

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-Deed)

Business Month: **December, 2021** Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01646653788 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254854-6** Age at Entry **24 YRS. AGE ADMITTED(1)**

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

Table & Term **01-16** Supplementary Cover **NILL. 0.00**

Proposer's Name **MD. FORKAN**

Proposer's Address **S/O MD. AZIM
HOUSE-SHAH ALAM MAJHIR VARA GHAR
VILL- PASHCHIM GOSAIL DANGA
P.O.BANDAR THANA BANDAR
DIST:CHATTGRAM 01646653788** Extra Loading: **Tk. 0** Include CL Lien 30% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured **350,000** **THREE LAKH FIFTY THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **27,370.00** Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- 883473** **30/12/2021,** **27,370.00** **TWENTY SEVEN THOUSAND THREE HUNDRED SEVENTY 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 **NUR ASA BEGUM, MOTHER, 46 YRS**

Guardian's Name **GUARDIAN:**

Child's Name **., Yrs.**

Date of FPR: **15/01/2022** FPR No: **ECB-E-2722/21** Risk Date : **26/01/2022**

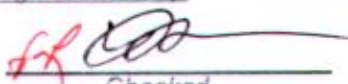
Date of Proposal **30/12/2021** Proposal No: **ECB-E-2722/21** Date of Commencement **30/12/2021**


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: 103001240/10300509/1030394/102971/102970/102969/102968


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


J.E.V.S. (ADMIN) ID NO.-307
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Chattogram Servicing Center


Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Printed at 30/01/2022

Ekok Bima

Include CL Lien 30% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুকিং গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রস্থাপত্র নং	বীমা শুরুর তারিখ	বুকিং তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিছির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	পূণিত টাকা
103254854-8	ECB-E-2722/21	30/12/2021	26/01/2022	01-16	Yty	883473	27370
বীমাজাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাজাহকের বয়স : 24	MD. FORKAN S/O: MD. AZIM HOUSE: SHAH ALAM MAJHIR VARA GHAR, VILL- PASHCHIM GOSAIL DANGA P.O. BANDAR THANA: BANDAR DIST: CHATTOGRAM 01646653788				শাখা এফ পি আর নং ইস্যুর তারিখ	Chomohoni Service Cell (ECB4312) ECB-E-27 22/21 15/01/2022	30/12/2021 0 0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্বৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 27370
350000	27370	0	0	27370	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং :	103001240/10300509/1030394/102971/102970/102969/102968						30/12/2022

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

তারকার 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** Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01646653788 Medical: Medical submitted.

Policy No **1032548546** Age at Entry **24 YRS. AGE ADMITTED(1)**

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

Table & Term **01-16** Supplementary Cover **NILL. 0.00**

Proposer's Name **MD. FORKAN**

Proposer's Address **S/O MD. AZIM
HOUSE SHAH ALAM MAJHIR VARA GHAR,
VILL- PASHCHIM GOSAIL DANGA
P.O. BANDAR THANA-BANDAR
DIST-CHATTOTGRAM 01646653788**

Extra Loading: **Tk. 0** Include CL Lien 30% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured **350,000** **THREE LAKH FIFTY THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **27,370.00** Suspense **0.00**

Total Premium **By PR- 883473** **30/12/2021,**

27,370.00 **TWENTY SEVEN THOUSAND THREE HUNDRED SEVENTY 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 **NUR ASA BEGUM, MOTHER, ~~4~~⁴⁶ YRS**

Guardian's Name **GUARDIAN:**

Child's Name **,, Yrs.**

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: **ECB-E-2722/21** Risk Date : **16/01/2022**

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: **ECB-E-2722/21** 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: 103001240/10300509/1030394/102971/102970/102969/102968

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: 24.11.22

OFFICE INFORMATION

Policy No. 2722921 Proposal Date
No. 1032 34854-1 Branch Code
No. R-1 Branch Name

ORGANIZATION

103001240 D.C.
 R.C.
 D.V.C.
 C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Policy Date 24.01.22 Date of Commencement 30.12.21

Policy No. 15.12.1997 Entry Age & Proof Code 24 01

Assured/Pension/Annuity (In Taka) 250,000/-

Policy Word THABELAC AFFID THOUAD

Policy & Term 01 16 Mode of Payment 317

Installment Premium (In Taka) 27370/-

Policy Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALODGING

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

Installment Premium (In Taka): 27370/-

Policy Word

Option C

Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MD. FORKAN

Proposer's Present Address S/O MD. AZIM
110/51A-ALUM MAZID
VILL: PASCHIM GOSIA
PO: THAKAL BODHAN
DIST: CHITRA

Nominee's Name & Relation NUR ASA BEGUM-48

Guardian's Name & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical 01 Std/S.Std. 01

Sex 01

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age

Proof Sex

No. of extra Policies

MDR 016466537881

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

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

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
<u>30.12.21</u>	<u>883473</u>	<u>273</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

Policy / Policies :

বরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 30% (th
lien of sum assured for
year of the term.

~~SV~~
27/1/20

Medical Adviser :

26/1/20
22

Propo

Policy

F.P.

F.A

U.M

B.M

B.C

Risk

Date

Sur

Tak

Ta

Li

Ta



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার ফাইল কপি

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।
পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৮, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

883473

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

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

তারিখ : ৩০/১১/১৩

মঃ (১৩৩২)

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে ২৭/৩/১৩ টাকা

পয়সা (কথায়)

এর

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

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

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

ব্যক্তি/যান্ত্রিক/ক্রমাসিক/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।

১৩৩২

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

ক্ষমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও সীল



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

বীমাপত্র নং

২৭৮/১১

১০৬২৫৪৮৫৪-১

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
৩০৬০০২২৪০	এফ,এ		ডি,সি		
	ইউ,এম		আর,সি		
	বি,এম		ডি,ডি,সি		
	বি,সি		সি,সি		

প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর প্রস্তাবকের নিজ হস্তাক্ষরে বা তার নির্দেশানুযায়ী একই কলিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : মোঃ ফরকান
(খ) নামের স্বাক্ষর ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : MD. FORKAN
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ জামিল ইংরেজীতে :
(ঘ) মাতার নাম : জামিলা আক্তার ইংরেজীতে :
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : কনস্ট্রাক্টর, কামাটা
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

- ২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ৩০৬-কাকরাইল, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
৩০৬-কাকরাইল, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
মোবাইল নং : ০১৬৫৬৬৫৩৭৮৪
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ৩০৬-কাকরাইল, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
৩০৬-কাকরাইল, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
মোবাইল নং :

- ৩। জন্ম তারিখ : ২৫/০৮/১৯৮৭ বয়স : ২৪ জন্মস্থান : ঢাকা জাতীয়তা : বাংলাদেশি
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

- ৪। (ক) বীমা অংক : ৩০০০০/- জিনিস : ০১-২৩০০/-
(খ) তালিকা নং : ৩০০০০/- মেয়াদ : ২৫ বছর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ যাদ্যাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি, আর নং : টাকা :
সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)

- ৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? : মৃত্যু নিবন্ধন
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? : নিজ
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

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

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

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

- ৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) : মুহাম্মদ হোসেন বয়স : ৪৫ সম্পর্ক : পিতা
(২) : বয়স : ৪৮ 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।
(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক বা অন্য কোন বিপদজনক সংস্থা বা অন্য কোন সমাজ সংগঠনে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/স্বীকৃতি প্রদানের ক্ষেত্রে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা				
পিতা	৩	৫১	স্বাস্থ্যকর				
মাতা	৩	৪৬	স্বাস্থ্যকর				
ভাই	৩	২৬/২২/২৬	স্বাস্থ্যকর				
বোন	৩	২০/১৮/২৪	স্বাস্থ্যকর				
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
মেয়ে							

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) ২১/১ (খ) ১২/১ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) ১২/১</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) ১২/১ (খ) ১২/১ (গ) ১২/১ (ঘ) ১২/১</p>																		
<p>১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) ১২/১ (খ) ১২/১</p>																		
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।</p> <p>(ক) মৃগী, মূর্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক 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 ডায়েবেটিকস্, 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, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ক</td> <td style="width: 50%;">১২/১</td> </tr> <tr> <td>খ</td> <td>১২/১</td> </tr> <tr> <td>গ</td> <td>১২/১</td> </tr> <tr> <td>ঘ</td> <td>১২/১</td> </tr> <tr> <td>ঙ</td> <td>১২/১</td> </tr> <tr> <td>চ</td> <td>১২/১</td> </tr> <tr> <td>ছ</td> <td>১২/১</td> </tr> <tr> <td>জ</td> <td>১২/১</td> </tr> <tr> <td>ঝ</td> <td>১২/১</td> </tr> </table>	ক	১২/১	খ	১২/১	গ	১২/১	ঘ	১২/১	ঙ	১২/১	চ	১২/১	ছ	১২/১	জ	১২/১	ঝ	১২/১
ক	১২/১																		
খ	১২/১																		
গ	১২/১																		
ঘ	১২/১																		
ঙ	১২/১																		
চ	১২/১																		
ছ	১২/১																		
জ	১২/১																		
ঝ	১২/১																		
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ২২০ কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ২০.৫ ইঞ্চি (গ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ৩০.৫ ইঞ্চি (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন ১২/১</p>	<p>(খ) আপনার উচ্চতা কত? ৫'৮" ফু/মিঃ ২'৮" ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (গ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ৩০.৫ ইঞ্চি (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন ১২/১</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 পরিমান অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
<p>নাম : ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? খ) আপনার মাসিক আয় কত? গ) আপনার আয়ের উৎস কি? ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? চ) আপনি কি বিবাহিতা? ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা?</p>	<p>মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা 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? গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা</p>
বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং
বীমা অংক	

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি প্রদানের 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 সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক ধার্যকৃত 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 : ১২/১২/১২ পুরো নাম
 পদবী : ঠিকানা :
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর কোড নং :
 পুরো নাম :

বিস্তারিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর তারিখ : ১০/১২/১২

(সিকজমনি ফরম-৩)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়
ওয়ার্ড-৩৬

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

জন্ম সনদ

[বিধি- ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (সিটি কর্পোরেশন) বিধিমালা, ২০০৬]
(জন্ম নিবন্ধন বহিঃস্থ হইতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহিঃস্থ নং ৯

নিবন্ধনের তারিখ: ০১-১০-২০১৫

সনদ ইস্যুর তারিখ: ০১-১০-২০১৫

জন্ম নিবন্ধন নম্বর: * ১ ৯ ৯ ৭ ১ ৫ ৯ ১ ৬ ৩ ৬ ১ ০ ২ ৫ ৭ ৮

নাম: মোহাম্মদ ফোরকান

জন্ম তারিখ: ১৫-০৮-১৯৯৭

লিঙ্গ: পুরুষ

পনেরই আগস্ট উনিশ শত সাতানব্বই

জন্ম স্থান: চট্টগ্রাম।

পিতার নাম: মো: আজিম

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: নূর আশা বেগম

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম: কদমরসুল, ডাক: রায়াছটা,

থানা: জলদী, জেলা: চট্টগ্রাম।

বর্তমান ঠিকানা: পশ্চিম গোসাইলডাঙ্গা, বন্দর, চট্টগ্রাম।

(যে চুক্তিগত স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)
বিক্রম সিংহ

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

জন্ম নিবন্ধন সনদ

১৫-১০-১৫

৩৬ নং ওয়ার্ড (নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীল)

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন কর্তৃক প্রদত্ত জন্ম সনদ, পূর্ববর্তী সনদ হইলে তাতে ও পেশ ছাড়া অফিসের সীল

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন কর্তৃক প্রদত্ত জন্ম সনদ, পূর্ববর্তী সনদ হইলে তাতে ও পেশ ছাড়া অফিসের সীল



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 মোস্তাফিজ.....
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....মোঃ মোস্তাফিজ..... (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স.....২৪..... বৎসর
(গ) পেশা.....কম্পিউটার অপারেটর..... (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তলাকপ্রাপ্ত/বিধবা
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....১০০, ১০০, ১০০..... (গ) বীমাকৃত টাকা.....১০০, ১০০, ১০০.....
.....১০০, ১০০, ১০০..... (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....০১-২৩.....
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 পুঞ্জের 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 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 এক্সরে, 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			টীকা
		বয়স	কোন শরীরিক রোগ	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৫০	৮৫				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন? (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন (ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন। (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মা	১	৪৬	৮				
ভাই	৩	২৬, ২২, ১৬	৮				
বোন	৩	২০, ১৮, ১৪	৮				
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
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 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 বীমাপ্রার্থককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান চট্টগ্রাম তারিখ ২.১.২০২২
বীমাপ্রার্থক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমা প্রার্থক 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

প্রস্তাবিত জীবন বীমাপ্রার্থকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম ডাঃ মোঃ মোঃ মোঃ পরিচিতি প্রাদানকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

<p>১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?</p> <p>(খ) 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) গ্লাউ কোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?</p> <p>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র 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 অস্বাভাবিক 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 ইসক্রোরেসিসের 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 মুকুলালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</p> <p>৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।</p>	<p>৮। প্রশ্নাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক ওজন <u>৭০.২০</u> কিলো/মিঃ</p> <p>(খ) প্রশ্নাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?</p> <p>(গ) প্রশ্নাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?</p> <p>৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা <u>৫'২.৫</u> সেঃ মিঃ/ফুঃ</p> <p>(খ) ওজন <u>৭০.২০</u> কিলো/মিঃ</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৪</u> সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩২</u> সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>(ঘ) নাড়ী বরাবর পেটের মাঝে <u>৬০</u> সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাপ্রার্থকের 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?</p> <p>বিশদ বিবরণের স্থান</p> <p>স্থান <u>চট্টগ্রাম</u> তারিখ <u>২.১.২০২২</u></p> <p>পুরো নাম <u>.....</u></p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>.....</u></p> <p>ডায়েরী <u>.....</u></p> <p>ডায়েরী তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২০১১৪০২</u></p> <p>কোড নং <u>.....</u></p> <p>বর্তমান ঠিকানা <u>DR. M. A. KAMAL</u> <u>MBBS, BCS, PGT, FRSH</u> <u>282, Commerce College Road,</u> <u>Agrabad, Chittagong.</u> <u>Mobile: 01673-720550</u></p>
---	--



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD.FORKAN

SEX ☒ M ☐ F AGE-24 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 251

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 : 2-4/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 2-5/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 :

COMMENTS (IF ANY) :

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

CHECKED BY

URINE ANALYSIS



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৮৪৮৮-৬ তারিখ
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম Mr. Faruk Khan বয়স ২৪
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ফকিরপুর, ডাকঘর ফকিরপুর থানা ফকিরপুর
- জেলা চাঁদপুর। যোগাযোগের ঠিকানা : Mr. Faruk Khan

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	বহু দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৪/৫ দিন আগে
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্বাস্থ্যের অধিকারী?	হ্যাঁ
০৫।	আপনি কি নিশ্চিত যে, তার অভ্যাস ও জীবন যাত্রা স্বাভাবিক এবং তার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয়?	হ্যাঁ
০৬।	তার পেশার সঠিক বিস্তারিত বিবরণ লিখুন?	অফিস
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?	অফিস
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	৩০০০০/২০০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	লেন্স
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাদৃষ্টি তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে হয় কি?	না
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?	না
১৪।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি?	না
১৫।	আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি?	হ্যাঁ
১৬।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি?	হ্যাঁ

- বীমা প্রতিনিধির স্বাক্ষর Mr. Faruk Khan
- পুরো নাম Mr. Faruk Khan
- পদবী Mr. Faruk Khan
- স্থান Mr. Faruk Khan
- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
- পুরো নাম
- পদবী
- কোড নং
- অফিসের নাম
- ঠিকানা