

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-Deed)

Business Month: **December, 2021** EPZ Agency Office[ECB4315] S.Cell:Chowmuhoni Servi

Entry Date 13/01/2022 12:00:00A Mobile No: 01974549986 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254349-8** Age at Entry 22 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. SHAHEEN VOYEA

Proposer's Address S/O:MD. MONTU BHUIYAN
VILL:BAROI KHALI
P.O.:BAROIKHALI THANA:MORRELGANJ
DIST:BAGERHAT 01974549986

Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 40% For 4 Year to this Policy.

Sum Assured 500,000 FIVE LAC TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 51,300.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 881153 20/12/2021,,
51,300.00 FIFTY ONE THOUSAND THREE 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 MD. ABDULLAH BHUIYAN, SON, 17 YRS

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN: HAFIZA BEGUM, WIFE, 24 YRS.

Child's Name ,, Yrs.

Date of FPR: 13/01/2022 FPR No: ECB-E-2221/21 RiskDate : 13/01/2022

Date of Proposal 20/12/2021 Proposal No: ECB-E-2221/21 Date of Commencement 20/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 20 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 20/12/2032 Next Due Date: 20/12/2022 Date Of Maturity 20/12/2033

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 20/12/2024
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 20/12/2027
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 20/12/2030
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 20/12/2033
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001199/10300459/1030336/102643/102184/100899/100324

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. Lt
Chattogram Servicing Center

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Printed 20/01/2022

Ekok Bima

Include CL Lien 40% For 4 Year

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

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রদত্তপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103254349-8	ECB-E-2221/21	20/12/2021	13/01/2022	01-12	Yiy	881153	51300
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা :	MD. SHAHEEN VOYEA S/O: MD. MONTU BHUIYAN VILL: BAROI KHALI P.O.: BAROIKHALI THANA: MORRELGANJ DIST: BAGERHAT 01974549986			শাখা	EPZ Agency Office(ECB4315)		0
বীমাপ্রাপ্তকের বয়স :	22				এফ পি আর নং	ECB-E-22 21/21 13/01/2022	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 51300
500000	51300	0	0	51300	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং :	103001199/10300459/1030336/102643/102184/101217/100899						20/12/2022

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-FPR

Business Month: December, 2021

EPZ Agency Office[ECB4315] S.Cell:Chowmuhoni Servi

Entry Date 02/01/2022 12:00:00A7 Mobile No: 01974549986 Medical: Medical submitted.

Policy No 103254349-8 Age at Entry 22 YRS. AGE ADMITTED

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. SHAHEEN VOYEA

Proposer's Address S/O MD. MONTU BHUIYAN
VILI BARIKHALI
P.O. BARIKHALI THANA MORREL GANI
DIST. BAGERHAT 01974549986

Extra Loading

Tk. 0

Include CL Lien 40% For 4 Year to this Policy.

Sum Assured 500,000 FIVE LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C

Basic Premium: 51,300.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 881153

20/12/2021,

51,300.00 FIFTY ONE THOUSAND THREE 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 MD. ABDULLAH BHUIYAN, SON, 17 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: HAFIZA BEGUM, WIFE, 24 YRS.

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 02/01/2022

FPR No: ECB-E-2221/21

Risk Date

13.01.22

Date of Proposal 20/12/2021

Proposal No: ECB-E-2221/21

Date of Commencement

02/01/2022

Premium due date ON THE DATE OF 20 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 20/12/2032

Next Due Date: 20/12/2022

Date Of Maturity

20/12/2033

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 20/12/2024
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 20/12/2027
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 20/12/2030
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 20/12/2033
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001199/10300459/1030336/102643/102184/101217/100890

Checked

Countersigned

103254349-8

ID NO. 9375
CHITTAGONG EPZ



Fact. ID No. WQCC00138
Name : MID SHAHEEN VOVEA
Desig : Q.C.
Join. Dt : 16-Jan-2018
Dept. : WQAD-QAD
Bld Gr. : B + VE

01990549197

General Manager



UNIVERSAL
JEANS LTD.



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

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

POLICY SUMMARY

DATE 09.11.2022

OFFICE INFORMATION

Policy No. 2221/11 Proposal Date
No. 103254549- Branch Code
No. F- Branch Name

ORGANIZATION

103001199 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 13.01.22 Date of Commencement
Birth 11.01.2000 Entry Age & Proof Code 22 07
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 513000
Word FIVE LAC TAKA ONLY
Term 07 12 Mode of Payment FIF
Installment Premium (In Taka) 51300
Word

SUPPLEMENTARY COVER

	Code	Premium
DIAB/PDAB		
HB		

EXTRALODGING

	Code	Premium
F/E or O/E		
EM		

Installment Premium (In Taka): 51300
Word
Option
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MD. SHAHID R. HUYAN
Proposer's Present Address SID:- MD. MOSTA R. HUYAN
VILL. MARIKHALI.
PO:- GARUKHALI
THANA:- MURUL KHONDA.
DIST:- BAGERHAT.
Nominee's Name Age & Relation MD. ABDULLAH B. HUYAN
Guardian's Name Age & Relation MRS. HAFIZA BEGUM - 24

OTHERS INFORMATION

Medical 07 Std/S.Std. 07
Sex

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies
MR - 01974549986.

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
20.12.21	881153	513

Suspense Amount
Premium Rate %

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ous Policy / Policies :

মার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

ক মারুফি নথী অগ্রিম :
F.P.R

Accepted with
lien of Sum Assured
years of the Term -

Abdullah
Vice President (N-10)
George (Underwriting)
Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

Adviser :

11/07
u



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার/ফাইল কপি

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

০৩৭৭-৫৭৩৭৪৬

881153

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

তারিখ : ২০-১২-২৩

স্বাক্ষর: মাহিনুর হুসেইন

ধন্যবাদ সহকারে জন্ম/জানাবা

এর

নিকট হতে = ১০,৩৬০/-

টাকা

পরমা (কথায়)

প্রাপ্ত হইয়া

প্রিমিয়াম প্রাপ্তির রসিদ

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে.অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রাপ্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

২০-১২-২৩

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষান্মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড 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 জমানদারীর 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 নগদী করন স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন নিরাপত্তা

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার

MD. TAUHIDUR RAHMAN

UG-2 (Cash)

C.E.P.Z Agency Online Chatogram

Rupali Life Insurance Co. Ltd.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০। সার্ভিস সেল কোড নং

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

প্রস্তাবপত্র নং

২২২২/২৭

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

২০৬২৫৪৬৪৯-৪

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
১০৩০০১১৩৩	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।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : মোঃ শাহীন হুসেইন
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : MR: SHAHEEN YUSUF
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ রবুল হুসেইন ইংরেজীতে :
 (ঘ) মাতার নাম : মোঃ ফেরিহা বেগম ইংরেজীতে :
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) :
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ১৫০৩ বাবুইছানী
৫৫৫০০০: বারইছানী
 মোবাইল নং : ০৩০: ৩৫৫৫৫৫৫৫
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা :
 মোবাইল নং : ০১৭৪৫৪৬৪৯

৩। জন্ম তারিখ ২২-০২-২০০০ বয়স ২২ বছর জনা স্থান বাবুইছানী জাতীয়তা বাংলাদেশী
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জন্মপত্র সারিফ

৪। (ক) বীমা অংক ০০০০০০/ মাচ লক্ষ টাকা ৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে-টিক চিহ্ন দিন :
 (খ) তালিকা নং ০২ মেয়াদ ২২ বৎসর :
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং ০২ টাকা ০২

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? প্রাথমিক ও নিয়োগ আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ১৫০০০ আয়ের উৎস কি? চাকরি
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ
 (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। না

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	ঝুঁকির তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মোঃ আবদুল হুসেইন বয়স ২৭ নাম সম্পর্ক হুসেইন
 (২) মোঃ রবুল হুসেইন বয়স ২৪ নাম সম্পর্ক হুসেইন
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম মোঃ রবুল হুসেইন বয়স ২৪ নাম সম্পর্ক হুসেইন

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 কার্যক্রম/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সংস্থার মাধ্যমে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
 (খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন ঘটনা/অসুস্থতা/অপরাধ/অন্য কারণে জীবন বীমা প্রাপ্য হতে পারে কিনা তা জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা	০২	৫৫	স্বাস্থ্য				
মাতা	০২	৪২	স্বাস্থ্য				
ভাই	০২	২২, ২০	স্বাস্থ্য				
বোন	০২	২৭	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	০২	২২	স্বাস্থ্য				
ছেলে	০২	২৭	স্বাস্থ্য				
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) (গ) (ক) (খ) (গ) (ঘ)
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 শ্লৈষ্মিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, যক্ষ্মা, স্বাস্থ্যন্ত্রের 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 ডায়বেটিক্স, যৌন রোগ, প্রসাৰে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input checked="" type="checkbox"/> না </div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 10px;">বলুন</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold; letter-spacing: -5px;"> হ্যাঁ না হ্যাঁ না হ্যাঁ না হ্যাঁ না হ্যাঁ না হ্যাঁ না </div>
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?.....কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত?.....ফু/মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর.....ইঃ.....সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত?.....ইঃ.....সেঃ মিঃ (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 বিদ্যুতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করান।
---	-----------------------------------

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 ভাঙারী পরীক্ষা হয়, তবে ভাঙারী 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 যথাবিধিত বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিধিত বিবেচনার পর খুঁকির সুদিস ইঙ্গা 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 :

প্রদত্ত বিমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ :

বিঃদ্রঃ বিমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বিমাত্রাহকের বর্তমান দেশের 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

কামাঙ্গী জীবন-নিরাপদ জীবন



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



নাম: মোঃ শাহীন ভূইয়া
Name: MD SHAHEEN VOYEA
পিতা: মোঃ মঈন ভূইয়া
মাতা: সেলিনা বেগম
Date of Birth: 11 Jan 2000
ID NO: 5564652203

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী বাতীল অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোলিস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোশিং: দুর ম্যানসন, গ্রাম/বাংলা: কালা মাখির পাড়া, ডাকঘর: চট্টগ্রাম
বন্দর - ৪১০০, চট্টগ্রাম পোর্ট, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম



রক্তের গ্রুপ / Blood Group: B+ জন্মস্থান: বাগেরহাট



প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০১/০৬/২০২০



মোঃ ইয়ামিন হোসেন
জিউনুল হু-জিউনুল জিউন (ডি)
ফোন নং- ১০০৮৪৪
জাতীয় পরিচয় পত্রের কোড

 <p>গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার Government of the People's Republic of Bangladesh Temporary National ID Card / সাময়িক জাতীয় পরিচয় পত্র</p>	
	নাম: হাফিজা
	Name: HAFIZA
	পিতা: শাইনুর জোমান্দার
	মাতা: সেলিনা
Date of Birth: 01 Jan 1988 ID NO: 5103333732	

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।	
ঠিকানা: বাসা/হোজিং: ,, গ্রাম/গ্রাজ: শুলিসাখালী, শুলিসাখালী, ডাকঘর: পি. সি. বারইখালী - ৯৩২০, মোড়লগঞ্জ, বাগেরহাট	
রক্তের গ্রুপ / Blood Group: B+	মতামত
 প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর	প্রদানের তারিখ: ১২/০৮/২০১৮ মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ: ১২/০৮/২০২০
	


 মোঃ হুমায়ুন হোসেন
 জিভিনাল কো-অর্ডিনেটর জিভিনা (ডি)
 কোড নং- ১০০৮৯৯
 প্রকল্পী জাতীয় উপদেষ্টা কোষা



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্ট

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....
 (খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....
 (গ) পেশা.....
 (ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....
 ২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর
 (খ) অববাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/ভালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
 (গ) বীমাকৃত টাকা.....
 (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....
 ৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?
 ৪। সম্পত্তি কি আপনার ওজন বাড়িয়েছে কিংবা কমিয়েছে?

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

৫। আপনার পরিবারে মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	না	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	না
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	না	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	না
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	না	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	না
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	না	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	না
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	না	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এম্বারে, 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		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	
বাবা	১	৫৫	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) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন। (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মা	১	৪২	৫			
ভাই	২	২২, ২০	৫			
বোন	১	৩৭	৫			
স্বামী/স্ত্রী	১	২০	৫			
ছেলে	১	৩৭	৫			
মেয়ে	১					

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 ৩-১-২২

বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। বীমা প্রদানের 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

স্বাক্ষর: ৩০/১/২২
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

<p>১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?</p> <p>(খ) পরীক্ষাকারীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?</p> <p>(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?</p> <p>২। (ক) পরীক্ষাকারীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।</p> <p>(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।</p> <p>(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?</p> <p>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) গ্ৰীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?</p> <p>(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?</p> <p>৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।</p> <p>(গ) শ্বাসকষ্ট, গ্যা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?</p> <p>৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?</p> <p>(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।</p> <p>(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।</p> <p>(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিম্ফিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</p> <p>৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।</p>	<p>৮। প্রশ্নের পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব সুগার এলবুমেন (খ) প্রস্রাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <input checked="" type="checkbox"/> (গ) প্রস্রাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? <input checked="" type="checkbox"/> ৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা সে: মি./ফ: ই: (খ) ওজন কিলো/পাউ: (গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিঃসৃত সে: মি./ই: শ্বাস ত্যাগের পরে সে: মি./ই: (ঘ) নাড়ী বরাবর পেটের মাপ সে: মি./ই: 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? <input checked="" type="checkbox"/> বিশদ বিবরণের স্থান স্থান তারিখ ৩-১-২২ পুরো নাম ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল ডিগ্রী ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং কোড নং বর্তমান ঠিকানা DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550</p>
---	---



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. SHAHIN BHUYAN

SEX ☒ M ☐ F AGE-22 years

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

DATE 03 01 2022

SL. No. 19

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

HB. 14.0 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T. C. OF

White blood cell 6,700 per. cu. mm.

Red blood cell 5.1 per. cu. mm.

Platelet Count 2,60,000 per. cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	46%	40	-	75%
Lymphocyte	44%	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):

সহঃ রক্ত পরীক্ষা



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. SHAHIN BHUYAN

SEX ☒ M ☐ F AGE-22 years

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

DATE 03 01 2022

SL.No. 19

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

স্বাভাবিক পুরস



CHECKED BY

Attested

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

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

আবাসনিক পরিচিতি সূচক ফর্ম (NYC-Profile Form)

১. আপনার নাম (পূর্ণ নাম)

বীমা গ্রাহকের
নাম

২০৬২৪৪৬৪৭-১

২. আপনার জন্ম তারিখ

২১-০২-২০০০

৩. আপনার বর্তমান ঠিকানা

৪. আপনার বর্তমান মোবাইল নম্বর

৫. আপনার বর্তমান ইমেইল

৬. আপনার বর্তমান ফোন (ডাকিং)

৭. আপনার বর্তমান ফোন

৮. আপনার বর্তমান

৯. আপনার বর্তমান

১০. আপনার বর্তমান

১১. আপনার বর্তমান

১২. আপনার বর্তমান

১৩. আপনার বর্তমান

১৪. আপনার বর্তমান

১৫. আপনার বর্তমান

১৬. আপনার বর্তমান

১৭. আপনার বর্তমান

১৮. আপনার বর্তমান

১৯. আপনার বর্তমান

২০. আপনার বর্তমান

২১. আপনার বর্তমান

২২. আপনার বর্তমান

২৩. আপনার বর্তমান

২৪. আপনার বর্তমান

২৫. আপনার বর্তমান

২৬. আপনার বর্তমান

২৭. আপনার বর্তমান

২৮. আপনার বর্তমান

১. প্রাপ্যতা প্রমাণ (নথী/স্বাক্ষর/ফটো) :

৬৮৬০৮

২. প্রাপ্যতা প্রমাণের উৎস :

৯৯৯৯৯৯৯৯৯৯

৩. অর্জিত উৎসের বৈধতা :

নিজ

৪. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :

মাসিক ☒ ত্রৈমাসিক ☐ ষাটমাসিক ☐ বার্ষিক ☒ একবার ☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

- ৫২৬০০৮

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (ডেবিটসহ)

নগদ

(খ) নগদ

৫০০০০০৮

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	আব্দুল্লাহ হুসাইন ১৭ ১৭৮৮	
পিতার নাম :		
মাতার নাম :		
পামী/ স্ত্রীর নাম :	জনু তারিখ :	
পেশা :		
বর্তমান ঠিকানা :		
স্থায়ী ঠিকানা :		
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :		
টেলিফোন (বাস) :	টেলিফোন (মবিল) :	
মোবাইল :	ফ্যাক্স :	
ই-মেইল :		

মনোনীত ব্যক্তি
জাতীয় পরিচয়পত্র
নথী

(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক ছলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হারে উল্লেখ করতে হবে)

১৩. বীমা গ্রাহকের স্বীকৃতি নির্ধারণ : ☐ নিন ☐ উত্ত

[মন্তব্য অংশে বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের স্বীকৃতি সম্পর্কে আনুমানিকভাবে মতামত করতে হবে। গ্রাহকের স্বীকৃতি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিবেচনায় করতে হবে। ব্যক্তিগত ক্ষেত্রে ব্যক্তিগত প্রকৃতি, অর্জিত মূল্য, ব্যক্তিগত এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাভোগী ইত্যাদির অন্যান্য বিশেষ বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহকের উত্তর ও স্বীকৃতি সম্পূর্ণ হিসেবে গ্রহণীয় করতে হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুকূলভাবে বিস্তারিত ধারণা করতে হবে। বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও বর্তমান বার্ষিকের নিরিখে স্বীকৃতি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উত্তর স্বীকৃতিপূর্ণ হলে নিম্নলিখিত তথ্যাদি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

পুলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/ বিবেচনামূলক মনোনীতদের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫

১৫ নং সেকশন ১৫



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৫৮৩৫৮-৬
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম Mr. Kamrin Hossain
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ... ডাকঘর ... থানা ...
- জেলা ... যোগাযোগের ঠিকানা : ...
- তারিখ ...
- বয়স ... ২২
- থানা ...

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	৩৬ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৩৬ দিন আগে
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন ? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন ? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্বাস্থ্যের অধিকারী ?	হ্যাঁ
০৫।	আপনি কি নিশ্চিত যে, তার অভ্যাস ও জীবন যাত্রা স্বাভাবিক এবং তার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয় ?	হ্যাঁ
০৬।	তার পেশার সঠিক বিস্তারিত বিবরণ লিখুন ?	চাকুরী
০৭।	তার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ? আপনি কি মনে করেন প্রস্তাবিত বীমা অংক তার আয়ের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ ?	হ্যাঁ
০৮।	তার আয়ের উৎস কি ?	চাকুরী
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	২৬০০০০/৫৫০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	মজা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারা দৃষ্টি 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 Mr. Kamrin Hossain
- পদবী DVE কোড নং ...
- স্থান ...
- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর ...
- পুরো নাম ...
- পদবী ... কোড নং ...
- অফিসের নাম ...
- ঠিকানা ...