

# 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 15/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01934257765 Medical: Medical submitted:

PolicyNo 103254867-1 Age at Entry 31 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM

Table & Term 01-16 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MD. AL-SUFYAN RUBEL

Proposer's Address S/O LATE SIRAJUL ISLAM  
HOUSE-AMBIAR BAPER BARI, VILL- MEMON  
COLONY, BADAMTALI D.C ROAD  
P.O. CHAWK BAZAR THANA/BAKALIA  
DIST:CHATTOTGRAM 01934257765

Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 25% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 330,000 THREE LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 25,938.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883890 30/12/2021,  
25,938.00 TWENTY FIVE THOUSAND NINE HUNDRED THIRTY EIGHT 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 NASRIN BEGUM, WIFE, 26 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2735/21 Risk Date : 26/01/2022


Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2735/21 Date of Commencement 30/12/2021

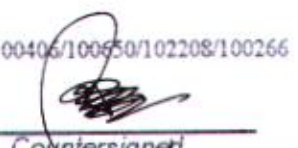
Premium due date: ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 30/12/2036 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2037

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :  
1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025  
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029  
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033  
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000440/10300075/1030060/100406/100650/102208/100266

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

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

  
Managing Director



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Print dt 30/01/2022

Ekok Bima

Include CL Lien 25% For 4 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

| বীমাপত্র নং                    | প্রদানপত্র নং  | বীমা শুরু তারিখ   | বুঁকির তারিখ        | পরিকল্প ও মেয়াদ | কিস্তির পদ্ধতি | পি. আর/বি, এম নং                              | গৃহীত টাকা  |
|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|------------------|----------------|---|---|
| 103254867-1                    | ECB-E-2735/21  | 30/12/2021        | 26/01/2022          | 01-16            | Yly            | 883890  | 25938   |
| বীমাগ্রাহকের<br>নাম ও ঠিকানা : | MD. AL-SUFIYAN RUBEL<br>S/O: LATE SIRAJUL ISLAM<br>HOUSE: AMBIAR BAPER BARI, VILL- MEMON<br>COLONY, BADAMTALI D.C ROAD<br>P.O.: CHAWK BAZAR THANA: BAKALIA<br>DIST: CHATTOGRAM 01934257765 |                   |                     |                  |                | শাখা<br>Khatungonj Agency<br>Office (ECB4314) | 30/12/2021<br>0                                     |
| বীমাগ্রাহকের<br>বয়স :         | 31   |                   |                     |                  |                |   | এফ পি আর নং<br>ECB-E-27<br>35/21<br>15/01/2022<br>0 |
| বীমা অংক                       | মূল প্রিমিয়াম   | সহযোগী প্রিমিয়াম | অতিরিক্ত প্রিমিয়াম | মোট প্রিমিয়াম   | উদ্ধৃত জমা     | সহযোগী বীমা                                   | মোট :<br>25938                                      |
| 330000                         | 25938  | 0                 | 0                   | 25938            | 0              | NILL.   | পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ<br>30/12/2022     |
| সাংগঠনিক কোড নং :              | 103000440/10300075/1030060/100406/100650/102208/100266   |                   |                     |                  |                |   |   |

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** Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuho

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01934257765 Medical: Medical submitted.

Policy No **103254867-1** Age at Entry 31 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM

Table & Term 01-16 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MD. AL- SUFIYAN RUBEL

Proposer's Address S/O LATE SIRAJUL ISLAM  
HOUSE: AMBIAR BAPER BARI, VILL- MEMON COLONY, BADAMTALI D.C ROAD  
P.O. CHAWK BAZAR THANA: BAKARIA  
DIST: CHATTOGRAM 01934257765

Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 25% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 330,000 THREE LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 25,938.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883890 30/12/2021,  
25,938.00 TWENTY FIVE THOUSAND NINE HUNDRED THIRTY EIGHT 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 NASRIN BEGUM, WIFE, 26 YRS.

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2735/21 Risk Date: 26/01/2022


Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2735/21 Date of Commencement 30/12/2021

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

Last premium due date 30/12/2036 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2037

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE:  
1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025  
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029  
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033  
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000440/10300075/1030060/100406/100650/102208/100266

  
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: 12.01.22

### OFFICE INFORMATION

|         |           |               |  |
|---------|-----------|---------------|--|
| sal No. | 2735821   | Proposal Date |  |
| No.     | 103254867 | Branch Code   |  |
| R. No.  | F-        | Branch Name   |  |

### ORGANIZATION

|          |      |  |
|----------|------|--|
| 10300440 | D.C  |  |
|          | R.C  |  |
|          | DV.C |  |
|          | C.C  |  |

### POLICY RELATED INFORMATION

|                                   |                                     |                      |       |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------|
| Date                              | 26.01.22                            | Date of Commencement |       |
| of Birth                          | 08.09.1950                          | Age & Proof Code     | 31 09 |
| Assured/Pension/Annuity (In Taka) | 330,000                             |                      |       |
| In Word                           | THREE LAC THIRTY THOUSAND TAKA ONLY |                      |       |
| Term                              | 01 16                               | Mode of Payment      | 311   |
| Installment Premium (In Taka)     | 25038                               |                      |       |
| In Word                           |                                     |                      |       |

### SUPPLEMENTARY COVER

|           | Code | Premium |
|-----------|------|---------|
| DIAB/PDAB |      |         |
| HB        |      |         |

### EXTRALODGING

|            | Code | Premium |
|------------|------|---------|
| F/E or O/E |      |         |
| EM         |      |         |

Installment Premium (In Taka): 25038

In word

Option

Premium Due Date

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Proposer's Name                   | MD. ALSUFIAN RUBEL   |
| Proposer's Present Address        | S/O-LATE: SIRAJUL ISLAM<br>401 AMCIAR BAPER<br>VILL.-MAMON COLONY.<br>D.C. ROAD. P/O. CHAK B<br>THAN-BAKALIA. DM |
| Nominee's Name<br>Age & Relation  | NASRIA BEGUM-26 (6)  |
| Guardian's Name<br>Age & Relation |  |

### OTHERS INFORMATION

|         |    |            |    |
|---------|----|------------|----|
| Medical | 69 | Std/S.Std. | 07 |
| Sex     | 01 |            | 07 |

### CHILD/SECOND LIFE

|                       |  |     |  |
|-----------------------|--|-----|--|
| Date of Birth         |  | Age |  |
| Proof                 |  | Sex |  |
| No. of extra Policies |  |     |  |

MEB-0934257765

### PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

| Policy No. | Cession Number | Amount |
|------------|----------------|--------|
|            |                |        |
|            |                |        |

### PARTICULARS OF PAYMENTS

| Date     | Receipt No. | Premium |
|----------|-------------|---------|
| 30.12.21 | 883890      | 25038   |
|          |             |         |
|          |             |         |

Suspense Amount

Premium Rate % 80.60

Prepared by

Verified by



# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ious Policy / Policies :

মার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 25% (To  
Constant been of  
for 1st-1st 4 (Four)  
of the term

Md. Abdulah  
Senior Vice President (D. No-10)  
Incharge (Underwriting)  
Rajshahi Life Insurance Co. Ltd  
Head Office

Adviser :

23/10/2020



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

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

কম্পিউটার/ফাইল নং

883890

## টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং : .....

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

তারিখ : ২০/১২/২০

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে ২২৫২৮৮ টাকা পয়সা (কথায়) ২২৫২৮৮

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবিত/বীমাপত্র নং ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

উক্ত টাকা : ২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ ২০/১২/২০

পদ্ধতি : বার্ষিক/মাসিক/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। উল্লেখ্য 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

কমতাভাউ কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

২৭০৭২৯  
২০৬২৪৪৮৫৭-৩

| উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম | পদবী  | কোড নম্বর | উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম | পদবী     | কোড নম্বর |
|------------------------|-------|-----------|------------------------|----------|-----------|
|                        | এফ.এ  | ২০৬০০৪৪০  |                        | 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 আমান-উল-মিন-রুবেল  
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :  
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : হুতঃ মিরাজুল-হকিম-ইমাম ইংরেজীতে :  
(ঘ) মাতার নাম : হুতঃ মাবিনা-দাউদ-ইংরেজীতে :  
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সফটওয়্যার ডেভেলপার  
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : মোঃ আমান-উল-মিন-রুবেল, হুতঃ মিরাজুল-হকিম-ইমাম-দাউদ-ইমাম, ৬০০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০। মোবাইল নং : ০১৭৩৪২৫৭৭৬৫  
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা :  
মোবাইল নং :

৩। জন্ম তারিখ : ০৬/০২/২০১০ বয়স : ১২ জন্মস্থান : নিত্র-সড়ি জাতীয়তা : বাংলাদেশী  
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

৪। (ক) বীমা অংক : ৩,৬০০০০/- ৩,৩০,০০০/-  
(খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ২৫ বৎসর  
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষান্দাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন  
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং : টাকা :  
৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :  
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)  
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? : বিবরণ : আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? : ৩,০০,০০০/- আয়ের উৎস কি? :  
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? : নিত্র-  
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) :

৭। ☒ ২ বছর পলিসি চালু থাকে সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

৮। আপনার বা আপনার পরিবারের কারো জীবনের উপর অন্য কোন জীবন বীমা থাকলে বিবরণ দিন। : নিত্র-

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

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) : নাহরিন-বেসম বয়স : ২৫ সম্পর্ক :  
(২) : বয়স : সম্পর্ক :  
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : বয়স : সম্পর্ক :

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।

## পারিবারিক ইতিহাস :

| আত্মীয়       | সংখ্যা | জীবিত       |                         | মৃত্যুকালীন বয়স | মৃত্যুর কারণ | শেষ রোগের ইতিহাস | মৃত্যুর সন |
|---------------|--------|-------------|-------------------------|------------------|--------------|------------------|------------|
|               |        | বয়স        | বর্তমান স্থায়ীক অবস্থা |                  |              |                  |            |
| পিতা          | ১      | হুত         | নিত্র                   | ৭০               | হৃদরোগ       | ২০২০             |            |
| মাতা          | ১      | হুত         | নিত্র                   | ৬৬               | হৃদরোগ       | ২০২৬             |            |
| ভাই           | ০৩     | ৩৭-২৩       | ৩/১                     |                  |              |                  |            |
| বোন           | ০৪     | ৪৬-৪০-৩৪-২৭ | ৩/১                     |                  |              |                  |            |
| স্বামী/স্ত্রী | ০১     | ২৬          | ৩/১                     |                  |              |                  |            |
| ছেলে          | ১      |             |                         |                  |              |                  |            |
| মেয়ে         | ০২     | ০১-০৫       | ৩/১                     |                  |              |                  |            |



ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

|     |  |       |                                |
|-----|--|-------|--------------------------------|
| ১১। | (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?  | (ক)   | হ্যাঁ                          |
|     | (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড?  | (খ)   | ২ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে    |
|     | (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন। | (গ)   |                                |
| ১২। | (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।   | (ক)   |                                |
|     | (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি?  | (খ)   |                                |
|     | (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন?  | (গ)   | বাল্য কালে                     |
|     | (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?   | (ঘ)   |                                |
| ১৩। | (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন।                | (ক)   |                                |
|     | (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।   | (খ)   |                                |
| ১৪। | আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।                | হ্যাঁ | না                             |
|     | (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া।  |       |                                |
|     | (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ত্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, 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 ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি।                |       |                                |
|     | (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ।  |       |                                |
|     | (ছ) গলগত, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ।   |       |                                |
|     | (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া।  |       |                                |
|     | (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।  |       |                                |
| ১৫। | (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ৬০ কেজি/পাউন্ড   | (খ)   | আপনার উচ্চতা কত? ৫ ফুট ৮ ইঞ্চি |
|     | (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ৬৬ সে.মিঃ  |       | শ্বাসত্যাগের পর ৬৪ সে.মিঃ      |
|     | (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? ৩২ ইঞ্চি  |       |                                |
|     | (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন কোন চিহ্ন নেই   |       |                                |

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। |
|---|-----------------------------------|

নাম : \_\_\_\_\_ মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

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 সম্ভবা?.....

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 |
| ৯৯                    | ৯৯          | ৯৯       |

## যোষণা

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 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 ওয়ার্কিংবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে ধার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবশিষ্টে গ্রহণ প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর স্বাক্ষর রুসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষরিত স্বাক্ষর : M. Morsedul Alam স্থান : চট্টগ্রাম পুরো নাম : বিঃ বিমান হাওয়ায়ন-১  
পদবী : কোড ঠিকানা : রেবেন

(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : M. Morsedul Alam  
পুরো নাম : Md. Morsedul Alam  
Special Inspector (Dev)  
Rupali Bazar Ins. Co. Ltd.  
Rupali Bazar Office, Chittagong

বিঃ দ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান  
সংশ্লিষ্ট বীমা গ্রাহকের বাসা হারেক অবশ্যে কোম্পানির কোন দায় বা মাধ্যমে সৃষ্টি হবে না।  
প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর  
তারিখ : ৩০/১২/২২

উল্লিখিত চাকরিতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে

পিএবিএস : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০  
রেজি নং : C-39345(1303)/99

ରୂପାଳୀ ଜୀବନ-ନିରାଶମ ଜୀବନ



জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card



2000

মোঃ আল সুফিয়ান রুবেল



MD AL SUFIAN FUBEL

10

মোঃ সিরাজুল ইসলাম

1510

मानिशा थाईलैण्ड

Date of Birth 08 Sep 1990

NID No.

416 208 6450

५५५



ঠিকানা: বাসা/হোশিং: আহ্মিয়র বাপের বাড়ী  
বাদমতলা, গ্রাম/বাক্স: ভিসি রোড, বৌ বাজার,  
বাকলিয়া, ডাকঘর: চকবাজার - ৪২০৩, বাকলিয়া,  
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

Food Group

Place of Birth: CHITTAGONG

Invoice Date: 27 Feb 2017



I<BGD416208645<08<<<<<<<<<<<  
9009084M3202263BGD<<<<<<<<<<2  
FUBEL<<MD<AL<SUFIAN<<<<<<<<<<

2021-12  
1990-09

*Mr. Morshef Alam*  
Divisional Co-ordinator (Gen)  
Takaafi Life Ins. Co. Ltd.  
Abuhanguj 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.....  
 (ঙ) বর্তমান বাসস্থান.....  
 (চ) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর  
 (ছ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা  
 (জ) বীমাকৃত টাকা.....  
 (ঝ) 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, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি? | ✓ | (চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।  | ✓ |
| ৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?   | ✓ | (ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।  | ✓ |
| (ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।  | ✓ | (জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।  | ✓ |
| (খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।   | ✓ | (ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?   | ✓ |
| (গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।  | ✓ | 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 ঠিকান লিখুন। | ✓ |
| (ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের কোন রোগ।   | ✓ | (খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?                                    | ✓ |
| (ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।   | ✓ |   |   |

### পারিবারিক ইতিহাস

| আত্মীয়       | সংখ্যা | জীবিত          |                       | মৃত             |              |      |  |
|---------------|--------|----------------|-----------------------|-----------------|--------------|------|--|
|               |        | বয়স           | বর্তমান শরীরের অবস্থা | মৃত্যুকালে বয়স | মৃত্যুর কারণ |      | মৃত্যুর সন   |
| বাবা          |        |                |                       | ৭০              | হৃদরোগ       | ২০২০ | ৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :  |
| মা            |        |                |                       | ৬৬              | হৃদরোগ       | ২০১৫ | (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?          |
| ভাই           | ২      | ৩৭, ২৬         | ✓                     |                 |              |      | (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?  |
| বোন           | ৪      | ৪৫, ৪০, ৩৮, ২৭ | ✓                     |                 |              |      | (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন |
| স্বামী/স্ত্রী | ২      | ২৫             | ✓                     |                 |              |      | (ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।        |
| ছেলে          |        |                |                       |                 |              |      | (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :  |
| মেয়ে         | ২      | ১০, ৫          | ✓                     |                 |              |      |  |



## 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 বীমাগ্রাহকের

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান চট্টগ্রাম তারিখ ১৪-১-২২  
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। বীমাগ্রাহক ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

বেবেল  
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

## পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম জোনা সুবিনা হোসেন 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। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল  | না    |
| (খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?   | হ্যাঁ | (ক) আপেক্ষিক ওজন <u>২৩.১</u> কিলোগ্রাম  | না    |
| (গ) অকাল বার্বকোর কোন লক্ষণ আছে কি?   | না    | (খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?  | হ্যাঁ |
| ২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।   | না    | (গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?  | হ্যাঁ |
| (খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।  | না    | ৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা <u>৫'৪"</u> সেঃ মিঃ/ফুঃইঃ   | না    |
| (গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?  | না    | (খ) ওজন <u>১৩০</u> কিলো/পাঃ   | না    |
| ৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?   | হ্যাঁ | (গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩১"</u> সেঃ মিঃ/ইঃ   | না    |
| (খ) প্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?   | না    | শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩০.৪"</u> সেঃ মিঃ/ইঃ   | না    |
| (গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?  | হ্যাঁ | (ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ <u>৩০.১"</u> সেঃ মিঃ/ইঃ  | না    |
| ৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?  | হ্যাঁ | 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 স্বাস্থ্যবান ও প্রথম শ্রেণীর জীবন? | না    |
| (খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।  | হ্যাঁ | বিশদ বিবরণের স্থান  | না    |
| (গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?   | হ্যাঁ | স্থান <u>চট্টগ্রাম</u> তারিখ <u>১৪-১-২২</u>   | না    |
| ৫। (ক) নাকের গতি কত? ধরণ কেমন?  | না    | পুরো নাম <u>.....</u>   | না    |
| (খ) ধমনীতে কোন ইসক্রোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?   | না    | ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>.....</u>   | না    |
| (গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।   | না    | ডিজী <u>.....</u>   | না    |
| (ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।  | না    | ডিজীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২/১১৪৩৭</u>   | না    |
| (ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।                          | না    | কোড নং <u>.....</u>   | না    |
| ৬। গনোরিয়া, সিম্ফিলিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?  | না    | বর্তমান ঠিকানা <u>.....</u>   | না    |
| ৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিন্দে লিখুন। | না    | DR. M. A. KAMAL<br>MBBS, BCS, PGD, FRSH<br>282, Commerce College Road,<br>Agrabad, Chittagong.<br>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.AL SFIAN RUBEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-31 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 100

## PHYSICAL

COLOUR : Straw  
SEDIMENT : Nil  
SP.GRAVITY : 1012

## PHYSICAL

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

## MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-2/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) :

রবেল



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





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

## বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- > প্রস্তাবপত্র নং ২০৬২৫৪৫৮৭-৩
- > প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম Mr. Md. Muzaffar Kabir তারিখ ২০২০
- > স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম - কাকরাইল, পোষ্ট অফিস - কাকরাইল, থানা - কাকরাইল
- > জেলা - কাকরাইল। যোগাযোগের ঠিকানা : Mr. Muzaffar Kabir

| প্রশ্ন নম্বর | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন   | প্রশ্নোত্তর   |
|--------------|---|---------------|
| ০১।          | আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?  | বহুদিন ধরে    |
| ০২।          | তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?   | ৩৪ দিন আগের   |
| ০৩।          | আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন?<br>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। | হ্যাঁ         |
| 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?   | কাকরাইল       |
| 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?   | কাকরাইল       |
| ০৯।          | তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?  | ৩০০ ০০০/৪৫০০০ |
| ১০।          | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?   | ব্যাংক        |
| 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?   | হ্যাঁ         |
| ১৩।          | আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?  | হ্যাঁ         |
| ১৪।          | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি?  | হ্যাঁ         |
| 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 Mr. Md. Muzaffar Kabir
- > পুরো নাম Mr. Md. Muzaffar Kabir
- > পদবী Mr. Kabir
- > স্থান কাকরাইল
- > সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
- > পুরো নাম
- > পদবী
- > অফিসের নাম
- > ঠিকানা