

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:Chowmuhon

Entry Date 30/12/2021 12:00:00AM Mobile No: 01979585695 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254281-9** Age at Entry 27 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 MOHAMMAD RASEL HOSSAIN

Proposer's Address S/O NAZRUL ISLAM
HOUSE: HAFEZ SHAHEB ER BARI- BATALI
HILL, MOTI JHARNA
P.O. DAMPARA THANA: KHULSHI
DIST: CHATTOGRAM 01979585695

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 10% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 650,000 SIX LAKH FIFTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 50,895.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 880763 28/12/2021,
50,895.00 FIFTY THOUSAND EIGHT HUNDRED NINETY FIVE 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. JUNAYED HOSSEN, SON, 03 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: SHAHANARA AKTER, MOTHER, 32 YRS

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 30/12/2021 FPR No: ECB-E-2144/21 Risk Date: 12/01/2022


Date of Proposal 28/12/2021 Proposal No: ECB-E-2144/21 Date of Commencement 28/12/2021


Premium due date: ON THE DATE OF 28 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 28/12/2036 Next Due Date: 28/12/2022 Date Of Maturity 28/12/2037

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 28/12/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 28/12/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

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


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


Countersigned
J.E.V.R. (ADMIN) ID NO.-307
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Chattoogram Servicing Center


Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০১১

Ekok Bima

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL Lien 40% For 5 Year

বীমাপত্র নং	প্রদত্ত বীমা নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. অর/বি. এম নং	পূর্তিত টাকা
103254281-9	ECB-E-2144/21	28/12/2021	12/01/2022	01-16	Yty	880763	50895
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 27	MOHAMMAD RASEL HOSSAIN S/O: NAZRUL ISLAM HOUSE: HAFEZ SHAHEB ER BARK BATALI HILL, MOTIJHARNA P.O.: DAMPARA THANA: KHULSHI DIST: CHATTOGRAM 01979585695			শাখা Khatungonj এফ পি আর এজেন্সি Office (ECB4314) ইস্যুর তারিখ ECB-E-21 44/21 30/12/2021		28/12/2021	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
650000	50895	0	0	50895	0	NILL	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ 50895
সাংগঠনিক কোড নং : 103000439/10300033/1030031/102206/100679/100252/100266							28/12/2022

পরিচালক/অতিরিক্ত পরিচালক

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:Chowmuhon

Entry Date 30/12/2021 12:00:00A3 Mobile No: 01979585695 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103254281-9 Age at Entry 27 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 MOHAMMAD RASEL HOSSOIN

Proposer's Address S/O NAZRUL ISLAM
HOUSE: HAFEZ SHAHEB ER BARI BATALI
HILL, MOTI JHARNA
P.O. DAMPARA THANA: KHULSHI
DIST: CHATTOGRAM 01979585695

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

Sum Assured 650,000 SIX LAKH FIFTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 50,895.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 880763 28/12/2021,
50,895.00 FIFTY THOUSAND EIGHT HUNDRED NINETY FIVE 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. JUNAYED HOSSEN, SON, 03 YRS.

Guardian's Name GUARDIAN: SHAHANARA AKTER, MOTHER, 32 YRS

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 30/12/2021 FPR No: ECB-E-214421 Risk Date: 12/01/2022

Date of Proposal 28/12/2021 Proposal No: ECB-E-214421 Date of Commencement 28/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 28 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 28/12/2036 Next Due Date: 28/12/2022 Date Of Maturity 28/12/2037

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 28/12/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 28/12/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

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


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 :

OFFICE INFORMATION

Proposal No. 2144/21 Proposal Date
Policy No. 103254281-9 Branch Code
R. No. Branch Name

ORGANIZATION

103000839 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Effective Date 12.01.22 Date of Commencement 28.12.21
Date of Birth 02.05.1095 Entry Age & Proof Code 27
Sum Assured/Pension/Annuity (In Taka) 6,30,000/-
Sum Assured/Pension/Annuity (In Word)
Policy Term 01 16 Mode of Payment YLY
Annual Installment Premium (In Taka) 650.000/-
Annual Installment Premium (In Word) 60,000/-

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALADING

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

Total Installment Premium (In Taka): 50833/-
Total Installment Premium (In Word)
Policy Option C
Next Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MD. RASEL HOSSEIN
Proposer's Present Address S/o - Late Nazmul Gs
clo - Hafez Shaheber
Batali hill Moti Thorma
P/O - Dampara P/S - Khul
Nominee's Name MD. JUNAED HOSEN-03
Age & Relation
Guardian's Name Shahamara Akter
Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical Std/S.Std.
Sex

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

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

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
<u>28.12.21</u>	<u>88763</u>	<u>50</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount
Premium Rate % 86.30

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 40% Co
of Sumassured for 1st
year's of the term.

Senior Vice President
Incharge (Underwriting)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.

Tas
Rupali

Adviser :

10/10/22



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

০১৩৭৩৫৪৫৬৫

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

880763

PR নং :

তারিখ :

কো: ৪৪৫৮

ধনাবাদ সহকারে জন্ম/জন্মাব

নিকট হতে ০১/০৫/১৭ টাকা

এর

পরমা (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ডিভি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

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

২। প্রিমিয়ারের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

বার্ষিক/মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপক্ষে এই টাকা আমানত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমানদারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রাশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ারের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিভি/পে-অর্ডার নগদী করণ স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাহাও কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও সীল

MD. AKHTARUL ALAM
S.E.O (F&A)
ID No.-0338

Rupali Life Ins. Co. Ltd
Chittagong.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

সার্ভিস সেল কোড নং

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

প্রস্তাবপত্র নং

২১৪৪/২১

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

০০০২৪৪২৬২-১

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ	২০৬০৪৪৬২		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 হুমায়ুন হোসেন

(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :

(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ হুমায়ুন হোসেন ইংরেজীতে :

(ঘ) মাতার নাম : মোঃ হুমায়ুন হোসেন ইংরেজীতে :

(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) :

(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : মোঃ হুমায়ুন হোসেন ৩০৬ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০

(খ) সোপানযোগ্যের ঠিকানা : মোঃ হুমায়ুন হোসেন ৩০৬ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০

৩। জন্ম তারিখ : ০২/০৮/২০১৫ বয়স : ৭ বছর জন্মস্থান : ঢাকা জাতীয়তা : বাংলাদেশি

ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

৪। (ক) বীমা অংক : ৬,৫০,০০০/-

(খ) তালিকা নং : ০২ মেয়াদ : ২৬ বৎসর

(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ বার্ষিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন

(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং : টাকা :

৫। সহযোগী বীমা গ্রাহকের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :

☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)

☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? ☒ আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ৬,৫০,০০০/- আয়ের উৎস কি? ☒ চাকরি

(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? ☒ স্বয়ংক্রিয়

(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।

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

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মোঃ হুমায়ুন হোসেন কাস : ০৬ সম্পর্ক : ☒ স্বামী

(২) মোঃ হুমায়ুন হোসেন বয়স : ৩৭ সম্পর্ক : ☒ স্ত্রী

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : মোঃ হুমায়ুন হোসেন বয়স : ৩৭ সম্পর্ক : ☒ স্বামী

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানী তে 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 সামরিক/বে-সামরিক/নৌ-বাহিনী বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?

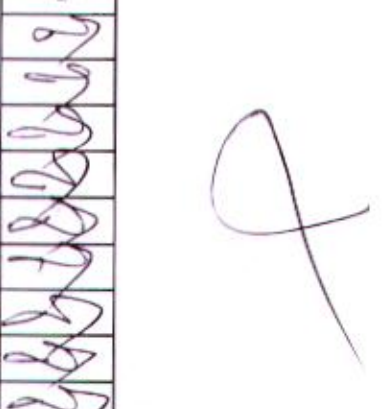
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/কি সম্পর্ক জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত				
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীতা	মৃত্যুর সন	
পিতা	০৬	৬৬		৬৬	হৃদযন্ত্ররোগ	১৫/০৮/২০১৬		
মাতা		৬৬		৬৬	হৃদযন্ত্ররোগ	১৫/০৮/২০২০		
ভাই		৬৬, ৬৬, ৬৬	৬/৬					
বোন								
স্বামী/স্ত্রী		০১	৬৬	৬/৬				
ছেলে	০১	৬৬	৬/৬					
মেয়ে								

মোঃ হুমায়ুন হোসেন

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 মাতৃকুলে 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।</p> <p>(ক) মুগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, 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 ডায়বেটিক্স, যৌন রোগ, প্রসাবে 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, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> হ্যাঁ না বলুন </div> <div style="flex-grow: 1;">  </div> </div>
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?.....কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত?ফু/মিঃ ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ইঃ সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ইঃ সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? ইঃ সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন জনৈতিক চিহ্ন</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 ব্যয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
---	-------------------------------------

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 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	বীমা পত্র 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 শর্ততার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্কৃত 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 যথাবিহীন বিবেচনার পর স্বীকৃত রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : পুরো নাম
 পদবী : কোড : ঠিকানা :
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : কোড নং :
 পুরো নাম : *Md. Noorul Alam*

7. ଅନ୍ତରାଳ ଗୋଟି

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ :

বিঃদ্রঃ: বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত শীর্ষস্থানীয় কর্মচারীকে প্রত্যাহার, প্রদত্ত পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)
পিএবিএসঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০
রেজি নংঃ C-39345(1303)/99

প্রাঃ বাসেন হোমেন

କମଳାଂଶୁ ଜୀବନ-ନିରାଶ୍ରୟ ଜୀବନ

2021-12

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

নাম: মোহাম্মদ রাসেল হোসেন
Name: Mohammad Rasel Hossoin
পিতা: নজরুল ইসলাম
মাতা: রাবেয়া বেগম হানিম
Date of Birth: 02 May 1995
ID NO: 2856426859

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

ঠিকানা: বাস/হোটেলে: বাজুর বাড়ি, গ্রাম/রাস্তা: বাটালি হিল, মতিঝিল, ডাকঘর: নামগড়া - ৩৬৫২, খুলশী, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

প্রদানের তারিখ: ১৬/০৮/২০১৮
মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ: ১৬/০৮/২০২০

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

নম্বর: ০১

2021-12
1993-03
26-07
= 27

Md. Morsedul Alam
Divisional Co-ordinator (Dev)
Gupali Life Ins. Co. Ltd.
Khatunganj Office, Chittagong



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



নাম: শাহানারা আকতার

Name: Shahanara Akter

পিতা: বাদশা মিয়া

মাতা: হালিমা বেগম

Date of Birth: 02 Mar 1994

ID NO: 8707329432

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তির জন্য
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/গোবিন্দ: বাজুর বাড়ি, গ্রাম/রাস্তা: বাহালি হিল, মতিঝিল, ডাকঘর:
নামগঞ্জ - ৩৬৩০, জুলাই, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

ফুট: ০২

প্রদানের তারিখ: ১৬/০৮/২০১৮

প্রদানকারী: কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ: ১৬/০৮/২০২০



Signature
M.C. Morshedul Alam
Divisional Co-ordinator (DCC)
Gupati Life Ins. Co. Ltd.
Bangladesh 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..... মোঃ জাহাঙ্গীর
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম..... মুহঃ হুসেইন সিকদার (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... ২৭ বৎসর
(গ) পেশা..... মুদ্রাঙ্কন (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালকপ্রাপ্ত/বিধবা
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা..... মুহঃ হুসেইন সিকদার (গ) বীমাকৃত টাকা..... ১৬,৫০,০০০
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ..... ০১-১৬
- 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, কুষ্ঠু 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, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক 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, নিউমোনিয়া প্রুবেসী, 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 এম্বারে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান 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		৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হ্যাঁ, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
		বয়স	কর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
বাবা				৫০	হৃদযন্ত্র	২০১৫
মা				৫৬	সর্জন	২০২০
ভাই	৩	৩৫, ৩৬, ৩৭	সুস্থ			
বোন						
স্বামী/স্ত্রী	২	৩৫	সুস্থ			
ছেলে	২	৬	সুস্থ			
মেয়ে						

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 প্রস্তারিত 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 ২-২-২২
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। বীমা গ্রহণের 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

মো: বাহাদুর শাহ
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	না	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	হ্যাঁ
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ভারত্ব ২০২২ সুগার	না
(গ) অকাল বার্ধক্যের 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) দৈহিক উচ্চতা সে: মিঃ/ফুঃই:	
(গ) গ্রাস্ত ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন কিলো/পা:	
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া সে: মিঃ/ই:	
(খ) গ্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে সে: মিঃ/ই:	
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাজী বরাবর পেটের মাপ সে: মিঃ/ই:	
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে গ্রসার 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 বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান তারিখ ২-২-২২	
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭৩, নিয়মিত	পুরো নাম	
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রেপেরিসের ইন্টিজ আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	
(গ) রক্তচাপ ৪ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১০/৭০	ডাক্তারের নাম	DR. M. A. KAMAL
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	ডাক্তারের তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	১৯৮২, ১১৪০৭
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন শিথি বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং	
৬। গনোরিয়া, সিফিলিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।			



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. RASEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-27 years

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

DATE 02 01 2022

SL.No. 68

E.S.R. 07 mm fall in 1st hour.

HB. 14.3 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 8,800 per.cu.mm.

Red blood cell 5.0 per.cu.mm.

Platelet Count 2,95,000 per.cu.mm.

Cir, Eosinophil Count per.cu.mm.

D.C Normal Values Adult

Polymorph	49%	40	-	75%
Lymphocyte	40%	20	-	45%
Monocyte	07%	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) :

(স্বাভাৱিক মান)

CHECKED BY

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

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

CONSULTANT



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD.RASEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-27 years

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

DATE 02 01 2022

SL.No. 68

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 : 0-4/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):

৩৭% রক্ত (২৭৫৬)

Attested



CHECKED BY

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

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



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD.RASEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-27 years

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

DATE 02 01 2022

SL. No. 68

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	82 mg/dl (4.55- mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

Handwritten signature and date: 10/01/22

Handwritten text: 248 3156 (2+24)

COMMENTS (IF ANY) :

Handwritten signature
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

কর্মসূচী

কর্মসূচী ১: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ২: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ৩: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ৪:

কর্মসূচী ৫: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ৬: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ৭: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ৮: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ৯:

কর্মসূচী ১০: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ১১: ১০/১১/২০২০

কর্মসূচী ১২: ১০/১১/২০২০

প্রার্থীর পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(এই ফর্ম জমা দিতে হবে নির্দিষ্ট ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (সংস্করণ ২০২৩)

১. প্রার্থীর নাম/পেশা:

কলিম মোহাম্মদ হুসেইন

একক সীম
৩০৬২৫৪ ২৫২-৭

স্বাক্ষর

৫/৫

২. প্রার্থীর পরিচিতি:

প্রার্থীর নাম	মোঃ হুমায়ূন	জন্ম তারিখ	০২/০৫/১৯৮৫;
পিতার নাম	মুঃ হুমায়ূন হুমায়ূন		
মাতার নাম	মুঃ হুমায়ূন		
স্বামী/স্বাধীন নাম	মোঃ হুমায়ূন হুমায়ূন		
জাতীয়তা	বাংলাদেশি		
টেলিফোন (হোম)	০১৭০ ৫৪৫৬০ ৫	টেলিফোন (অফিস)	
মোবাইল		ফ্যাক্স	
ইমেইল			

৩. পরিচিতিপত্র:

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং:	২৪৫৬৭২৬৮৫৭	হ্যাঁ	<input checked="" type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
খ) পাসপোর্ট নং:	মেগান	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং:		হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে):		হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং:	মেগান	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে):		হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>

কি হতে গ নম্বর ত্রিমুখী খণ্ডিত দলিলাদি হতে আৱশ্যকভাৱে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূৰ্বক পলিসি বেংকৰ তেৱে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্ৰৰ অতিৰিক্ত পলিসি হোতাৱেৰ আলোকচিত্ৰসহ অন্য যে কোনো পৰিচিতি পত্ৰ প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্ৰসহ পৰিচিতি পত্ৰ না থাকলে সে বিৱৰ্তে বিনাকৰীৰ সত্তাই নাপক্ষে জন্মৰ নিকট প্রহৰণোৱা সমাজৰ গণ্যমান্য ব্যক্তি কৰ্মক এলত পৰিচয়ৰ প্রত্যয়নপত্ৰ প্রদান করতে হবে। উক্ত পৰিচিতি পত্ৰ বা প্রত্যয়নপত্ৰ পলিসি হোতাৱেৰ আলোকচিত্ৰসহ (আলোকচিত্ৰেৰ উপৰেৰে পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাৱে প্রার্থীৰ পৰিচিতিৰ বিষয়ে নিশ্চিত হওৱাৰ লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানেৰ সত্তাই লাগেদে উপৰেৰে য হতে চ নম্বৰ ত্ৰিমুখী খণ্ডিত দলিলাদিসহ অতিৰিক্ত আৱে কোনো দলিলাদি এবং এই ফৰ্মে উল্লিখিত তথ্যাদিৰ অতিৰিক্ত তথ্য সহজ করতে পাৰে।]

৪. স্থায়ী ঠিকানা:

বেংগালী বাগী এলিউদ জাহাননুৰ ষ্টে. কলকাতা
কলকাতা জাহাননুৰ

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা:

হাফিজ সাদেক হাফিজ বাটালিহিন
মহাকমা নাথবাগী. ফুলবাগী চা.

৬. প্রার্থীর পেশা (যদি থাকে):

চা. ফুলবাগী

গণ্যমান্য ব্যক্তি হলো সংসদ সদস্য, সচিব কার্গেশনৰ মেম্বৰ, ডেপুটি মেম্বৰ ও কন্সিলিয়াম, জাতীয় বেতন স্কেলৰ ৯ম ও তদুৰ্দ্ধ মেম্বৰ গেজেটেড কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ৰ শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেম্বৰ ও পৌর কন্সিলিয়াম, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ৰ অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজৰ অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ৰ প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকাৰ সম্পাদক, নেটৱি পাবলিক, আবাসকৰা/ব্যৱশাসিত/প্ৰতিষ্ঠান সংস্থাৰ জাতীয় বেতন স্কেলৰ ৭ম বা তদুৰ্দ্ধ মেম্বৰ কর্মকর্তাৰাণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকৰ জাতীয় বেতন স্কেলৰ ৯ম ও তদুৰ্দ্ধ মেম্বৰ কর্মকর্তাৰাণকে বুঝাবে।

১০. প্রাপ্ত বয়স (সহ) পূর্ণ বয়স :

৪৫ বছর

১১. প্রাপ্ত বয়স অর্ধের উৎস :

মহানগর ও গ্রামাঞ্চল

১২. প্রাপ্ত বয়স অর্ধের পদ্ধতি :

নিম্ন

১৩. প্রাপ্ত বয়স অর্ধের পদ্ধতি :

মাসিক

ইমেসিক

খানসি

বর্ষিক

একতরফ

১৪. প্রাপ্ত বয়স অর্ধের পদ্ধতি :

৬৫০ ০০০ ৫০০ ০০০

১৫. প্রাপ্ত বয়স অর্ধের পদ্ধতি :

(ক) প্রাপ্ত বয়স (অন্যভাবে)

২৫০০

(খ) প্রাপ্ত বয়স

৬৫০ ০০০

১৬. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	শ্রী. প্রমোদ (প্রমো) ও শ্রী. প্রমো
পিতার নাম :	প্রমো
মাতার নাম :	কমলা
দাদা/প্রাণ নাম :	
পেশা :	জানু তরিক :
বর্তমান ঠিকানা :	
স্থায়ী ঠিকানা :	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :	
টোলকোন (বাসা) :	টোলকোন (অফিস) :
মোবাইল :	ফ্যাক্স :
ই-মেইল :	

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
প্ৰত্যয়িত মনোনীত
ব্যক্তির ছবি

(মনোনীত ব্যক্তি একজন হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে)

১৭. বীমা গ্রাহকের স্বীকৃতি নির্ধারণ :

☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

। মন্তব্য অংশে বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের স্বীকৃতি সম্পর্কে আংশিকভাবে মতামত করতে হবে। গ্রাহকের স্বীকৃতি নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাভোগী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন স্বীকৃতি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও মালিকানাধীন নিবিধে স্বীকৃতি নিম্নলিখিত করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ স্বীকৃতিপূর্ণ হলে নিম্নলিখিত তথ্যাদি করতে হবে।

১৮. মন্তব্য :

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্তৃত্ব/বিশেষজ্ঞ/বাস্তবায়নের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৪২৬২-১
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মোঃ বাহাদুর
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ৪১৬৩ টুঙ্গাবাড়ি
- জেলা চাঁদপুর
- তারিখ
বয়স ২৭
থানা হাতিয়া
যোগাযোগের ঠিকানা :
.....

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	২৩ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৩০/০৬/২০২৩
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।	হ্যাঁ
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্থতার 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 ?	ব্যবসা
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 ?	ব্যবসা
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৩৬০০০/২৫০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	সঞ্চয়
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাটিকে 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
➤ পুরো নাম
➤ পদবী
➤ স্থান
➤
➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
➤ পুরো নাম
➤ পদবী
➤ অফিসের নাম
➤ ঠিকানা.....
.....