

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-Deed )

Business Month: December, 2021 Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuho

Entry Date 15/01/2022 12:00:00A1 Mobile No: 01862770488 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103255026-6 Age at Entry 28 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. BELAL  
HOUSE-JAKIR SOWDAGR BUILDING, BOW  
BAZAR, D.C ROAD, KHAJA HOTEL  
SONGLOONA  
P.O. SADAR-4000 THANA/BAKALIA  
DIST.CHATTOGRAM 01862770488

Extra Loading: Tk. 800 Include CL Lien 35% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 400,000 FOUR LAC TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 31,360.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883991 30/12/2021,  
32,160.00 THIRTY TWO THOUSAND ONE 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 MD. FARHAN, SON, 02 YRS

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN: MD. BELAL, FATHER, 33 YRS

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2894/21 Risk Date : 27/01/2022


Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2894/21 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

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

  
Countersigned 17/1/22  
MAKSUDUL HAAMAN  
J.E.V.P (ADMIN) ID NO.-307  
Rupali Life Insurance Co. Lt.  
Chattoogram Servicing Center

  
Managing Director



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০৭৮

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

Include CL Lien 35% For 5 Year

30/01/2022

Ekok Bima

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রণয়ন নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর.বি. এর নং	গৃহীত টাকা
103255026-8	ECB-E-2894/21	30/12/2021	27/01/2022	01-16	Yly	883991	32160
বীমাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাহকের বয়স : 28	RUMA AKTER W/O: MD. BELAL HOUSE-JAKIR SOWDAGR BUILDING, BOW BAZAR, D.C ROAD, KHAJA HOTEL SONGLOGNA P.O.-SADAR-4000 THANA-BAKALIA DIST-CHATTOTGRAM 01862770488						0
বীমা আরক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উত্তৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা মোট :	32160
400000	31360	0	800	32160	0	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ	30/12/2022
সারণ্যনিক 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:Chowmuhon

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AI Mobile No: 01862770488 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103255026-6** Age at Entry **28 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 ATER**

Proposer's Address **W/O MD. BELAL  
HOUSE JAKIR SOWDAGR BUILDING, BOW  
BAZAR, D.C ROAD, KHAJA HOTEL  
SONGLOGNA  
P.O. SADAR-4000 THANA BAKALIA  
DIST: CHATTOGRAM 01862770488** Extra Lodging: **Tk. 800** Include CL Lien 35% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured **400,000** **FOUR LAKH TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **31,360.00** Suspense. **0.00**

Total Premium **By PR- 833991** **30/12/2021,**  
**32,160.00** **THIRTY TWO THOUSAND ONE 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 **MD. FARHAN, SON, 02 YRS**

Guardian's Name **GUARDIAN: MD. BELAL, FATHER, 33 YRS**

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

Date of FPR: **15/01/2022** FPR No: **ECB-E-289421** Risk Date: **27/01/2022**

Date of Proposal **30/12/2021** Proposal No: **ECB-E-289421** 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**

  
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

Policy No. 2894/21 Proposal Date                       
Branch No. 1032550266 Branch Code                       
Branch 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 04.07.1993 Entry Age & Proof Code 28  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 400,000  
In Word                       
& Term 01 16 Mode of Payment 7/4  
Installment Premium (In Taka) 31360/-  
In Word                     

### SUPPLEMENTARY COVER

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

### EXTRALODGING

	Code	Premium
<input checked="" type="checkbox"/> or O/E	<u>                    </u>	<u>800</u>
EM	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Installment Premium (In Taka): 32160/-  
In word                       
Option                       
Premium Due Date                     

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Rumma Akter -  
Proposer's Present Address W/o - MD. Belal.  
W/o - Zakir Soudhagar B.  
Bow bazar, D.C Road Khay  
10 No word Sadar-4000. Ma  
CT-D  
Nominee's Name Age & Relation MD. Farhan - 27yo - son  
Guardian's Name Age & Relation MD. Belal - 33yo - Father

### 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>883991</u>	<u>3216</u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Suspense Amount                       
Premium Rate %                     

Prepared by

Verified by



# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ous Policy / Policies :

মার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

being  
noted  
alia

Accepted with f/t @  
35% (thirty five) com  
of Summum for 2st  
year of the term.

~~SP~~ ~~HA~~  
27/8/14

ical Adviser :



Pr  
Pe  
F  
F  
U  
B  
B  
Ri  
Da  
Su  
Ta  
Ta  
Lif  
Tal  
Tot  
Tak  
Poli  
Nex



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

883991

## টাকা প্রাপ্তির রশিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

PR নং :

তারিখ :

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে ২৩২৩৬০/টাকা

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

পরমা (কথায়)

এর

এর মাধ্যমে প্রদত্ত/প্রদত্ত নং

উক্ত টাকা :

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

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

টাকা গ্রহণকারী/প্রদত্ত (সীলসহ)

(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

অমান্ত প্রাপ্ত কর্মকর্তার  
স্বাক্ষর ও সীল





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০। সার্ভিস সেল কোড নং

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৮, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

১০৩২৫৫০২৬-৬

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
মহি সগন্ধি	এফ.এ	৩০৬০০৪৭০	ডি.সি		
	ইউ.এম		আর.সি		
	বি.এম		ডি.ভি.সি		
	বি.সি		সি.সি		

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

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

(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :

(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ বেলাল ইংরেজীতে : 24

(ঘ) মাতার নাম : শেহেনা বেলাল ইংরেজীতে :

(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : হাউস ও ফ্রান্সিস - ক্যাড

(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : আবদুল মিত্তাহ রহমান কল্যাণ

(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : বিঃ- চাকরি স্তঃ বিঃ

(গ) মোবাইল নং : ০১৮৬২৭৭০৫৪৪

(ঘ) মোবাইল নং : ৮৮০০০০০০০০

৩। জন্ম তারিখ : ০৪/০৭/২০২৬ বয়স : ২৬ জন্মস্থান : তিতাবাড়ী জাতীয়তা : বাংলাদেশী

ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন? হ্যাঁ

৪। (ক) বীমা অংক : ৪০০.০০০/- চার শত উত্তর

(খ) তালিকা নং : ০২ মেয়াদ : ২৬ বৎসর

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

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

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নিয়োগ স্তঃ আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২৫০,০০০/- আয়ের উৎস কি? ৬

(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন?

(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) তিতাবাড়ী

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। না

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	বুকের তারিখ লিখুন
৮					৮

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মোঃ দারহান বয়স : ২৬ সম্পর্ক : পিতা

(২) মোঃ বেলাল বয়স : ৬ সম্পর্ক : পিতা

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম মোঃ বেলাল বয়স : ৬ সম্পর্ক : পিতা

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 বীমার প্রস্তাবের বিধানজনক পেশা বা সামগ্রিক/বে-সময়িক/নৈ-স্থায়ী বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সংস্থা বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?

(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বুকের সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

## পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীতা	মৃত্যুর সন
পিতা		২৬		২৬	অসুস্থতা	না	২০২৬
মাতা	০২	২৬	স্বাস্থ্য				
ভাই	০৩	৪৬, ৪০, ৩৭, ৩২, ২৬	স্বাস্থ্য				
বোন	০৩	৩৬	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	০২	২৬	স্বাস্থ্য				
ছেলে	০২	২৬, ২৪, ২২	স্বাস্থ্য				
মেয়ে							



**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) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>২/</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>১</u>
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) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>হ্যাঁ</u> (গ) <u>কখনো</u> (ঘ) <u>১</u>
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।	(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>হ্যাঁ</u>
১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়ুিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরেপী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্রীহা বা যকৃৎের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়েবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঁজের 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 <input type="checkbox"/> না বলুন <u>হ্যাঁ</u> </div> <div style="font-size: 4em; margin-left: 20px;">X</div> </div>
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৫৫</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৫"</u> ফুট/মিঃ <u>১৬৫</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণ শ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৪</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩২</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩০</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>কোনো</u>	

**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 : <u>রুম্মা আক্তার</u> মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা	
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>২৫০০০</u>	বয়স : <u>২৫ বছর</u>
খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>২৫০০০</u>	বা) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>স্বামী</u>	এ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>হ্যাঁ</u>	ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন <u>হ্যাঁ</u>
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>হ্যাঁ</u>	ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>মোঃ বেনাদিন</u>
চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>হ্যাঁ</u>	ড) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>২০০০০</u>
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? <u>২ জন</u>	ঢ) তাঁর পেশা কি? <u>নিউ ডাক্তার ওল্ড সিটি</u>
জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভাব্য? <u>হ্যাঁ</u>	ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি?
	ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক
<u>১</u>	<u>১</u>	<u>১</u>

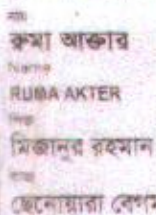
**ঘোষণা**

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার অশ্রয় 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 জিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম জিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর স্থগিত রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : <u>রুম্মা আক্তার</u> পুরো নাম <u>Mir Sabbir</u>	 <b>Mir Sabbir</b> Regional Co-ordinator (RC) Rajshahi Life Ins. Co. Ltd. Rajshahi Office, Chittagong
পদবী : <u>কোড</u> <u>১০০৩৪৫</u> ঠিকানা <u>১০০৩৪৫</u>	
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : <u>কোড</u> <u>১০০৩৪৫</u> পুরো নাম <u>কোড</u> <u>১০০৩৪৫</u>	প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর তারিখ : <u>১৫/১২/২২</u>

**বিঃদ্রঃ** বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।





Date of Birth 04 Jul 1993

অক্ষা যোগেশ্বর

NIG No. 193 848 0595

2021-12  
1993-07  
28-05  
28



ঠিকানা: বাগা/হোন্ডিং - গ্রাম/তাল্লা হাকেনিয়া রোড,  
বাকলিয়া, ডাকঘর: চকবাড়ার - ৪২০৩, বাকলিয়া,  
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম



Close Group

Place of Birth: CHITTAGONG

Access Date: 26 Feb 2017

I<BGD193848059<52<<<<<<<<<<<  
9307045F3202252BGD<<<<<<<<<<8  
AKTER<<RUMA<<<<<<<<<<<<<<<

ਕੁਮਾ ਆਰੁਗ

*Md Mir Sabbir*  
Regional Co-ordinator (RC)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khatungonj Office, Chittagong

6000

৳২,২২৮,০০,০০০/- ৯২,০০০/- ২১,৬৪০/-





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
Government of the People's Republic of Bangladesh  
জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card



100

মোঃ বেলাল

0.000000

MD. BALAI

4

মোহাম্মদ হোসেন

52

वीणा एजेंस

Date of Birth: 10 May 1993

FMIC No. **687 856 6907**



ঠিকানা: বাসা/হোষ্টিং: শাহ আলম কালানী,  
গ্রাম/কাল্লা: ১১০ আহম্মদুর রহমান সড়ক, বাকলিয়া,  
ডাকঘর: চক বাজার - ৪২০৩, বাকলিয়া, চট্টগ্রাম সিটি  
কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম



Model Group

Place of Birth: CHITTAGONG

Issue Date: 13 Dec 2010

I<BGD687856690<78<<<<<<<<<<  
9305100M3312120BGD<<<<<<<<<<6  
BALAL<<MD<<<<<<<<<<<<<<<<<

*Md. Mir Sabbir*  
Regional Co-ordinator (RC)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khatungonj Office, Chittagong.

ਕੁਮਾ ਆਖੁਤ

ଶ୍ରୀ. ସୁଧା



**কৃষি উন্নয়ন বোর্ডের আওতাধীন টিকা পাওয়ার আবেদন**

**ডোজ অনুযায়ী শিশুকে টিকাকেন্দ্রে আনতে হবে**

(জন্মের পরের ২৪ ঘণ্টার ভিতর ৩ম ডোজ অনুযায়ী ১ম, ৬ম ও ৯ম ডোজ) "পেন্টারেক্স-১" পিসি-১, এমআর ১ম ও ২য় ডোজ টিকা পওয়ার তারিখ

ডাক্তার টিকার ক্যালেন্ডার থেকে নিচে লিখুন।

১। ১ম বার : পিসি-১, পেন্টা-১, ওপিডি-১, পিসি-১ এবং আইপিডি-১ টিকা পাওয়ার তারিখ ("টিকার ক্যালেন্ডার" থেকে)।

২। ২য় বার : পেন্টা-২, ওপিডি-২ এবং পিসি-২ টিকা পাওয়ার তারিখ (সেশন গ্রান থেকে)।

৩। ৩য় বার : পেন্টা-৩, ওপিডি-৩, পিসি-৩ এবং আইপিডি-২ টিকা পাওয়ার তারিখ (সেশন গ্রান থেকে)।

৪। ৪র্থ বার : এমআর ১ম ডোজ টিকা পাওয়ার তারিখ ("টিকার ক্যালেন্ডার" থেকে)।

৫। ৫ম বার : এমআর ২য় ডোজ টিকা পাওয়ার তারিখ ("টিকার ক্যালেন্ডার" থেকে)।

২ম বার ১ম ডোজ টিকা গ্রহণের পর সেশন গ্রান অনুযায়ী ২য় ডোজ টিকা নেয়ার জন্য টিকালন কেন্দ্রে আসার তারিখ লিখুন। একইভাবে ৩য় বার ৩য় ডোজ টিকা গ্রহণের পর সেশন গ্রান অনুযায়ী টিকা নেয়ার জন্য টিকালন কেন্দ্রে আসার তারিখ লিখুন।

টিকার এই কার্ডটি মার করে রাখুন। ভবিষ্যতে শিশুর জন্ম নিকটন সাক্ষরকেন্দ্রে ঢাকার থানা, শিল্পকলায় নমুনা, বিকাশে গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ এই কার্ডটির প্রয়োজন হবে।

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার : স্বাক্ষর, সীল এবং ফোন/মোবাইল নম্বর

স্বাক্ষর, সীল..... মোবাইল নম্বরঃ.....

**শিশুর নাম, পিতার নাম, জন্ম তারিখ ও বার টিকা কেন্দ্রে নিয়ে আসতে হবে**

টিকার নাম	টিকা গ্রহণের তারিখ ও শিশুর স্বাক্ষর (শিল্প যন্ত্রে)			
	১ম বার	২য় বার	৩য় বার	৪র্থ বার
পিসি-১	২৮/৮/২০		.....	
পেন্টা (১, ২, ৩, ৪, ৫)	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	
ওপিডি	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	
পিসি-২	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	
আইপিডি	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	
এমআর (১ম ও ২য়)	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০	২৮/৮/২০

টিকা গ্রহণের পর যে কোর অনুযায়ী/অনুযায়ী বলা হয়েছে সেখানে স্বাক্ষর করুন।  
২য় বার টিকা গ্রহণের পর ২য় ডোজ টিকা কেন্দ্রে নিয়ে আসুন।







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

### পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			টীকা
		বয়স	বর্তমান শার্বিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৬৮	স্বাস্থ্য	৬৮	হৃদরোগ	২০১৮	৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	১	৬৮	স্বাস্থ্য	৬৮	হৃদরোগ	২০১৮	
ভাই	১	৬৮	স্বাস্থ্য	৬৮	হৃদরোগ	২০১৮	(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
বোন	১	৬৮	স্বাস্থ্য	৬৮	হৃদরোগ	২০১৮	(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
স্বামী/স্ত্রী	১	৬৬	স্বাস্থ্য	৬৬	হৃদরোগ	২০১৮	(ঘ) গুণ অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
ছেলে	১	৬	স্বাস্থ্য	৬	হৃদরোগ	২০১৮	(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মেয়ে	১	৬	স্বাস্থ্য	৬	হৃদরোগ	২০১৮	



## 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 ..... তারিখ ২৬.১১.২১  
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন বীমাগ্রাহকের 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

রুম্মা আক্তার  
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

## পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম ..... পরিচিতি প্রাদনকারী .....

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) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?</p> <p>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) গ্লীহা 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 ইসক্লোরোসিসের 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-প্রশ্বাস কোন বিষয় বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিম্ফিলিস, হেঁদ বা মুকুনালীক 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। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক ওজন ১৯.১২ সুপার ..... (খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <input checked="" type="checkbox"/> (গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? <input checked="" type="checkbox"/> ৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'২" ৪" সে: মি: / ফ: ই: (খ) ওজন ..... ৫৫.৫৫ ..... কিলো/পাঃ (গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩৪" সে: মি: / ই: শ্বাস ত্যাগের পরে ৩২" সে: মি: / ই: (ঘ) নাড়ী বরাবর পেটের মাপ ৩০" সে: মি: / ই: 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? <input checked="" type="checkbox"/> বিশদ বিবরণের স্থান স্থান ..... তারিখ ২৬.১১.২১ পুরো নাম ..... ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল ..... ভিম্বী ..... ভিম্বীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ..... কোড নং ..... বর্তমান ঠিকানা ..... 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 : RUMA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-28 years

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

DATE 16 01 2022

SL.No. 35

## 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 : 1-4/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) :



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



তারিখ :-     /     /     ইং

বরাবর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

জনাব,

যথাবিহীত সম্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার সনামধন্য কোম্পানিতে

একটি ৪০০০০০ ( চার লক্ষ ) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ১১ লক্ষ এবং উক্ত ৪০০০০০ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৬০.০০০

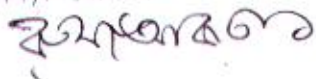
টাকা, ব্যয় হয় ২০০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন

অসুবিধা হবে না।

অতএব মহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে বীমাটি করতে পারি

তাহার বিহীত বিধান আপনার যেন আজ্ঞা হয়।

নিবেদক/নিবেদিকা





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

➤ প্রস্তাবপত্র নং ৩০৬২৫৫ ০২৬-৬  
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম রুমি চন্দ্র  
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ... ডাকঘর ...  
 ➤ জেলা ... যোগাযোগের ঠিকানা : ...

তারিখ ...  
 বয়স ...  
 থানা ...

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	বহুদিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৮/৫/২০২০
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 ?	মাল্টি হান্ড
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 ?	মাল্টি হান্ড
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	২৫০০০০/৩০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	বিদেশ
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্রে 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 ... ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর ...  
 ➤ পুরো নাম ... পুরো নাম ...  
 ➤ পদবী ... কোড নং ... ➤ পদবী ... কোড নং ...  
 ➤ স্থান ... ➤ অফিসের নাম ...  
 ➤ ... ➤ ঠিকানা ...