

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Islami-FPR )

Business Month: **August, 2022**

**Kalabogi Bazar Agency Office[THB9203] S.Cell:Khulna**

Entry Date 20/09/2022 12:00:00A1 Mobile No: 01306671721

Medical:

PolicyNo **208059219-2**

Age at Entry

**50 YRS. AGE ADMITTED(4)**

Name of plan **FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM**

Table & Term **16-12**

Supplementary Cover **NILL. 0.00**

Proposer's Name **MOHTARAMA MST.SHUKZAN BEGUM**

Proposer's Address

**W/O:MD ALAL SHEIKH  
VILL:CHANDPUR  
P.O.:BAMANDANGA THANA:RUPSHA  
DIST:KHULNA 01306671721**

Extra Loading:

**Tk. 0**

**Include CL Lien 50% For 04 Year to this Policy.**

Sum Assured

**37,000**

**THIRTY SEVEN THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment

**YEAR Policy Option**

**Basic Premium: 4,055.00**

**Suspense 0.00**

Total Premium

**By PR- THB9201-20220912-865**

**12/09/2022,**

**4,055.00**

**FOUR THOUSAND FIFTY 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.**

**DULY STAMPED**

Nominee's Name

**MD. AL AMIN SHEIKH, HUSBAND, 55 YRS**

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name

**GUARDIAN:**

Child's Name

**,, Yrs.**

Date of FPR:

**20/09/2022**

FPR No:

**THB-1696-22**

RiskDate :

**20/09/2022**

Date of Proposal

**20/09/2022**

Proposal No:

**THB-1696-22**

Date of Commencement

**12/09/2022**

Premium due date:

**ON THE DATE OF 12 SEPTEMBER IN EVERY YEAR**

Last premium due date

**12/09/2033**

Next Due Date:

**12/09/2023**

Date Of Maturity

**12/09/2034**

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 12/09/2025
  - 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2028
  - 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2031
  - 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 12/09/2034
- SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.**

Organization Set up:

**202000014/20200009/2020007/200384/200384/200382/200380**

**MD. ASHIKUR RASUL  
ASST. MANAGER (ID No-0985)  
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.  
SERVICING CENTER, KHULNA.**

**MD. ANAMUL HOQUE  
SENIOR MANAGER (ID NO-800)  
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.  
KHULNA SERVICING CENTER**



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০২১১/০৯/২০২২

Islami Bima

ফাইল কপি

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

Include CL Lien 50% For 04 Year

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
200059219-2	THB-1696-22	12/09/2022	20/09/2022	16-12 Yly	THB9201-2022	4055	
<b>বীমাত্রাহকের নাম ও ঠিকানা:</b> <b>MOHTARAMA MST.SHUKZAN BEGUM</b> <b>W/O:MD ALAL SHEIKH</b> <b>VILL:CHANDPUR</b> <b>P.O.:BAMANDANGA THANA:RUPSHA</b> <b>DIST:KHULNA 01306671721</b> <b>বয়স 50</b>				<b>শাখা</b> <b>Kalabogi Bazar</b> <b>এফ পি এল</b> <b>Office(THB9203)</b> <b>ইস্যুর তারিখ THB-169</b> <b>6-22</b> <b>20/09/2022</b>		12/09/2022	
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
37000	4055	0	0	4055	0	NILL.	4055
<b>সাংগঠনিক কোড নং:</b> 202000014/20200009/2020007/200384/200384/200382/200380							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ

*F. Khairun*  
পরিচালক/স্বাক্ষর

AGE ADMITTED(Voter List)

12/09/2023

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

# Rupali Life Insurance Company limited

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

12/09/2022

Policy No: 2020592A-2 FPR No: THB-1696-22 SC Code: THB  
 Proposal No: THB-1696-22 FPR Date: 20/09/2022 SC Name: Khulna Serviceing Cer  
 Proposal Date: 20/09/2022 Com. Date: 12/09/2022 Office Code: THB9203  
 Risk Date: 20/09/2022 Office Name: Kalabogi Bazar Agenc

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
37,000.00	18-12	Yly	4,055	0.00	(4,055)	12-Sep-2023

Sum Assured In word: THIRTY-SEVEN THOUSAND

Premium In word: FOUR THOUSAND FIFTY-FIVE

## Extra Clause:

Proposars Name & Address:

Mobile No: 01306671721

Age & Date of Birth

MOHTARAMA MST.SHUKZAN BEGUM

50 08/04/1972

Special Clause:

AGE ADMITTED(Voter List)

Life Prem: 4,055.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

## Chain Set up:

202000014/20200009/2020007/200384/200384/2003  
 82/200380

PR No.	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

Nominee:

## Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Accepted with 50% constant  
 lien of sum assured for  
 04(Four) years of the term.

Comission  
 Information for  
 calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 912.38 - 45.62 = 866.76

UM : 273.71 - 13.69 = 260.03

BM : 182.48 - 09.12 = 173.35

5% Source Tax: 68.43

Net Payable: 1300.13

12/09/2022

133

Md. Ali  
 Senior Vice President  
 Incharge (Underwriting)  
 Rupali Life Insurance Co. Ltd.  
 Head Office

Rocky Andrew Gomes  
 Officer Grade-1, ID No-2367  
 Underwriting Department  
 Head Office.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

## প্রিমিয়াম রসিদ

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

“ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত”

৩. আরও

F	THB9201-20220912-865
---	----------------------

પનિસિ નં

~~THB-1696-22~~

CASH PR. Collect OR Later

বুকের তারিখ	12/09/2022	পরিকল্প নং ও মেয়াদ	16 - 12	বীমা অংকে	37000	প্রি	প্রিমিয়াম কিস্তি	4055	প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি	Ylv
MOHTARAMA MST.SHUKZAN BEGUM Basic Premium: Tk. 4055.2 PDAB/DIAB: Tk. 0 F/E or O/E: Tk. 0 প্রদত্ত কিস্তির সংখ্যা						মি	সমন্বয় কাল	31/08/2022	সমন্বিত কিস্তির সংখ্যা	1
						মি য়া ম	সমন্বিত প্রিমিয়াম	বর্ধিত প্রিমিয়াম	পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ	
							বিলম্ব ফি (যদি থাকে)		31/08/2022	
									অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে)	
						ম	সর্বমোট	4055		

Orgn.

202000014/20200009/2020007/200384/200384/200382/200380/202945/--/--/--/

Amount(s):

Taka Inword: Four Thousand Fifty Five taka only

উল্লিখিত টাকা প্রিমিয়াম ও বিলম্ব ফি (যদি থাকে) খাতে সহায় করা হলো।

তারিখ

12/09/2022

Old FA:

MRINMOY HOODER  
S.E.O (ID No. 8554)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khulna Servicing Center.



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

## Rupali Life Insurance Company Ltd.

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

### প্রস্তাবপত্র / KYC FORM

প্রস্তাবিত বীমা প্রকল্পে-টিক (✓) দিন

৮৬৫



- |                                                             |                                                      |                                                              |                                                     |                                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> একক বীমা ডিভিশন                    | <input type="checkbox"/> আর ডিপিএস প্রকল্প           | <input checked="" type="checkbox"/> ইসলামী জীবন বীমা তাকাফুল | <input type="checkbox"/> টিডিপিএস প্রকল্প           | <input type="checkbox"/> পানাজন্থ যান ডিভিশন |
| <input type="checkbox"/> রূপালী ক্ষুদ্র বীমা তাকাফুল ডিভিশন | <input type="checkbox"/> শরীয়াহ ডিপোজিট পেনশন স্কীম | <input type="checkbox"/> আল আমানত বীমা প্রকল্প               | <input type="checkbox"/> রূপালী সঞ্চয় বীমা প্রকল্প |                                              |

PROPOSAL NO. THB-1606/22 Policy No. ২০৮০৫০২৩০-২ Branch Code.....

ব্যক্তিগত তথ্য - প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

\* সকল প্রশ্নের পূর্ণ উত্তর প্রস্তাবকের স্বহস্তে বা তাঁর নির্দেশনানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা বা ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম বাংলায় শুক্লেশ্বর বেগম

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER) SHUKLESWAR BEGUM.

পিতার নাম ক. বেগম মোহ মাতার নাম ম. বেগম

স্বামী/স্ত্রীর নাম ক. বেগম মোহ বৈবাহিক অবস্থা: ☐ অবিবাহিত ☒ বিবাহিত ☐ তালাক প্রাপ্ত ☐ বিধবা

গ্রাহকের পেশা হাউস-হোল্ডার পদবী

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম

জন্ম তারিখ ০৪/০৪/১৭২ বয়স ৫০ জন্ম স্থান ব্রাহ্মণবাড়ী ধর্ম ইসলাম জাতীয়তা বাংলাদেশী

ফোন-বাসা..... ফোন-অফিস..... ই-মেইল.....

মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) ০২০০৮-৬৭৩৭২০

শিক্ষণত যোগ্যতা..... (পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি বা সমমানের সনদের ফটোকপি দাখিল করতে হবে)।

স্থায়ী ঠিকানা..... বর্তমান ঠিকানা.....

বাড়ী নং/রোড নং..... বাড়ী নং/রোড নং.....

গ্রাম/শহর ইদগুহ গ্রাম/শহর.....

ডাকঘর ব্রাহ্মণবাড়ী-৮২৪ ডাকঘর.....

থানা ব্রাহ্মণবাড়ী থানা.....

জেলা ব্রাহ্মণবাড়ী জেলা.....

নথিপত্রের ধরণ ☒ জাতীয় পরিচয়পত্র ☐ পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি সনদ ☐ পাসপোর্ট ☐ অনলাইন জন্ম সনদ ☐ ড্রাইভিং লাইসেন্স

নথিপত্রের পরিচিতি নম্বর..... (সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)

মনোনীতক এর তথ্য (বীমাযোগ্যস্বার্থ অনুযায়ী)

নাম ক. বেগম মোহ নাম.....

জন্ম তারিখ..... বয়স ৫০ জন্ম তারিখ..... বয়স.....

সম্পর্ক স্বামী প্রাপ্ত অংশ ১০০ % সম্পর্ক..... প্রাপ্ত অংশ..... %

মোবাইল নম্বর ০২০০৮-৬৭৩৭২০ মোবাইল নম্বর.....

মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে

অভিভাবকের নাম..... বয়স..... সম্পর্ক.....



বীমা অংক.....২৭.০০০/..... কথায়.....সমাইসিমন

প্রিমিয়াম.....২৪০০০/..... কথায়.....

পরিকল্পন নং.....২৭..... মেয়াদ.....২২..... ঝুঁকির শ্রেণী..... সহযোগী বীমা ☐ PDAB ☐ DIAB

প্রিমিয়াম জমা পদ্ধতি ☐ বার্ষিক ☐ ষান্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ মাসিক ☐ এককালীন ☒ প্রিমিয়াম দাতা ☒ নিজে ☐ অন্য

বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য.....স্বাস্থ্য নিরাপত্তা..... বার্ষিক আয়.....১০,০০০/..... আয়ের উৎস.....উপার্জন

প্রিমিয়াম প্রদানের তথ্য : নগদ/ডিডি/পে-অর্ডার/চেক নং..... তারিখ..... টাকা.....

কথায়..... ব্যাংকের নাম..... শাখা.....

পিআর/বিএম নং..... তারিখ..... টাকা..... কথায়.....

পেনশন পলিসি/শিশু শিক্ষা বীমার ক্ষেত্রেঃ বীমা প্রস্তাবকের বয়স কত বছর পূর্তির পরে পেনশন/বৃত্তি প্রদান শুরু হবে..... বছর, মাসিক পেনশনের/বৃত্তি পরিমাণ..... টাকা

পেনশন/বৃত্তির মেয়াদ..... বছর ☒ প্রিমিয়ামদাতা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে '✓' টিকা দিন) : ☐ নিজে ☐ অভিভাবক ☐ অন্য কেউ

প্রিমিয়ামদাতা অন্য কেউ হলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুনঃ.....

বীমা প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নামঃ..... প্রস্তাবকের সাথে তার সম্পর্কঃ.....

আপনার বা আপনার পরিবারের অন্য কোন সদস্যের রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা অন্য কোন কোম্পানীতে বীমা পলিসি যদি থাকে, তাহলে অনুগ্রহপূর্বক তার তথ্যাবলী নিম্নের ছকে উল্লেখ করুন।

পলিসি নম্বর	বীমা গ্রহণকারীর নাম	কোম্পানীর নাম	মেয়াদ	বীমা অংক	গ্রহণের তারিখ	যে শর্তে বীমা গৃহীত হয়েছে
২৭	২৭	২৭	২৭	২৭	২৭	২৭
২৭	২৭	২৭	২৭	২৭	২৭	২৭

পারিবারিক ইতিহাস

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ অসুস্থতার স্থিতিকাল	মৃত্যুকালীন সন
পিতা	০১	৫০	সুস্থ	৬০	হৃদরোগ	-	২০১৬
মাতা	০১	৫০	সুস্থ	৭০	হৃদরোগ	-	২০১৬
ভাই	০১	৫০	সুস্থ				
১. বোন	০২	৫৪, ৫২	সুস্থ				
২. স্বামী/স্ত্রী	০১	৫০	সুস্থ				
৩. পুত্র	০২	৩০, ২৬	সুস্থ				
৪. কন্যা	০১	২০	সুস্থ				

১) আপনি কি এখন সুস্থ?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
২) গত এক বছরে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি হয়েছে কি?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৩) আপনি কি গত এক বছরে অসুস্থতার কারণে এক সপ্তাহের বেশি ছুটি বা বিশ্রামে কাটিয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহপূর্বক ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৪) আপনার শরীরের কোন অংশ প্রতিবন্ধী কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে লিখুন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৫) আপনি কি কখনো বসন্ত রোগে ভুগেছেন?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৬) আপনি কি বসন্ত রোগের টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৭) আপনি কি কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হয়েছিলেন?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৮) আপনি কি কোভিড-১৯ এর টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৯) আপনি কি গত পাঁচ বছরে কোন সংক্রমণ রোগীর সান্নিধ্যে বসবাস করেছেন? যদি হ্যাঁ হয় অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১০) আপনি পিতৃ বা মাতৃ কুলের কোন বংশগত রোগের ধারক কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১১) আপনি কি কখনো নিম্নোক্ত রোগে ভুগেছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে পৃথক কাগজে বিস্তারিত লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মৃগী বা স্নায়বিক সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘন ঘন কাশি, ব্রংকাইটিস, অ্যাজমা, নিউমোনিয়া, প্রিউরিসিস, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পাকস্থলী বা অন্ত্রে কোন সংক্রমণ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পিত্তাশয় বা লিভারের অসুখ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মূত্রাশয়, মূত্রাশয় রোগ, যৌনরোগ, প্রস্রাবে গুরুত্ব, অ্যালবুমিন ইত্যাদি	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চোখ, কান, নাক, গলার রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
অন্য কোন রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
কোন ধরনের অপারেশন, দুর্ঘটনা, জয়েন্ট বা মাংসপেশীর সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
আপনি কি ধূমপায়ী? হ্যাঁ হলে কত দিন যাবৎ আসক্ত উল্লেখ করুন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

আপনার বর্তমান ওজন..... শারীরিক পরিমাপ..... কেজি/পাউন্ড, আপনার উচ্চতা..... ফুট/ইঞ্চি, আপনার বুকের মাপ: শ্বাস গ্রহণের পর ইঞ্চি/সে.মি.....  
 শ্বাস ত্যাগের পর..... ইঞ্চি/সে.মি., কোমরের মাপ..... ইঞ্চি/সে.মি., আপনার সনাক্তকরণ চিহ্ন.....

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা-প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিকা (✓) দিন

শিক্ষাগত যোগ্যতা..... মাসিক আয়..... আয়ের উৎস.....  
 আয়ের উৎস কি নিজস্ব ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি করদাতা? ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি বিবাহিত? ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? ☐ না ☒ হ্যাঁ  
 স্বামীর নাম..... স্বামীর পেশা..... স্বামীর মাসিক আয়.....  
 সর্বশেষ মাসিকের তারিখ..... সন্তান সংখ্যা..... কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?.....

শিশু নিরাপত্তা/শিশু শিক্ষা বীমার জন্য প্রযোজ্য-প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

শিশুর নাম (বাংলায়).....  
 ইংরেজীতে (BLOCK LETTER).....  
 পিতার নাম..... মাতার নাম.....  
 প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক..... নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... জন্ম তারিখ.....  
 বয়স প্রমাণপত্র : জন্ম সনদ/অন্যান্য সনদের নম্বর..... জন্ম স্থান..... দেশ.....

শিশুর ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্ট- প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন  
পরীক্ষাকারী ডাক্তারকে নিম্নোক্ত তথ্য পূরণ করে সীলসহ স্বাক্ষর প্রদান করতে হবে

শিশুর নাম..... বয়স.....  
শিশুটি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটির দৃষ্টি ও শ্রবণ শক্তি স্বাভাবিক কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটির কোন অঙ্গহানি আছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটির জন্মগত কোন রোগ আছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটিকে গুটি-বসন্ত, পোলিও, ডিপথেরিয়া, ধনুষ্ঠংকার টিকা দেওয়া হয়েছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ  
শিশুটির উচ্চতা..... ফুট/ইঞ্চি, ওজন..... কেজি/পাউন্ড, নাড়ীর গতি..... শরীরের তাপমাত্রা.....

ডাক্তারী পরীক্ষায় অতীতের নিম্নোক্ত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে কি? পড়ে থাকলে হ্যাঁ/ না টিক (✓) দিন।

ক) হৃদযন্ত্র, রক্তবাহী শিরা, অস্ত্র বা শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
খ) মূত্রাশয় বা মূত্র নালীর কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
গ) মস্তিষ্ক বা স্নায়ু জনিত কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘ) অস্থি, গ্রন্থি, চর্ম, চক্ষু, নাক, কান বা গলায় কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঙ) ফোলা বা রিকেট?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চ) আমাশয় বা উদরাময়?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ছ) জ্বরসহ বা জ্বর ছাড়া দুরারোগ্য কোন ব্যাধি?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
জ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার বা অন্য কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

ডাক্তারের নাম

প্রস্তাবকের ঘোষণা

সীলসহ স্বাক্ষর

আমি রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেডের প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক হিসাবে প্রতিজ্ঞা পূর্বক ঘোষণা করছি যে, আমার নিজের স্বাস্থ্য, জীবন ও পরিবার সম্পর্কে উল্লেখিত প্রশ্নের উত্তর সম্পূর্ণরূপে সঠিক এবং আমি নিশ্চয়তা দিচ্ছি যে আমি আমার প্রদত্ত ঘোষণায় কোন প্রকার শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবপত্রে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নের অংশে শারীরিক বিষয়সহ প্রদত্ত সকল তথ্য ও বক্তব্য এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রথম গর্ভধারণ উপধারা, অপ্রাপ্তবয়স্ক উপধারা ও পূর্বস্বত্ব শর্তাবলী অত্র বীমাচুক্তির মৌলিক ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাব্যতীকীয় কোন কিছু মিথ্যা প্রমাণিত হলে রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড আমার সমুদয় প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করা ও পলিসি বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, অবলিখন সংক্রান্ত চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত প্রদান না করা পর্যন্ত এবং কোম্পানী কর্তৃক প্রথম প্রিমিয়াম রশিদ (এফ.পি.আর) ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত কোম্পানীর উপর আমার জীবন বীমার কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

প্রস্তাবপত্র পূরণের স্থান.....

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ:.....

নাম.....

পিতার নাম.....

মোবাইল নম্বর.....

বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর.....

নাম.....

প্রস্তাবপত্র পূরণের তারিখ.....

অভিভাবকের প্রতি স্বাক্ষর..... তারিখ.....

(অপ্রাপ্তবয়স্ক প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে)

উন্নয়ন কর্মকর্তাদের কোড সেটআপ

এফ.এ. কোড	২০২০০০০ ২৪
ইউ.এম. কোড	২০২০০০ ২
বি.এম. কোড	২০২০০০ ৭

সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর (কোড এবং সীল)

অবলিখন বিভাগের জন্য প্রযোজ্য

মন্তব্যসহ অনুমোদনের জন্য উপস্থাপন

মূল প্রিমিয়াম ..... টাকা, সহযোগী প্রিমিয়াম: PDAB/DIAB ..... টাকা, Hi ..... টাকা



অতিরিক্ত প্রিমিয়াম (O/E, F/E, H/I, E/M) ..... টাকা, সর্বমোট প্রিমিয়াম ..... টাকা।


মন্তব্যসহ অনুমোদন

প্রস্তুতকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)

অনুমোদনকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)



 <b>গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার</b> Government of the People's Republic of Bangladesh NATIONAL ID CARD / জাতীয় পরিচয় পত্র	
	নাম: মোছাঃ সুকজান বেগম Name: Mst. Shukzan Begum স্বামী: আলাল শেখ মাতা: জরিনা বেগম Date of Birth: 08 Apr 1972 ID NO: 4717527717698

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।	
ঠিকানা: পশ্চিমপাড়া, রাস্তা নং/নাম: চাঁদপুর, ডাকঘর: বামনডাঙ্গা বাজার - ৯২৪০, রূপসা, খুলনা	
প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর      প্রদানের তারিখ: ১১/১১/২০০৭	
	

মোঃ শহীদুল ইসলাম  
 ডেপুটি জেনারেল ম্যানেজার (উন্নয়ন)  
 আইডি-২০০৩৮৪  
 রূপসা লাইফ ইনসিওরেন্স কোং লিমিটেড  
 খুলনা।

২২-৯-২০২২  
 ৮-৪-২০১২  
 ৫- ৫০



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪  
ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

সূত্র : আর,এল,আই/অবলিখন/২২/২২

তারিখ : ২০/১০/২২

## গ্রহণ পত্র

বিষয় : আপনার প্রস্তাবপত্র নং THB - ১৬২৬/২২

জনাব,

আপনার সদয় অবগতির জন্য জানাচ্ছি যে, আপনার পেশকৃত বীমা প্রস্তাবটি নিম্নে বর্ণিত অতিরিক্ত শর্ত সাপেক্ষে গৃহীত হয়েছে :

বীমা অংক : ২৭,০০০/- পরিকল্প নং মেয়াদ : ২৫-১২ প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : ৫৫৫ মূল প্রিমিয়াম : ৪০৫৫/- মহিলা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম : — পেশাগত/স্বাস্থ্যগত অতিঃ প্রিমিয়াম : — পি ডি এ বি/ ডি আই এ বি প্রিমিয়াম : — বাদ জমা : অবশিষ্ট দেয় :	অতিরিক্ত শর্ত :		
	ক)	১ম বৎসরে মৃত্যুতে বীমা অংকের	প্রদান যোগ্য হবে
	২য়	" " "	" " "
	৩য়	" " "	" " "
	৪র্থ	" " "	" " "
	৫ম	" " "	" " "
	৬ষ্ঠ	" " "	" " "
	৭ম	" " "	" " "
	৮ম	" " "	" " "
	৯ম	" " "	" " "
	খ)	শুরু থেকে ০৪ বৎসরের মধ্যে মৃত্যুতে বীমা অংকের ৫০% প্রদান যোগ্য হবে।	

উল্লেখ্য যে, প্রথম প্রিমিয়াম পুরোপুরি জমা না হওয়া অথবা উল্লিখিত অতিরিক্ত শর্তে বীমা গ্রহণের জন্য আপনার সম্মতি না পাওয়া পর্যন্ত কোম্পানী বীমার দায় গ্রহণ করবে না। এই পত্রের তারিখ থেকে ৩০ (ত্রিশ) দিনের মধ্যে উপরোক্ত প্রিমিয়াম জমা না হলে বা সম্মতি পত্র না পাওয়া গেলে এই 'গ্রহণ পত্র' বাতিল বলে গণ্য হবে।

প্রস্তাবপত্র জমা দেওয়ার পর থেকে গ্রহণ পত্র ইস্যু হওয়া অথবা পূর্ণ প্রিমিয়াম জমা দেওয়ার পূর্বে আপনার স্বাস্থ্যগত/ পেশাগত আর কোন পরিবর্তন হয়ে থাকলে তা কোম্পানীকে জানানোর জন্য অনুরোধ করা যাচ্ছে। সে ক্ষেত্রে, কোম্পানী এই পত্রের শর্ত সমূহ পুনর্বিবেচনা করবে। উপরোল্লিখিত শর্ত আপনার নিকট গ্রহণ যোগ্য হলে ২য় কপিতে স্বাক্ষর করে আমাদের নিকট ফেরত পাঠালেই ১ম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ ইস্যু করা হবে।

আপনাকে সেবা করার সুযোগ দেয়ায় আমরা কৃতজ্ঞ।

উক্ত শর্ত মেনে নিয়ে আমি বীমা গ্রহণে সম্মত হয়ে ২য় কপিতে স্বাক্ষর করলাম।

আপনার কিংবদন্ত,

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা।

স্বাক্ষর

প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর

তারিখ : ২০/১০/২২

MD. ASHRAFUR RAHMAN  
MANAGER (ID No-0978)  
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.  
SERVICING CENTER, KHULNA.