পূরো নাম .....
পদবী : .....	ঠিকানা : .....
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর .....	কোড নং : .....
পূরো নাম : .....	

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

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

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর  
 তারিখ : .....





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card



1004

যোঃ নাঈম উদ্দিন

Marvin

SID. NAZIM UDDIN

144

ଯୋ: 'ଆବଦୁଲ ଉଜ୍ଜିନ

5200

इन्द्राक्षमिन्न आरुन्ध

Date of Birth 05 Jan 1988

ଡଃ: ଜାତି

**Public Policy**

555 080 9817


$$\begin{array}{r} 2021-12 \\ 1988-01 \\ \hline 33-11 \\ =34 \end{array}$$


প্ৰকাশক: অমল্য/হোচিঙা: বসন্ত সন্দেশালয়ৰ বাটী,  
গুৱাহাটী, মণিকৰনী, লালখান বাজাৰ, ডাবফড়  
বাকশাল - ৪০০০, তুলনী, চইঘাম সিটি কংগ্ৰেছন  
৫১৬৩৮



© 2004 Pearson Education, Inc.

Page of 18-000 COSILLA

ISSN 0950-0804 print/ISSN 1366-5847 online © 2015 Taylor & Francis  
DOI: 10.1080/09500804.2015.1038811

I<BGD555080981<76<<<<<<<<<<<  
8801052M3011076BGD<<<<<<<<<<4  
UDDIN<<MD<NAZIM<<<<<<<<<<<<<

*Md. Morshedul Alam*  
Divisional Co-ordinator (Dev)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khairagarh Office, Chittagong.





**NPA BEGUN**

1999

अविष्कार

1999

আলোচন বৈশিষ্ট্য

Date of Birth 23 Jan 1991

NID No. **734 294 4068**



विष्णु



ডিকানা: বাবা/হোশিঃ: জমিক সত্ত্বাশ্রয়ের বাবী,  
গ্রাম/তালুকা: হতিচন্দী, লালখাল বাজার, ডাকঘর:  
বাবশাক - ৪০০০, পুলিশ, ডইগ্রাম সিটি কর্পোরেশন,  
চৌধুরী

Blood Group

Stage of birth: **NOAKHALI**



Received Date: 08 Nov 2015

I<BGD734294406<87<<<<<<<<<<<  
9101232F3011076BGD<<<<<<<<<<<6  
BEGUM<<NIPA<<<<<<<<<<<<<<<<

*Md. Morsedul Alam*  
*Divisional Co-ordinator (Dev)*  
*Rupali Life Ins. Co. Ltd.*  
*Khartong, 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.....  
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....  
(গ) পেশা.....  
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....  
(ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স.....  
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তলাকপ্রাপ্ত/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, কুষ্ঠু 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 স্নায়বিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	না	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	না
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্লুরেসী, 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 এম্বুলে, 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 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			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) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	—	—	৫০	হৃদরোগ	২০১৮	
মা	১	৫৬	স্বাস্থ্য				
ভাই	২	২৬, ২৮	স্বাস্থ্য				
বোন	১	৩৯	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	১	২৫	স্বাস্থ্য				
ছেলে	২	১০, ১১	স্বাস্থ্য				
মেয়ে	১	১	স্বাস্থ্য				



## 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 করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান ..... তারিখ 2-9-22  
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর  
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 প্রাদনকারী .....

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 গুরুত্ব ২১.১২ হুয়ার ২২.১২ এলবুমেন ২২.১২	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 ৫'৫" সে: মি: / ফু: ই:	না
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ৭০ কিলো/পাউন্ড	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩২.৫ সে: মি: / ই:	না
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩০.৫ সে: মি: / ই:	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ২৬.৫ সে: মি: / ই:	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 ২২.১২ তারিখ ২-৯-২২	না
৫। (ক) নাকির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭৩, ১১৫	পুরো নাম	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রেপেরেসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	না
(গ) রক্তচাপ ১ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১৫/৭৫	ভিত্তি	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	ভিত্তির তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং	না
৬। গনোরিয়া, সিস্টিসিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা	না
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	না	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	না





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. NAZIM UDDIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-34 years

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

DATE 02 01 2022

SL.No. 65

E.S.R. 08 mm fall in 1st hour.

HB. 14.4 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 7,000 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	49%	40	-	75%
Lymphocyte	41%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	04%	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):

*Attested*

*Signature*

CHECKED BY

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

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

CONSULTANT





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. NAZIM UDDIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-34 years

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

DATE 02 01 2022

SL.No. 65

## 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 :  
*Nil*

## MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-3/hpf  
RBC : Nil  
EPITHELIAL CELLS : 0-4/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) :

*Nil*

*Attested*

  
CHECKED BY

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

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



# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. NAZIM UDDIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-34 years

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

DATE 02 01 2022

SL.No. 65

## BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	81mg/dl (4.5 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

*Handwritten signature in red ink, dated 10/01/22.*

*Handwritten signature in black ink.*

COMMENTS (IF ANY):

*Attested*

*Handwritten signature in black ink.*  
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