

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-Deed )

Business Month: **December, 2021** Khatungon] Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhan

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01892419183 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103255018-6** Age at Entry **30 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 **RUMA AKTER**

Proposer's Address **W/O:MD. SABUZ  
HOUSE-SHAHIN STOR BUILDING, RAJAKHALI  
ROAD  
P.O. CHAKTAL THANA-BAKALIA  
DIST:CHATTOTGRAM 01892419183** Extra Loading: **Tk. 610** Include CL Lien 10% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured **320,000** **THREE LAC TWENTY THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **25,120.00** Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- 883983** **30/12/2021,** **25,760.00** **TWENTY FIVE THOUSAND SEVEN HUNDRED SIXTY 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 **RUBINA AKTER, DAUGHTER, 09 YRS  
MD. SABBIR RAHMAN, SON, 05 YRS**

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name **GUARDIAN: MD. SABUZ, FATHER, 35 YRS.**

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

Date of FPR: **15/01/2022** FPR No: **ECB-E-2886/21** Risk Date: **27/01/2022**

Date of Proposal **30/12/2021** Proposal No: **ECB-E-2886/21** 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: 103000471/10300041/1030037/101095/102788/100545/100266

  
Checked

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

  
Countersigned

**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-১১০০১১

Ekok Bima

Include CL Lien 40% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রদত্ত বীমার নং	বীমা শুরু তারিখ	বুকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি, আর/বি, এম নং	গৃহীত টাকা
103255018-6	ECB-E-2886/21	30/12/2021	27/01/2022	01-16	Yly	883983	25760
বীমাত্রাহকের নাম ও ঠিকানা :	RUMA AKTER W/O: MD. SABUZ HOUSE: SHAHIN STOR BUILDING, RAJSHALI ROAD			শাখা	Khatungonj Agency		30/12/2021
বীমাত্রাহকের বয়স :	P.O.: CHAKTAI THANA: BAKALIA DIST: CHATTOGRAM 01892419183			এফ পি আর নং	Office (ECB4314) ECB-E-28		0
				ইস্যুর তারিখ	86/21 15/01/2022		0
বীমা আত	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ভূত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
320000	25120	0	640	25760	0	NILL.	25760
সংগঠনিক কোড নং :	103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266						30/12/2022

পরীক্ষাকারী 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: **December, 2021** Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhan

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AI Mobile No: 01892419183 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103255018-6** Age at Entry 30 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 RUMA AKTER

Proposer's Address W/O:MD. SABUZ  
HOUSE:SHAHIN STOR BUILDING, RAJAKHALI  
ROAD  
P.O. CHAKTAI THANA:BAKALIA  
DIST:CHATTOTGRAM 01892419183

Extra Loading:

Tk. 640

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

Sum Assured 320,000 THREE LAKH TWENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 25,120.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883983 30/12/2021,  
25,760.00 TWENTY FIVE THOUSAND SEVEN HUNDRED SIXTY 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 RUBINA AKTER, DAUGHTER, 09 YRS  
MD. SABBIR RAHMAN, SON, 05 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: MD. SABUZ, 35, YRS **FATHER**

Child's Name ,, Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2886/21 Risk Date: 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2886/21 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: 103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266

**fdh**  
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. 2886/21 Proposal Date                       
Policy No. 103255018-6 Branch Code                       
R. No.                      Branch Name                     

### ORGANIZATION

103000471 D.C.                       
                     R.C.                       
                     D.V.C.                       
                     C.C.                     

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 27/01/22 Date of Commencement 30/12/21  
Date of Birth 10.01.1992 Entry Age & Proof Code                      30  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 320,000  
In Word                       
& Term 01 15 Mode of Payment Y/Y  
Installment Premium (In Taka) 25120F  
In Word                     

### SUPPLEMENTARY COVER

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

### EXTRALODGING

	Code	Premium
<input checked="" type="checkbox"/> E/E or O/E	<u>                    </u>	<u>640</u>
EM	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Installment Premium (In Taka): 25760F  
In word                       
Option                       
Premium Due Date                     

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Ruma Akter  
Proposer's Present Address CO/O - MD. Sabuj, 1st floor building, Road Chaktai, P/O - Chaktai P/S - Bakulia  
Nominee's Name Rabina Akter - 09 Yrs - Daughter  
Age & Relation MD. Sabbir Rahman - 05 Yrs - Son  
Guardian's Name MD. Sabuj - 35 Yrs - Father  
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	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>483983</u>	<u>2576</u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Suspense Amount                       
Premium Rate % 80.50

Prepared by

Verified by

# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ous Policy / Policies :

মার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with f/e  
and 40% (forty) comt  
of summm for 1st 05/  
of the term.

~~SR~~ 27/10

lical Adviser :

~~N~~ 27/10





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

883983

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

PR নং :

তারিখ :

ধন্যবাদ সহকারে উদ্যোগ/জনাব

নিকট হতে

টাকা

পরমা (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর

এর মাধ্যমে প্রদত্ত বৃত্তি/প্রাপ্ত নং

উক্ত টাকা :

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

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষাণ্মাসিক/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 জমানদারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে সন্ধ্যা ৬ ঘটিকা পূর্ব পর্যন্ত গ্রহণ করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণক্রান্তি স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোম্পানী)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কম্পিউটার/ফাইল কপি  
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

২৮৮৮৮২০

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

103255018-6

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
শ্রী ০০০০০০	এফ.এ	০০০০০০০০		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।

- (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : রুমা আক্তার  
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : RUMA AKTER  
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোহাম্মদ সরুহ ইংরেজীতে :  
(ঘ) মাতার নাম : রোকেয়া বেগম ইংরেজীতে :  
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সামান্য জমিদার  
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

- (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ফরে: আব্দুল মান্নান ৩০ কবি  
হাসান: চর হাসান পোঃ গাফিল চর ওয়ার্ড  
খাস: চর ওয়ার্ড জামান: সুবর্নচর, মাদারগাতি  
মোবাইল নং : ০১৭৭২-৫১৭১৪৩  
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : আঃ মাহিউদ্দিন  
গাজানী কোঃ বিশ্বকোঃ চর ওয়ার্ড  
খাস: চর ওয়ার্ড জামান: সুবর্নচর, মাদারগাতি  
মোবাইল নং :

- জন্ম তারিখ : ২০/০২/১৯৯২ বয়স : ৩০ জন্মস্থান : চিৎগড়ী জাতীয়তা : বাংলাদেশী  
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জন্ম সার্টিফিকেট

- (ক) বীমা অংক : ৬২০০০০/-  
(খ) তালিকা নং : ০২ মেয়াদ : ২৫ বৎসর  
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ যান্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন  
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং : টাকা

- (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? সঞ্চয় আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২২০,০০০/- মাসের উৎস কি? ৩  
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন?  
(কেনা কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) জিহাদ

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 শর্তাবলীতে গৃহীত হয়েছে?	স্বাক্ষর তারিখ লিখুন
১	১	১	১	১	১

- (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) রুশিরা জামচা বয়স : ৩২ সম্পর্ক : স্বামী  
(২) আঃ মাহিউদ্দিন বয়স : ৩৫ সম্পর্ক : স্বামী  
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : আঃ মাহিউদ্দিন বয়স : ৩৫ সম্পর্ক : স্বামী



- (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 দাবী করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।

### পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীতা	মৃত্যুর সন
পিতা	০২	৫৫	স্বাস্থ্য				
মাতা	০২	৫০	স্বাস্থ্য				
ভাই	০৬	২৪, ২৫, ২২	স্বাস্থ্য				
বোন	০৬	২৭, ২২, ২৫	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	০২	৬৫	স্বাস্থ্য				
ছেলে	০২	০৫	স্বাস্থ্য				
মেয়ে	০২	০২	স্বাস্থ্য				



ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(ক) ১০০% (খ) ১০ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) ১০
১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?	(ক) ১০ (খ) ১০ (গ) ১০ (ঘ) ১০
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।	(ক) ১০ (খ) ১০
১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মূগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শারীরিক 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 ডায়বেটিকস্, 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, অস্ত্রিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ বলুন </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; flex-grow: 1;">  </div> </div>
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ..... কেজি/পাউন্ড? (খ) আপনার উচ্চতা কত? ..... ফুট/সে.মি? ইং/সে.মি? (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ..... ইঞ্চি/সে.মি? শ্বাসত্যাগের পর ..... ইঞ্চি/সে.মি? (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? ..... ইঞ্চি/সে.মি? (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন .....	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ বলুন </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; flex-grow: 1;">  </div> </div>

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 ঘোষণাপত্র 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 : রুমি আক্তার মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? ..... বয়স : ৬০ বছর

খ) আপনার মাসিক আয় কত? ২০,০০০/- ব) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?

গ) আপনার আয়ের উৎস কি? স্বামীর আয়ের উপর এ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?

ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? হ্যাঁ ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন না

ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? হ্যাঁ ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? কিঃ মজুমদার

চ) আপনি কি বিবাহিতা? হ্যাঁ ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ২০,০০০/-

ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? ২ জন ঢ) তাঁর পেশা কি? চল-আমসা

জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? হ্যাঁ ত) তাঁর আয়ের উৎস কি? চল-আমসা

ড) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা না

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক
<u>সি</u>	<u>সি</u>	<u>সি</u>

আমি প্রজ্ঞাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্তিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ভাঙারী পরীক্ষা হয়, তবে ভাঙারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রজ্ঞাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/ডাক্তারসকল কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীত বিবেচনার পর প্রজ্ঞাবিত পরিকল্পনা অনুসারে 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 যথাবিহীত বিবেচনার পর ঝুঁকির হসিন্দ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রজ্ঞাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : ..... স্থান : ..... পুরো নাম : .....  
 পদবী : ..... কোড : ..... ঠিকানা : .....  
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : .....  
 পুরো নাম : .....  
 ঠিকানা : .....  
 মোবাইল নং : .....  
 ই-মেইল : .....  
 বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

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

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন





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



৫ম অক্ষর

নাম: রুমা আক্তার  
Name: RUMA AKTER

স্বামী: মোঃ সবুজ

মাতা: রোকেয়া বেগম

Date of Birth: 10 Jan 1992

ID NO: 19927518535000169

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তিগত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিম্নের পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোডিং: মুর ইসলাম মেজী বাড়ী, গ্রাম/রাজ: চর হাসান, চর হাসান, ডাকঘর: পশ্চিম চরজঙ্গর - ৩৮০২, সুবর্ণচর, নোয়াখালী

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ৩১/১০/২০১৩





(সিফজমনি ফরম-৩)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ  
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়  
ওয়ার্ড-১৯

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

জন্ম সনদ

[বিবি- ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (সিটি কর্পোরেশন) বিধিমালা, ২০০৬]  
(জন্ম নিবন্ধন বহি ইহতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং ৯

নিবন্ধনের তারিখ: ২৪-১২-২০১৪

সনদ ইস্যুর তারিখ: ২৪-১২-২০১৪

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

নাম: শিলপি আক্তার

জন্ম তারিখ: ২৬-১২-১৯৯৭

লিঙ্গ: মহিলা

ছাতিশে ডিসেম্বর উনিশ শতাব্দী

জন্ম স্থান: কুমিল্লা

পিতার নাম: মোঃ ফজর আলী

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: পারুল বেগম

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম-ডাকঘর-নামচন্দ্রপুর বারো-মুরাদ নগর,

জেলা-কুমিল্লা

বর্তমান ঠিকানা: আবুল খায়ের সড়ক কল্যাণী বো বাজার,

ডাকঘর-চক বাজার, থানা-কালিয়া, জেলা-চট্টগ্রাম।

(প্রস্তুতকারীর স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

মিলটন দে

জন্ম নিবন্ধন সহকারী

১৯নং দক্ষিণ কালিয়া থানা

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন



(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

আবদুল হামিদ চৌধুরী (স্বাক্ষর)

সিটি কর্পোরেশন

১৯নং ওয়ার্ড, দক্ষিণ কালিয়া

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন

এ প্রস্তুতকারক জন্ম বক্তার স্বাক্ষর, পরিচয় সনদ এবং এরিয়া কোড সহ শেষ দ্বারা প্রমাণিত।



(ইউপিজমনি ফরম- ৩)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ  
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়  
চরজক্বর ইউনিয়ন পরিষদ  
সুবর্ণচর, নোয়াখালী  
**জন্ম সনদ**

[বিধি- ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (ইউনিয়ন পরিষদ) বিধিমালা, ২০০৬]  
(জন্ম নিবন্ধন বহি হইতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং ২২

নিবন্ধনের তারিখ: ০৯-১১-২০১৮

সনদ ইস্যুর তারিখ: ০৯-১১-২০১৮

জন্ম নিবন্ধন নম্বর:\* ২০১৭৭৫১৮৫৩৫১২৪৪৩৫

নাম: মোঃ ছাকির রহমান

জন্ম তারিখ: ১০-০৪-২০১৭

লিঙ্গ: পুরুষ

দশই এপ্রিল দুই হাজার সতের

জন্ম স্থান: গ্রাম: চর হাসান, ওয়ার্ড: ০২, ডাকঘর: পশ্চিম চরজক্বর  
থানা: চরজক্বর, উপজেলা: সুবর্ণচর, জেলা: নোয়াখালী।

পিতার নাম: মোঃ সবুজ

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: রুমা আক্তার

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম: চর হাসান, ওয়ার্ড: ০২, ডাকঘর: পশ্চিম চরজক্বর  
থানা: চরজক্বর, উপজেলা: সুবর্ণচর, জেলা: নোয়াখালী।

(ইউপি সচিব - স্বাক্ষর ও সীল)

মোঃ ইমামুদ্দিন আনছারী  
সচিব

১নং চরজক্বর ইউনিয়ন পরিষদ  
সুবর্ণচর উপজেলা, নোয়াখালী।



(নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর)

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

তরিফুল ইসলাম

চেয়ারম্যান

১নং চরজক্বর ইউনিয়ন  
সুবর্ণচর, নোয়াখালী।

\* প্রথম চার অঙ্ক ব্যক্তির জন্ম সাল, পরবর্তী সাত অঙ্ক এরিয়া কোড ও শেষ ছয় অঙ্ক দ্বারা ক্রমিক।





# 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.....  
(ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর  
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা  
(গ) বীমাকৃত টাকা.....  
(ঘ) 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 থুবেসী, 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 এন্ড্রের, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	✓
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের 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			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 :	
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন		
বাবা	১	৫৫	৬৫				✓	✓
মা	১	৫০	✓				✓	✓
ভাই	৩	২৪, ২৫, ২৮	✓				✓	✓
বোন	৬	২৭, ২৮, ২৯	✓				✓	✓
স্বামী/স্ত্রী	১	৬৫	✓				✓	✓
ছেলে	১	৫	✓				✓	✓
মেয়ে	২	২	✓				✓	✓



## 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 চট্টগ্রাম তারিখ ২৬-২-২২  
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহকের 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 বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

### পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম কমা মোস্তাফিজ 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>২২.৮</u> সগার <u>১৬৮</u> বসেন	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) দৈনিক উচ্চতা <u>৫'৬"</u> সে: মি: / ফু: ই:	না
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন <u>২২৮</u> কিলো/পা:	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়ে <u>২২</u> সে: মি: / ই:	না
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে <u>২২</u> সে: মি: / ই:	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাড়ী বরাবর পেটের মাপ <u>২২.৮</u> সে: মি: / ই:	না
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	না	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?	না
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	না
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান <u>চট্টগ্রাম</u> তারিখ <u>২৬-২-২২</u>	না
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৬০ নিম্ন	পুরো নাম <u>.....</u>	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>.....</u>	না
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	২২/১৭	ডিগ্রী <u>MBBS</u>	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>1982, 11457</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, সিলিটিস, যৌন বা যুগ্মলারী কোষ প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা <u>DR. M. A. KAMAL</u>	না
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	না	<u>MBBS, BCS, PGT, FRSH</u>	না
		<u>282, Commerce College Road,</u>	না
		<u>Agrabad, Chittagong.</u>	না
		<u>Mobile: 01673-720550</u>	না





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : RUMA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-30 years

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

DATE 16 01 2022

SL. No. 38

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

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

**CRYSTALS** Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMOR PHOS PATES :

**CASTS** Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :

কম

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





বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২ ৫৫০১৬ -৬ তারিখ ১০  
➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম কুমার চন্দ্রনাথ বয়স ৬০  
➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম চর ২ নং ডাকঘর : চর ২ নং থানা : চর ২ নং  
➤ জেলা : নাথানালী। যোগাযোগের ঠিকানা : ৩০৬২ ৫৫০১৬ ৫৫০১৬

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	২২ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৪/৮ 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।	হ্যাঁ
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্থস্থ্যের অধিকারী ?	হ্যাঁ
০৫।	আপনি কি নিশ্চিত যে, তার অভ্যাস ও জীবন যাত্রা স্বাভাবিক এবং তার স্বস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয় ?	হ্যাঁ
০৬।	তার পেশার সঠিক বিস্তারিত বিবরণ লিখুন ?	চাকুরী
০৭।	তার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ? আপনি কি মনে করেন প্রস্তাবিত বীমা অংক তার আয়ের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ ?	হ্যাঁ
০৮।	তার আয়ের উৎস কি ?	চাকুরী
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৩২০০০/৭০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	বীমা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্টে 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 ..... | ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর ..... |
| ➤ পুরো নাম .....                 | ➤ পুরো নাম .....                     |
| ➤ পদবী .....                     | ➤ পদবী .....                         |
| ➤ স্থান .....                    | ➤ অফিসের নাম .....                   |
| ➤ .....                          | ➤ ঠিকানা .....                       |