



Rupali Life insurance Company Ltd.

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

Policy Schedule

POLICY NO	103253177-8	AGE AT NEAREST BIRTH DAY	20 YRS. AGE ADMITTED(1)
PLAN	FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM		
TABLE & TERM	01-16	SUPPLEMENTARY ACCIDENT COVER ATTACHED TO THE POLICY	NILL.
NAME & ADDRESS OF THE PROPOSER	FARJANA AKTER D/O:ESAK MIA VILL:SAFIR MANSION P.O.CHAWK BAZAR THANA:CHAWK BAZAR DIST:CHATTOGRAM 01811218248		Include CL Lien 30% For 5 Year to this Policy.
SUM INSURED	NAME OF THE LIFE INSURED (S)	FARJANA AKTER	
	AMOUNT (S.I)	TK. 330,000(BASIC SUM) THREE LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY	
	EVENT ON HAPPENING OF WHICH THE SUM INSURED IS PAYABLE	2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.	
	TO WHOM PAYABLE	THE PROPOSER OR HIS ASSIGN(S) IN THE EVENT OF DEATH OF THE LIFE INSURED TO ANOWARA BEGUM, MOTHER, 42 YRS GUARDIAN: (NOMINEE UNDER SEC. 57 OF THE INSURANCE ACT, 2010)	
DATE OF COMMENCEMENT	26/Aug/2021	RISK. DATE	03/Oct/2021
PREMIUM	AMOUNT	TK. 26,466.00 TWENTY SIX THOUSAND FOUR HUNDRED SIXTY SIX TAKA ONLY	
	HOW PAYABLE	YEARLY	OPTION C
	DUE DATES	ON THE DATE OF 26 AUGUST IN EVERY YEAR	
DATE OF LAST PREMIUM DUE	26/08/2036	DATE OF MATURITY	26/08/2037
PERIOD DURING WHICH PAYABLE	UP TO THE STIPULATED DATE OF LAST PAYMENT OR EARLIER DEATH OF (EITHER) THE LIFE INSURED(S)		
SPECIAL PROVISIONS	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 26/08/2025 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/08/2029 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/08/2033 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 26/08/2037 SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.		

SIGNED ON BEHALF OF RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD. ON

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

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

10/10/2021

MANAGING DIRECTOR & CEO



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Print of 04/10/2021

Ekok Bima

Include CL Lien 30% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুকিং গ্রহণ পত্র)

ফাইল নং

বীমা পত্র নং	প্রদানপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুকিং তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি, আর/বি, এম নং	গৃহীত টাকা
103253177-8	ECB-E-1027/21	26/08/2021	03/10/2021	01-18	Yy	869138	26466
FARJANA AKTER বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : D/O:ESAK MIA VILL:SAFIR MANSION বীমাগ্রাহকের বয়স : 20 P.O.:CHAWK BAZAR THANA:CHAWK BAZAR DIST:CHATTOGRAM 01611218248				শাখা : Khatungonj Agency Office(ECB4314) এফ পি আর নং : ইস্যুর তারিখ : ECB-E-10 27/21 22/09/2021		26/08/2021	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উত্তর জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 26466
330000	25806	0	660	26466	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাপেক্ষনিক কোড নং : 103000088/10300343/1030352/102797/100410/100669/102209							26/08/2022

পত্রীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-FPR

Business Month: August, 2021

Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhan

Entry Date 22/09/2021 12:00:00AM

Mobile No: 01811218248

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo 103253177-8

Age at Entry

20 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 FARJANA AKTER

Proposer's Address D/O:ESAK MIA
VILL:SAFIR MANSION
P.O:CHAWK BAZAR THANA:CHAWK BAZAR
DIST:CHATTOGRAM 01811218248

Extra Loading:

Tk. 660

Include CL Lien 30% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 330,000

THREE LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR PolicyOption C

Basic Premium: 25,806.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 869138

26/08/2021,

26,466.00 TWENTY SIX THOUSAND FOUR HUNDRED SIXTY SIX TAKA ONLY

Event of Happening 2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

Nominee's Name ANOWARA BEGUM, MOTHER, 42 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 22/09/2021

FPR No:

ECB-E-1027/21

Risk Date:

03/10/2021

Date of Proposal 26/08/2021

Proposal No:

ECB-E-1027/21

Date of Commencement

26/08/2021

Premium due date ON THE DATE OF 26 AUGUST IN EVERY YEAR

Last premium due date 26/08/2036

Next Due Date:

26/08/2022

Date Of Maturity

26/08/2037

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 26/08/2025
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/08/2029
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/08/2033
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 26/08/2037

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

Organization Set-up:

103000088/10300343/1030352/102797/100410/100669/102209

Checked

Countersigned



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

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

POLICY SUMMARY

DATE :

OFFICE INFORMATION

sal No. 1027/21 Proposal Date
No. 103253177-8 Branch Code
No. Branch Name

ORGANIZATION

103000088 D.C
 R.C
 D.V.C
 C.C

POLICY RELATED INFORMATION

Date 03/10/21 Date of Commencement 26/8/21
of Birth Entry Age & Proof Code 20
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 3,30,000/-
In Word

& Term 01 16 Mode of Payment 7
Installment Premium (In Taka) 25806/-
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALODGING

	Code	Premium
✓E or O/E	<u> </u>	<u>666</u>
EM	<u> </u>	<u>8</u>

l Installment Premium (In Taka): 26466/-
In word
cy Option
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Fargana Akter
Proposer's Present Address 210 - E-20th Floor
210 - 2nd Floor Mansi
104 P.O. - Chauk Barga
ctg
Nominee's Name Anowara Begum - 32
Age & Relation Mother
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 0181218248

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

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

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Prem
<u>26/8/21</u>	<u>869138</u>	<u>2646</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount
Premium Rate % 80.20

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

us Policy / Policies :

র বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with FLE
30% constant lien of
for up to 5 (five) years o
close of the term

Md. Gash
Executive
Under Writing
Rupali Life Insu
Head Office

Md. Anwarul
Senior Vice President
Underwriting
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

al Adviser :

২৯/০৭/১৭



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার/ফাইল কপি

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

পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০ **869138**

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

০১৪১১২১৪২৭৪

তারিখঃ ২৮/৮/২২

সম্পত্তা আওতাধীন

খনাবান সহকারে জনাব/জনাবা
নিকট হতে = ২৮,৪৮৮/- টাকা

পয়সা (কথার) দুইজনশতাব্দ

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম
২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নাং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নাং

উক্ত টাকাঃ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/স্বান্মাষিক/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 জামানদারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যান্ডার্ড যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ক্রিডিট/পে অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

২



টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

SANJIT DAS
OC-1 কমান্ডার/চীফ প্রকর্তার
Rupali Life Insurance Co. Ltd.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

সার্ভিস সেল কোড নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

दीक्षापत्र नं०

००६२८७०११-४

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
১৫০০০০৬৬	এফ.এ			ডি.সি	
	ইউ.এম			আর.সি	
	বি.এম			ডি.ডি.সি	
	বি.সি			সি.সি	

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : _____

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : মুহম্মদ হুসেইন
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : MUHAMMAD HUSEIN
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : ইমদাদুল হক ইংরেজীতে : IMDADUL HAQUE
 (ঘ) মাতার নাম : তাহমিনা বেগম ইংরেজীতে : TAHMINA BEGUM
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : কম্পিউটার অপারেটর
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : জায়েদ আল-আব্বাস

- | | |
|---|--|
| ২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা :
গ্রাম: চান্দা, পি.সি. বালুগঞ্জ
পো. নতুনচাঁদপুর, নদী-বহিরাঞ্চল
মোবাইল নং : ০১৮১১২৪২৫৮ | (খ) যোগাযোগের ঠিকানা :
পো. চাঁদপুর, নদী-বহিরাঞ্চল
মোবাইল নং : ০১৮১১২৪২৫৮ |
|---|--|

- ৩। জন্ম তারিখ ০৪/০২/২০০৫ বয়স ২০ জন্মস্থান চিলহাট জাতীয়তা বাংলাদেশী
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

- ৪। (ক) বীমা অংক ৩৬০,৫০০
(খ) তারিখা নং মেয়াদ ১৬ বৎসর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ঘান্নাসিক ☐ 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 (পিজিএবি)

- ৬। (ক) বাঁমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? ১৯৫২ আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২০,০০০ আয়ের উৎস কি? নিম্ন
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? ১৯৫২
(অন্য কেউ দিলে তার বাঁমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

- ৭। ২ বছর পলিসি চালু থাকা সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

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

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	স্বাক্ষর তারিখ লিখুন
১৭	১৭	১৭	১৭	১৭	১৭

- ৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মেনুশ্যু ভোম বয়স ৪২ সম্পর্ক ✓
 (২) বয়স সম্পর্ক
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম বয়স সম্পর্ক

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <p>১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।</p> <p>(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম দাবী করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।</p> | <p>(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সাময়িক/কেন্দ্রীয়/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন দশক বা দশকীয় যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?</p> <p>(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত ঝুঁকি বা ঝুঁকি হ্রাসকোম্পানীধার থাকলে লিখুন।</p> | <p>হ্যাঁ না</p> <p>হ্যাঁ না</p> |
|--|--|---------------------------------|

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা	১	৪৭	জীবিত				
মাতা	১	৪২	৫				
ভাই	২	২৫, ৩০, ৩৫	৫				
বোন	২	২৫, ২৪, ২২	৫				
স্বামী/স্ত্রী	১						
ছেলে	১						
মেয়ে	১						

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 শ্বাসযুক্ত বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, 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 ডায়াবেটিকস, 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 style="text-align: center;">বলুন</td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">হ্যাঁ</td><td style="text-align: center;">না</td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন	বলুন	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না
হ্যাঁ	না																						
বলুন	বলুন																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
হ্যাঁ	না																						
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? ফু/মিঃ ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ইঃ সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ইঃ সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ইঃ সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন</p>	<p>..... ইঃ/সেঃ মিঃ ইঃ সেঃ মিঃ ইঃ সেঃ মিঃ</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 পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
---	-----------------------------------

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 সম্ভবা?	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা বয়স : ২০ ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? ট) আপনি কি কোন গ্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ঢ) তাঁর পেশা কি? গ) 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 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 সম্মুখে 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 যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্কৃত প্রিমিয়ামের হারে পৃথীত 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 স্বীকৃত রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : স্থান পুরো নাম
 পদবী কোড ঠিকানা
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর কোড নং
 পুরো নাম
Rahima Akter

২০১০ সালের ২০/০৫/১০

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ :

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের ঠিকানা পরিবর্তন বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।
Rupali Life Insurance Co. Ltd.

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

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়

জন্ম সনদ

(বিধি ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (সিটি কর্পোরেশন, বিধিমালা, ২০০৬)

(জন্ম নিবন্ধন বহি ইইডে উদ্ভূত)

নিবন্ধন বহি নং: ২৭

নিবন্ধন তারিখ: ০২: ০৬: ২০০২
দিন মাস বছর

সনদ ইস্যুর তারিখ: দিন মাস বছর

ব্যক্তিগত পরিচিতি নং: ২ ০ ০ ০ ২ ৪ ১ ২ ০ ৩ ৭ ০ ৫ ২ ৬ ৭ ৬

নাম: মোহাম্মদা মোকজ্জা

জন্ম তারিখ: সংখ্যায় (খ্রিঃ) ০২ - ০২ - ২০০০ ই.
লিঙ্গ: ☒ নারী ☐ পুরুষ

বর্ণনা (খ্রিঃ) এক ডিগ্রির দুই হাতের

জন্মস্থান: সুনামগঞ্জ

পিতার নাম: মুহাম্মদ মিয়া

মাতার নাম: মোহাম্মদা মুজিব

স্থায়ী ঠিকানা: সুনামগঞ্জ - ডালবন ইউনিয়ন - সুনামগঞ্জ - সুনামগঞ্জ - সুনামগঞ্জ

স্বাক্ষরিত কর্তৃক: সুনামগঞ্জ

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

মাহীন-উল-ইসলাম
জন্ম নিবন্ধন সহকারি
ফোন নং: ০২-০৬-১২৩৪৫৬৭৮
সিটি কর্পোরেশন



নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

মোহাম্মদা মোকজ্জা (নারী)
জন্ম নিবন্ধন
ফোন নং: ০২-০৬-১২৩৪৫৬৭৮
সিটি কর্পোরেশন

০১৮১১২/৪২৪৪

Rahima Akter
S.E.V.P (Dev.)
Rupah Life Insurance Co. Ltd



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 ফারিহান আকতার
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম ইদ্রিস মিয়া
(গ) পেশা চাকরি
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা বাকরিয়া
২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স ২০ বৎসর
(খ) অববাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালিকাপ্রাপ্ত/বিধবা
(গ) বীমাকৃত টাকা ৬৬০০০০
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ ০৩-১৫
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? হ্যাঁ
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে? না

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?	<u>না</u>	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	<u>না</u>
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	<u>না</u>	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	<u>না</u>
(ক) মৃগী, অগ্নান, মানসিক বা স্নায়বিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	<u>না</u>	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	<u>না</u>
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	<u>না</u>	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	<u>না</u>
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	<u>না</u>	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 ঠিকানা লিখুন।	<u>না</u>
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	<u>না</u>	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	<u>না</u>
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	<u>না</u>		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
বাবা	১	৪৭	৯৫			
মা	১	৪২	৯৫			
ভাই	২	২৫.১৬	৫			
বোন	২	২৪.২২	৭			
স্বামী/স্ত্রী						
ছেলে						
মেয়ে						

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 :

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 ৬৮/১১ তারিখ ২৬/১/২০ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমা প্রার্থী ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

স্বাক্ষরিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম ফারজানা আক্তা পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন নাই

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

<p>১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?</p> <p>(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?</p> <p>(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?</p> <p>২। (ক) পরীক্ষার্থীকে 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, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) প্লীহা 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, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?</p> <p>৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসকোরোসিসের 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 প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</p> <p>৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিবৃতি নিচে লিখুন।</p>	<p>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব <u>১০২২</u> সঙ্গার <u>১০২২</u> গ্রাম/সেমি</p> <p>(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্বধানে গ্রহীত? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা <u>৫'৩"</u> সে: মি/ফুইট</p> <p>(খ) ওজন <u>৫১.৬</u> কিলো/পাউন্ড</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৬"</u> সে: মি/ইঞ্চি</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩৪"</u> সে: মি/ইঞ্চি</p> <p>(ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ <u>১০২"</u> সে: মি/ইঞ্চি</p> <p>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 বীমাগ্র জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?</p> <p>বিশদ বিবরণের স্থান</p> <p>স্থান <u>৬৮/১১</u> তারিখ <u>২৬/১/২০</u></p> <p>পুরো নাম</p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল</p> <p>ডায়েরী <u>১১৮৮৫</u></p> <p>ডায়েরীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪৫, ১১৮৮৫</u></p> <p>কোড নং</p> <p>বর্তমান ঠিকানা</p> <p style="text-align: right;">DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGD, 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 : FARJANA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-20 years

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

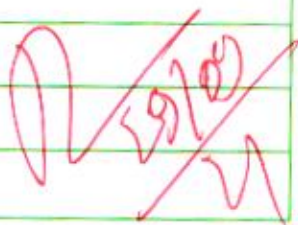
DATE 23 09 2021

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 :


MICROSCOPIC

PUS CELLS : 0-3/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 2-4/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

CRYSTALS Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMORPHOS PATES :

CASTS Nil

HYALINE :

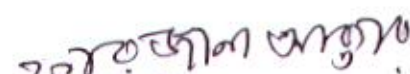
EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :


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