

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 12/09/2022 12:00:00A Mobile No: 01925216052

Medical:

PolicyNo **208059220-9**

Age at Entry

37 YRS. AGE ADMITTED(4)

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

Table & Term 16-12

Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MOHTARAMA MUNNE BEGUM

Proposer's Address D/O:MD. SULTAN KHA
VILL: AICHGATI, PALLI BIDYUT OFFICE
P.O.: BELFULA-9241 THANA: RUPSHA
DIST: KHULNA 01925216052

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 35% For 04 Year to this Policy.

Sum Assured 58,000

FIFTY EIGHT THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C

Basic Premium: 6,015.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- THB9201-20220912-866

12/09/2022,,

6,015.00

SIX THOUSAND FIFTEEN 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

MST. FARIA AKTER, DAUGHTER, 17 YRS

MST. MANSURA - 13 YRS

DULY STAMPED

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name

GUARDIAN: MD. YEASIN DHALI, FATHER, 42 YRS.

Child's Name

., Yrs.

Date of FPR:

12/09/2022

FPR No:

THB-1698-22

RiskDate :

12/09/2022

Date of Proposal

31/08/2022

Proposal No:

THB-1698-22

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

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

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

Lia



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Print dt 19/09/2022

Islami Bima

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

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL, Lien 35% For 04 Year

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
208059220-9	THB-1698-22	12/09/2022	12/09/2022	16-12 Yly		THB9201-2022	6015
MOHTARAMA MUNNE BEGUM বীমাত্রাহকের D/O:MD. SULTAN KHA নাম ও ঠিকানা: VILL:AICHGATI, PALLI BIDYUT OFFICE P.O.:BELFULIA-9241 THANA:RUPSHA বীমাত্রাহকের DIST:KHULNA 01925216052 বয়স: 37							12/09/2022
এফ পি অফিস (THB9203) THB-1698 ইস্যুর তারিখ -22 12/09/2022							0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্বৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা	মোট 6015
58000	6015	0	0	6015	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং 202000014/20200009/2020007/200384/200384/200382/200380							12/09/2023

F. Khairun

AGE ADMITTED(Voter List)

অনুমোদিত কর্মকর্তা

Rupali Life Insurance Company limited

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

12/09/2022

Policy No: 208059220-9 FPR No: THB-1698-22 SC Code: THB
 FPR Date: 12/09/2022 SC Name: Khulna Serviceing Cer
 Proposal No: THB-1698-22 Com. Date: 12/09/2022 Office Code: THB9203
 Proposal Date: 12/09/2022 Risk Date: 12/09/2022 Office Name: Kalabogi Bazar Agenc

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
58,000.00	16-12	Yly	6,015	0.00	(6,015)	12-Sep-2023

Sum Assured In word: FIFTY-EIGHT THOUSAND

Premium In word: SIX THOUSAND FIFTEEN

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAMA MUNNE BEGUM

Mobile No: 01925216052

Age & Date of Birth

37 17/03/1985

Special Clause:

AGE ADMITTED(Voter List)

Life Prem: 6,015.00

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):

Comission
 Information for
 calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 1353.38 - 67.67 = 1285.71

UM : 406.01 - 20.30 = 385.71

BM : 270.68 - 13.53 = 257.14

5% Source Tax: 101.5

Net Payable: 1928.56

133

Accepted with 35%
 Constant Lien of Sum
 assured for the 1st
 04 (Four) years of the
 term - 12/09/2022

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



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রিমিয়াম রসিদ

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

“ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত”

Ishtiaq Arshad

F THB8201-20220912 866

পলিসি নং :

THB-1698-22

CASH PR. Collect OR Later

ঝুঁকির তারিখ	পরিকল্প নং ও মেয়াদ	বীমা অংক	প্রিমিয়াম কিস্তি	প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি	Ylv
12/09/2022	16 - 12	58000	6015		
MOHTARAMA MUNNE BEGUM			সমস্বয় কাল	31/08/2022	সমস্বিত কিস্তির সংখ্যা
<div> <div>Basic Premium:</div> <div>Tk. 6014.6</div> <div>PDAB/DIAB:</div> <div>Tk. 0</div> <div>F/E or O/E:</div> <div>Tk. 0</div> <div>প্রদত্ত কিস্তির সংখ্যা</div> </div>			সমস্বিত প্রিমিয়াম	বর্ধিত প্রিমিয়াম	পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ
			বিলম্ব ফি (যদি থাকে)		31/08/2023
			সর্বমোট	6015	অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে)

Received by

Cash

12/09/2022

1

Orgn.

202000014/202000009/2020007/200384/200384/200382/200380/202945/-/-/-/-/-

Taka Inword: Six Thousand Fifteen taka only

Amount(s):

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

তারিখ

12/09/2022

Old FA:



MRINMOY HIDER
S.E.O (ID No. 11111)
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

ছবি

গ্রাহকের পাসপোর্ট
সাইজের ০২ কপি
রক্ষিত ছবি

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <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"/> সামাজিক বীমা
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-1698/22 Policy No. 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 মুন্সি বেঙ্গল

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER) MUNSI BEGUM

পিতার নাম মুন্সি বেঙ্গল মাতার নাম মুন্সি বেঙ্গল

স্বামী/স্ত্রীর নাম মুন্সি বেঙ্গল বৈবাহিক অবস্থা: ☐ অবিবাহিত ☒ বিবাহিত ☐ তালাক প্রাপ্ত ☐ বিধবা

গ্রাহকের পেশা হাউসিউল্ডার পদবী

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ হাউসিউল্ডার, মুন্সি বেঙ্গল

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম

জন্ম তারিখ ০৭/০৩/৮৫ বয়স ৩৭ জন্ম স্থান মুন্সি বেঙ্গল ধর্ম ইসলাম জাতীয়তা বাংলাদেশী

ফোন-বাসা ফোন-অফিস ই-মেইল

মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) ০২২২৫২১৩০৫২

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

স্থায়ী ঠিকানা বর্তমান ঠিকানা

বাড়ী নং/রোড নং

গ্রাম/শহর

ডাকঘর

থানা

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 মুন্সি বেঙ্গল নাম মুন্সি বেঙ্গল

জন্ম তারিখ ০৭/০৩/৮৫ বয়স ৩৭ জন্ম তারিখ ০৭/০৩/৮৫ বয়স ৩৭

সম্পর্ক ০২ প্রাপ্ত অংশ ০০ % সম্পর্ক ০২ প্রাপ্ত অংশ ০০ %

মোবাইল নম্বর ০২২২৫২১৩০৫২ মোবাইল নম্বর ০২২২৫২১৩০৫২

মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে

অভিভাবকের নাম মুন্সি বেঙ্গল বয়স ৪২ সম্পর্ক ০২

বীমা অংক.....২৬০০০.....কথায়.....

প্রিমিয়াম.....২৩০২৫.....কথায়.....

পরিকল্প নং.....২১৭.....মেয়াদ.....২২.....বুকের শ্রেণী.....সহযোগী বীমা ☐ PDAB ☐ DIAB

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

বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য.....প্রাথমিক চিকিৎসা.....বার্ষিক আয়.....৩৫,০০০.....আয়ের উৎস.....স্বল্প/মজুরি.....

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

কথায়.....ব্যাকের নাম.....শাখা.....

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

পেনশন পলিসি/শিশু শিক্ষা বীমার ক্ষেত্রে: 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 লিখুন:

বীমা প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম:.....প্রস্তাবকের সাথে তার সম্পর্ক:

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

পারিবারিক ইতিহাস

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ অসুস্থতার স্থিতিকাল	মৃত্যুকালীন সন
পিতা	০২	২৫	মৃত	২০	কর্ডিয়া		২০১০
মাতা	০১	২৫	মৃত	২০	কর্ডিয়া	~	২০০৫
ভাই	০১	৪৭	স্বাস্থ্য				
২৬৪০০৭	০৫	৪৫, ৪৬, ৪৭, ৪৮	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	০১	৪২	স্বাস্থ্য				
পুত্র	০০	—	—				
কন্যা	০২	২৭, ১৬	স্বাস্থ্য				

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 checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৪) আপনার শরীরের কোন অংশ প্রতিবন্ধী কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে লিখুন	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৭) আপনি কি কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হয়েছিলেন?	<input checked="" 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 কাঁশি, 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
মূত্রপাথর, মূত্রাশয় রোগ, যৌনরোগ, প্রস্রাবে গুরুত্ব, অ্যালবুমিন ইত্যাদি	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চোখ, কান, নাক, গলার রোগ	<input type="checkbox"/> না <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

শারীরিক পরিমাপ

আপনার বর্তমান ওজন.....কোজ/পাউন্ড, আপনার উচ্চতা.....ফুট/ইঞ্চি, আপনার বৃকের 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 ☒ আপনি কি করদাতা? ☐ না ☒ আপনি কি বিবাহিত? ☐ না ☒ আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? ☐ না ☒
 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

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 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, ধনুষ্টংকার 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 ব্যধি?	<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 শর্তাত্মক 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 গন্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাৱশ্যকীয় 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	202000028	সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর (কোড এবং সীল)
ইউ.এম. কোড	2020000	
বি.এম. কোড	2020009	

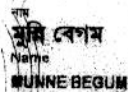
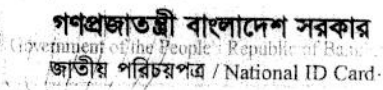
অবলিখন বিভাগের জন্য প্রযোজ্য

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)



মোঃ সুলতান খাঁ

হাস্য
হলেহা বেগম

Date of Birth 17 Mar 1985

NID No. **644 654 6357**



ਸ੍ਰੀ ਯੋਗੇਸ਼ੁਰ



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: আইচগাতী, পল্লী বিদ্যুত অফিস,
ডাকঘর: বেলফুলিয়া - ৯২৪২, রূপসা, খুলনা



Food Group

Place of Birth **KHULNA**

issue Date 13 Mar 2018

I<BGD644654635<74<<<<<<<<<<<<
8503172F3303126BGD<<<<<<<<<<<<0
BEGUM<<MUNNE<<<<<<<<<<<<<<<<

~~২০২২/০৮/১৬~~
~~২৪/০৯/১৬~~
০৭/১০/১৬
১৩/১০/১৬
১৩/১০/১৬

শেখা শহীদুল ইসলাম
ডপুটি কমান্ডার ম্যানজার (গ্রেড)
অফিস-০০০৩৮৪
রূপালী সার্বিক ইনসিওরেন্স কোম্পানি
ইলনা।

তারিখ : ০২/১১/২২