

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Islami-FPR)

Business Month: **August, 2022**

Kaligonj Agency Office[THB9403] S.Cell:Khulna Serv

Entry Date 12/09/2022 12:00:00AM Mobile No: 01719225363

Medical:

PolicyNo **208059203-0**

Age at Entry

25 YRS. AGE ADMITTED(4)

Name of plan FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR

16 YEARS TERM

Table & Term 16-16

Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MOHTARAM MD. AKRAM HOSSEN

Proposer's Address S/O MD. BABUR ALI GAZI
VILL. MOMREJPUR
P.O. KALIGANJ-9440 THANA KALIGANJ
DIST. SATKHIRA 01719225363

Extra Loading

TK. 0

Include CL Lien 10% For 05
Year to this Policy.

Sum Assured 145,000

ONE LAC FORTY FIVE THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C

Basic Premium: 11,339.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- THB9201-20220912-850

12/09/2022

11,339.00 ELEVEN THOUSAND THREE HUNDRED THIRTY NINE TAKA ONLY

Event of Happening 1. ON SURVIVAL AS PER SPECIAL PROVISIONS HEREIN AFTER.
2. ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

Nominee's Name MST. SUFIA BEGUM, MOTHER, 70 YRS

DULY STAMPED

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name „ Yrs.

Date of FPR: 12/09/2022

FPR No: THB-1671-22

Risk Date: 12/09/2022

Date of Proposal 12/09/2022

Proposal No: THB-1671-22

Date of Commencement 12/09/2022

Premium due date: ON THE DATE OF 12 SEPTEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 12/09/2037

Next Due Date: 12/09/2023

Date Of Maturity 12/09/2038

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

- 1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2026
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2030
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2034
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 12/09/2038

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

Organization Set-up 202000750/20200239/2020174/206707/206707/206573/203153

Checked

MD. ASHIKUR RASUL
ASST. MANAGER (ID No-0985)
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
SERVICING CENTER, KHULNA.

Countersigned

MD. ANAMUL HOQUE
SENIOR MANAGER (ID NO-800)
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
KHULNA SERVICING CENTER



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Print dt: 19/09/2022

Islami Bima

Include CL Lien 30% For 06 Year

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

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
208059203-0	THB-1671-22	12/09/2022	12/09/2022	16-16	Yly	THB9201-2022	11339
MOHTARAM MD. AKRAM HOSSEN বীমাগ্রাহকের S/O: MD. BABUR ALI GAZI নাম ও ঠিকানা: MILL: MOMREJPUR P.O.: KALIGANJ-9440 THANA: KALIGANJ বীমাগ্রাহকের DIST: SATKHIRA 01719225363 বয়স: 25						12/09/2022	0
এফ পি আর নং: THB-1671 ইস্যুর তারিখ: 12/09/2022						0	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট
145000	11339	0	0	11339	0	NILL.	11339
সাংগঠনিক কোড নং 202000750/20200239/2020174/206707/206707/206573/203153							12/09/2023

F. Khairun

পরিষ্কারকারী স্বাক্ষর
GE ADMITTED (Voter List)

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

Rupali Life Insurance Company limited

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

12/09/2022

Policy No: 208059203 FPR No: THB-1671-22 SC Code: THB
Proposal No: THB-1671-22 FPR Date: 12/09/2022 SC Name: Khulna Serviceing Cer
Proposal Date: 12/09/2022 Com. Date: 12/09/2022 Office Code: THB9403
Risk Date: 12/09/2022 Office Name: Kaligonj Agency Office

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
145,000.00	16-16	Yly	11,339	0.00	(11,339)	12-Sep-2023
<u>Sum Assured In word:</u> ONE HUNDRED FORTY-FIVE THOUSAND						
<u>Premium In word:</u> ELEVEN THOUSAND THREE HUNDRED THIRTY-NINE						

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAM MD. AKRAM HOSSEN

Mobile No:

Age & Date of Birth

25 05/08/1997

Special Clause:

AGE ADMITTED(Voter List)

Life Prem: 11,339.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Chain Set up:

202000750/20200239/2020174/206707/206707/2065
73/203153

PR No:	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

Nominee:

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Comission
Information for
calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 3265.63 - 163.28 = 3102.35
 UM : 979.69 - 48.98 = 930.71
 BM : 653.13 - 32.66 = 620.47

5% Source Tax: 244.92

Net Payable: 4653.53

158

Accepted with 30%
constant lien of sum
assured for the 1st of
(Six) years of the term

MD. ASHRAFUR RAHMAN
 MANAGER (ID No. 19978)
 RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
 SERVICING CENTER, KHULNA.

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রিমিয়াম রসিদ

Page 1 of 1

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

“ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত”

Isia.আর.নং

F THB9201-20220912-850

যুক্তির তারিখ	12/09/2022	পরিকল্প নং ও মেয়াদ	16 - 16	বীমা অংক	145000	প্রি	প্রিমিয়াম কিস্তি	11339	প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি	Yly
MOHTARAM MD. AKRAM HOSSEN						মি যা ম	সমন্বয় কাল	12/09/2022	সমন্বিত কিস্তির সংখ্যা	1
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Basic Premium: Tk. 11339 PDAB/DIAB: Tk. 0 F/E or O/E: Tk. 0 </div>							সমন্বিত প্রিমিয়াম		বর্ধিত প্রিমিয়াম	পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ
							বিলম্ব ফি (যদি থাকে)			12/09/2023
							সর্বমোট	11339		অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে)
Received by	Cash	12/09/2022				1				

Orgn.

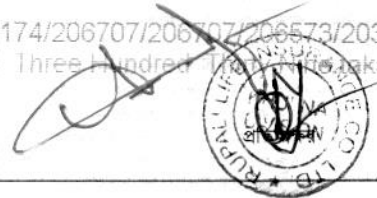
202000750/20200239/2020174/206707/206707/206573/203153/202945/-/-/-/-/-/-

Taka Inword: Eleven Thousand Three Hundred Thirty Nine Taka only

Amount(s):

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

তারিখ 12/09/2022 Old FA



MRINMOY MONDER
S.E. (04)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Khulna Servicing Center.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Rupali Life Insurance Company Ltd.

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

প্রস্তাবপত্র / KYC FORM

প্রস্তাবিত বীমা প্রকল্পে-টিক (✓) দিন



- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> একক বীমা ডিভিশন | <input type="checkbox"/> আর ডিপিএস প্রকল্প | <input checked="" type="checkbox"/> ইসলামী জীবন বীমা তাকাফুল | <input type="checkbox"/> টিডিপিএস প্রকল্প | <input type="checkbox"/> সামাজিক বামা ডিভিশন |
| <input type="checkbox"/> রূপালী ক্ষুদ্র বীমা তাকাফুল ডিভিশন | <input type="checkbox"/> শরীয়াহ ডিপোজিট পেনশন স্কীম | <input type="checkbox"/> আল আমানত বীমা প্রকল্প | <input type="checkbox"/> রূপালী সঞ্চয় বীমা প্রকল্প | |

PROPOSAL NO. 1671-21 Policy No. 206042206-0 Branch Code.....

ব্যক্তিগত তথ্য - প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

* সকল প্রশ্নের পূর্ণ উত্তর প্রস্তাবকের স্বহস্তে বা তাঁর নির্দেশনানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা বা ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম বাংলায় মোঃ মোকরাম হোসেন

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER) MD. ABRAM HOSSEN

পিতার নাম মোঃ যাবুর আলী মাতার নাম মোহাঃ সুফিয়া বেগম

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

গ্রাহকের পেশা মুন্সী কাম পদবী

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম

জন্ম তারিখ ০৫/০৮/১৯৮৭ বয়স ২৫ বছর জন্ম স্থান আমরেন্দ্রপুর ধর্ম ইসলাম জাতীয়তা বাংলাদেশী

ফোন-বাসা..... ফোন-অফিস..... ই-মেইল.....

মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) ০২৭২৯-২২৫৬৬৬

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

স্থায়ী ঠিকানা বর্তমান ঠিকানা

বাড়ী নং/রোড নং..... বাড়ী নং/রোড নং.....

গ্রাম/শহর আমরেন্দ্রপুর গ্রাম/শহর বেকুই

ডাকঘর কালিগাতি ডাকঘর বেকুই

থানা কালিগাতি থানা বেকুই

জেলা সাতক্ষীরা জেলা.....

নথিপত্রের ধরণ ☒ জাতীয় পরিচয়পত্র ☐ পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি সনদ ☐ পাসপোর্ট ☐ অনলাইন জন্ম সনদ ☐ ড্রাইভিং লাইসেন্স

নথিপত্রের পরিচিতি নম্বর ২৫০৬৬৯৭৫৭৭ (সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)

নাম মোহাঃ সুফিয়া বেগম মনোনীতক এর তথ্য (বীমাযোগ্যস্বার্থ অনুযায়ী)

জন্ম তারিখ ০২/০২/১৯৫২ বয়স ৭৩ বছর নাম.....

সম্পর্ক মাতা প্রাপ্ত অংশ.....% সম্পর্ক.....

মোবাইল নম্বর ০২৭২৯-২২৫৬৬৬ মোবাইল নম্বর.....

মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে

অভিভাবকের নাম..... বয়স..... সম্পর্ক.....



বীমা অংক ২২৪৫.০০০ কথায়.....

প্রিমিয়াম ২২৩৩৩ কথায়.....

পরিকল্পন নং ২২ মেয়াদ ২২ বাকির শ্রেণী..... সহযোগী বীমা ☐ PDAB ☐ DIAB

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

বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা বার্ষিক আয় ২২০,৫০০ আয়ের উৎস কাম

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

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

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

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

পেনশন/বৃত্তির মেয়াদ..... বছর প্রিমিয়ামদাতা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে '✓' টিকা দিন) : ☐ নিজে ☐ অভিভাবক ☐ অন্য কেউ

প্রিমিয়ামদাতা অন্য কেউ হলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন:.....

বীমা প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম:..... প্রস্তাবকের সাথে তার সম্পর্ক:.....

আপনার বা আপনার পরিবারের অন্য কোন সদস্যের রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা অন্য কোন কোম্পানীতে বীমা পলিসি যদি থাকে, তাহলে অনুগ্রহপূর্বক তার তথ্যাবলী নিম্নের ছকে উল্লেখ করুন।

পলিসি নম্বর	বীমা গ্রহণকারীর নাম	কোম্পানীর নাম	মেয়াদ	বীমা অংক	গ্রহণের তারিখ	যে শর্তে বীমা গৃহীত হয়েছে

পারিবারিক ইতিহাস

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ অসুস্থতার স্থিতিকাল	মৃত্যুকালীন সন
পিতা	২	৭১	এল				২
মাতা	২	৭০	এল				
ভাই	৪	২৫, ৬২, ৬৪, ৬৭	এল				
বোন	—	—	—				
স্বামী/স্ত্রী	—	—	—				
পুত্র	—	—	—				
কন্যা	—	—	—	✓			

২) আপনি কি এখন সুস্থ?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৩) গত এক বছরে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি হয়েছে কি?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৩) আপনি কি গত এক বছরে অসুস্থতার কারণে এক সপ্তাহের বেশি ছুটি বা বিশ্রামে কাটিয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহপূর্বক ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৪) আপনার শরীরের কোন অংশ প্রতিবন্ধী কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে লিখুন	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৫) আপনি কি কখনো বসন্ত রোগে ভুগেছেন?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৬) আপনি কি বসন্ত রোগের টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৭) আপনি কি কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হয়েছিলেন?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৮) আপনি কি কোভিড-১৯ এর টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৯) আপনি কি গত পাঁচ বছরে কোন সংক্রমণ রোগীর সান্নিধ্যে বসবাস করেছেন? যদি হ্যাঁ হয় অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১০) আপনি পিতৃ বা মাতৃ কুলের কোন বংশগত রোগের ধারক কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১১) আপনি কি কখনো নিম্নোক্ত রোগে ভুগেছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে পৃথক কাগজে বিস্তারিত লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মৃগী বা স্নায়বিক সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘন ঘন কাঁশি, ব্রংকাইটিস, অ্যাজমা, নিউমোনিয়া, প্রিউরিসিস, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পাকস্থলী বা অন্ত্রে কোন সংক্রমণ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পিত্তাশয় বা লিভারের অসুখ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মূত্রপাথর, মূত্রাশয় রোগ, যৌনরোগ, প্রস্রাবে গুরুত্বপূর্ণ, অ্যালার্জিক ইত্যাদি	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চোখ, কান, নাক, গলার রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
অন্য কোন রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
কোন ধরনের অপারেশন, দুর্ঘটনা, জয়েন্ট বা মাংসপেশীর সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
আপনি কি ধূমপায়ী? হ্যাঁ হলে কত দিন যাবৎ আসক্ত উল্লেখ করুন	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

શારીરિક પરિમાપ

আপনার বর্তমান ওজন..... 62^uকেজি/পাউন্ড, আপনার উচ্চতা..... $5'6^u$ফুট/ইঞ্চি, আপনার বুকের মাপ: শ্বাস গ্রহণের পর ইঞ্চি/সে.মি..... 36^u
 শ্বাস ত্যাগের পর..... 38^uইঞ্চি/সে.মি., কোমরের মাপ..... 32^uইঞ্চি/সে.মি., আপনার সনাক্তকরণ চিহ্ন.....**ইব্রাহিম কোদ চিহ্ন নম্বর**.....

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

শিক্ষাগত যোগ্যতা..... মাসিক আয়..... আয়ের উৎস.....

আয়ের উৎস কি নিজস্ব ☐ না ☐ হ্যাঁ আপনি কি করদাতা? ☐ না ☐ হ্যাঁ আপনি কি বিবাহিত? ☐ না ☐ হ্যাঁ আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? ☐ না ☐ হ্যাঁ

স্বামীর নাম..... স্বামীর পেশা..... স্বামীর মাসিক আয়.....

সর্বশেষ মাসিকের তারিখ..... সন্তান সংখ্যা..... কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?.....

শিশু নিরাপত্তা/শিশু শিক্ষা বীমার জন্য প্রযোজ্য-প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

শিশুর নাম (বাংলায়).....

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER).....

পিতার নাম..... মাতার নাম.....

প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক..... নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... জন্ম তারিখ

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

বয়স প্রমাণপত্র : জন্ম সনদ/অন্যান্য সনদের নম্বর..... জন্ম স্থান..... দেশ.....

শিশুর ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্ট- প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন
পরীক্ষাকারী ডাক্তারকে নিম্নোক্ত তথ্য পূরণ করে সীলসহ স্বাক্ষর প্রদান করতে হবে

শিশুর নাম..... বয়স.....
শিশুটি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটির কোন অঙ্গহানি আছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটিকে গুটি-বসন্ত, পোলিও, ডিপথেরিয়া, ধনুষ্টংকার টিকা দেওয়া হয়েছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটির উচ্চতা.....ফুট/ইঞ্চি, ওজন.....কেজি/পাউন্ড, নাড়ীর গতি.....শরীরের তাপমাত্রা.....

ডাক্তারী পরীক্ষায় অতীতের নিম্নোক্ত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে কি? পড়ে থাকলে হ্যাঁ/ না টিক (✓) দিন।		
ক) হৃদযন্ত্র, রক্তবাহী শিরা, অস্ত্র বা শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
খ) মূত্রাশয় বা মূত্র নালীর কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
গ) মস্তিষ্ক বা স্নায়ু জনিত কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘ) অস্থি, গ্রন্থি, চর্ম, চক্ষু, নাক, কান বা গলায় কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঙ) ফোলা বা রিকেট?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চ) আমাশয় বা উদরাময়?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ছ) জ্বরসহ বা জ্বর ছাড়া দুরারোগ্য কোন ব্যাধি?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
জ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার বা অন্য কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ

ডাক্তারের নাম

প্রস্তাবকের ঘোষণা

সীলসহ স্বাক্ষর

আমি রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেডের প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক হিসাবে প্রতিজ্ঞা পূর্বক ঘোষণা করছি যে, আমার নিজের স্বাস্থ্য, জীবন ও পরিবার সম্পর্কে উল্লেখিত প্রশ্নের উত্তর সম্পূর্ণরূপে সঠিক এবং আমি নিশ্চয়তা দিচ্ছি যে আমি আমার প্রদত্ত ঘোষণায় কোন প্রকার শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবপত্রে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নের অংশে শারীরিক বিষয়সহ প্রদত্ত সকল তথ্য ও বক্তব্য এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রথম গর্ভধারণ উপধারা, অপ্রাপ্তবয়স্ক উপধারা ও পূর্বস্বত্ব শর্তাবলী অত্র বীমাচুক্তির মৌলিক ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাৱশ্যকীয় কোন কিছু মিথ্যা প্রমাণিত হলে রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড আমার সমুদয় প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করা ও পলিসি বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, অবলিখন সংক্রান্ত চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত প্রদান না করা পর্যন্ত এবং কোম্পানী কর্তৃক প্রথম প্রিমিয়াম রশিদ (এফ.পি.আর) ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত কোম্পানীর উপর আমার জীবন বীমার কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

প্রস্তাবপত্র পূরণের স্থান.....

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ:

নাম.....

পিতার নাম.....

মোবাইল নম্বর.....

বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর.....

নাম.....


প্রস্তাবপত্র পূরণের তারিখ.....

অভিভাবকের প্রতি স্বাক্ষর.....

(অপ্রাপ্তবয়স্ক প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে)

তারিখ.....

উল্লয়ন কর্মকর্তাদের কোড সেটআপ

এফ.এ. কোড	৭৫০	 MD. SUKUR ALI General Manager Rupali Life Insurance Co. Ltd. Sakkhira Office Mobile: 1857-142020
ইউ.এম. কোড		
বি.এম. কোড		

অবলিখন বিভাগের জন্য প্রযোজ্য

মন্তব্যসহ অনুমোদনের জন্য উপস্থাপন

মূল প্রিমিয়াম টাকা, সহযোগী প্রিমিয়াম: PDAB/DIAB..... টাকা, Hi..... টাকা

অতিরিক্ত প্রিমিয়াম (O/E, F/E, H/I, E/M)..... টাকা, সর্বমোট প্রিমিয়াম..... টাকা।

মন্তব্যসহ অনুমোদন

প্রস্তুতকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)

অনুমোদনকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)



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



নাম: মোঃ আকরাম হোসেন

Name: Md. Akram Hossen

পিতা: মোঃ বাবুর আলী গাজী

মাতা: মোছাঃ সুফিয়া বেগম

জি: গণপ্রজাতন্ত্রী

Date of Birth: 05 Aug 1997

ID NO: 1506397577

২২-০৬-০৭
২২-০৬-০৭
২২-০৬-০৭
২২-০৬-০৭

MD. JAHANGIR ALAM
Executive Director
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Khulna Servicing Center
Mob: 01011-944920

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারি ব্যক্তি ত অনা
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং :,,, গ্রাম/রাস্তা: মোমরেজপুর, মোমরেজপুর, ডাকঘর :
কালিগঞ্জ-৯৪৪০, কালিগঞ্জ, সাতক্ষীরা

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

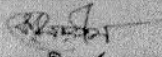
প্রদানের তারিখ: ১২/১০/২০১৮




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


নাম: মোছাঃ সুফিয়া বেগম
Name: Mst. Sufia Begum
স্বামী: মোঃ বাবুর আলী গাজী
মাতা: মৃত ফতেমা বেগম
Date of Birth: 01 Jan 1952
ID NO: 8714713457639

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অন্ত
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।
ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: মোমেরজপুর, মোমেরজপুর, ডাকঘর: কালীগঞ্জ - ৯৪৪০,
কালীগঞ্জ, সাতক্ষীরা


প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ০৭/০৮/২০০৮





রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪

ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

সূত্র : আর,এল,আই/অবলিখন/২২/২২

তারিখ : ১২/১১/২২

গ্রহণ পত্র

বিষয় : আপনার প্রস্তাবপত্র নং THB-2592/22

জনাব,

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

বীমা অংক : ২০,৪৫,০০০/- পরিকল্পন নং মেয়াদ : ২৬-২৬ প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : YLY মূল প্রিমিয়াম : ১১,৩৩৮/- মহিলা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম : - পেশাগত/স্বাস্থ্যগত অতিঃ প্রিমিয়াম : - পি ডি এ বি/ ডি আই এ বি প্রিমিয়াম : - বাদ জমা : অবশিষ্ট দেয় :	অতিরিক্ত শর্ত : ক) ১ম বৎসরে মৃত্যুতে বীমা অংকের ২য় " " " ৩য় " " " ৪র্থ " " " ৫ম " " " ৬ষ্ঠ " " " ৭ম " " " ৮ম " " " ৯ম " " " খ) শুরু থেকে ১০.৫.... বৎসরের মধ্যে মৃত্যুতে বীমা অংকের ৭.৩... প্রদান যোগ্য হবে।
--	--

উল্লেখ্য যে, প্রথম প্রিমিয়াম পুরোপুরি জমা না হওয়া অথবা উল্লিখিত অতিরিক্ত শর্তে বীমা গ্রহণের জন্য আপনার সম্মতি না পাওয়া পর্যন্ত কোম্পানী বীমার দায় গ্রহণ করবে না। এই পত্রের তারিখ থেকে ৩০ (ত্রিশ) দিনের মধ্যে উপরোক্ত প্রিমিয়াম জমা না হলে বা সম্মতি পত্র না পাওয়া গেলে এই 'গ্রহণ পত্র' বাতিল বলে গণ্য হবে।

প্রস্তাবপত্র জমা দেওয়ার পর থেকে গ্রহণ পত্র ইস্যু হওয়া অথবা পূর্ণ প্রিমিয়াম জমা দেওয়ার পূর্বে আপনার স্বাস্থ্যগত/পেশাগত আর কোন পরিবর্তন হয়ে থাকলে তা কোম্পানীকে জানানোর জন্য অনুরোধ করা যাচ্ছে। সে ক্ষেত্রে, কোম্পানী এই পত্রের শর্ত সমূহ পুনর্বিবেচনা করবে। উপরোল্লিখিত শর্ত আপনার নিকট গ্রহণ যোগ্য হলে ২য় কপিতে স্বাক্ষর করে আমাদের নিকট ফেরত পাঠালেই ১ম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ ইস্যু করা হবে।

আপনাকে সেবা করার সুযোগ দেয়ায় আমরা কৃতজ্ঞ।

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

আপনার বিশ্বস্ত,

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা।

ডোঃ মোকব্বাস হোসেন

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর

তারিখ : ১২/১১/২২

MD. ASHRAFUR RAHMAN
MANAGER (ID No-0978)
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
SERVICING CENTER, KHULNA.