

# 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:Chowmuhon

Entry Date 15/01/2022 12:00:00A Mobile No: 01826361351 Medical: Medical submitted:

PolicyNo **103254889-5** Age at Entry **44 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 **SHANAZ BEGUM**

Proposer's Address **W/O: MD. MONSUR ALI  
HOUSE:ALI SOWDAGORER BARI, 10 NO GOLI,  
MOTI JHARNA, LAL KHAN BAZAR  
P.O.DAMPARA THANA:KHULSHI  
DIST:CHATTOTGRAM 01826361351**

Extra Loading: **Tk. 2000** Include DL Lien 87.5% For 7 Year to this Policy.

Sum Assured **1,000,000** **TEN LAKH TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **82,500.00** Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- 883953,873407** **30/12/2021,10/11/2021,**

**84,500.00** **EIGHTY FOUR THOUSAND FIVE HUNDRED 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 **OSMAN ALI SIFAT, SON, 11 YRS.**

Guardian's Name **GUARDIAN: MD. MONSUR ALI, FATHER, 52 YRS.**

Child's Name **, Yrs.**

Date of FPR: **15/01/2022** FPR No: **ECB-E-2757/21** Risk Date: **26/01/2022**

Date of Proposal **30/12/2021** Proposal No: **ECB-E-2757/21** 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: 103000441/10300064/1030055/100696/102207/100252/100266

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

Countersigned  
**MANOJ K. MAHAMAN**  
**J.E.V.P (ADMIN) ID NO.-307**  
**Rupali Life Insurance Co. Ltd.**  
**Chattogram Servicing Center**

Managing Director  
**Lia**



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Print dt: 30/01/2022

Ekok Bima

ফাইল কপি

Include DL Lien 87.5% For 7 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

বীমাপত্র নং	প্রদানপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103254889-5	ECB-E-2757/21	30/12/2021	26/01/2022	01-16	Yly	883953	79500
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 44	<b>SHANAZ BEGUM</b> W/O: MD. MONSUR ALI HOUSE ALI SOWDAGORER BARI, 10 NO GOLI, MOTI JHARNA, LAL KHAN BAZAR P.O. DAMPARA THANA: KHULSHI DIST. CHATTOGRAM 01826361351			 শাখা Khatungonj এফ পি আর নং Agency Office (ECB4314) ইস্যুর তারিখ ECB-E-27 57/21 15/01/2022	30/12/2021	873407	5000
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 84500
1000000	82500	0	2000	84500	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং :	103000441/10300064/1030055/100696/102207/100252/100266						30/12/2022

পরিচালকের স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

অতিরিক্ত কর্মকর্তা

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-FPR

<u>Business Month:</u> <b>December, 2021</b>		<b>Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhon</b>	
<u>Entry Date</u>	15/01/2022 12:00:00AM	<u>Mobile No:</u>	01826361351
<u>PolicyNo</u>	<b>103254889-5</b>	<u>Medical:</u>	Medical submitted.
		<u>Age at Entry</u>	44 YRS. AGE ADMITTED(1)
<u>Name of plan</u>	FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM		
<u>Table &amp; Term</u>	01-16	<u>Supplementary Cover</u>	NILL. 0.00
<u>Proposer's Name</u>	SHANAZ BEGUM		
<u>Proposer's Address</u>	W/M MONSUR ALI HOUSE:ALI SOWDAGORER BARI, 10 NO. GOLI, MOTI JHARNA, LAL KHAN BAZAR P.O. DAMPARA THANA:KHULSHI DIST:CHATTOTGRAM 01826361351		
		<u>Extra Loading:</u>	Tk. 2000
			Include DL Lien 87.5% For 7 Year to this Policy.
<u>Sum Assured</u>	1,000,000	TEN LAKH TAKA ONLY	
<u>Mode Of Payment</u>	YEAR	<u>Policy Option</u>	C
		<u>Basic Premium:</u>	82,500.00
		<u>Suspense:</u>	0.00
<u>Total Premium</u>	By PR- 883953,873407 30/12/2021,10/11/2021,		
	<b>84,500.00</b>	EIGHTY FOUR THOUSAND FIVE HUNDRED TAKA ONLY	
<u>Event of Happening</u>	1.ON SURVIVAL,AS PER SPECIAL PROVISIONS HEREIN AFTER. 2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.		
<u>Nominee's Name</u>	OSMAN ALI SIFAT, SON, 11 YRS.		
<u>Guardian's Name</u>	GUARDIAN: MD. MONSUR ALI, FATHER, 52 YRS.		
<u>Child's Name</u>	,, Yrs.		
<u>Date of FPR:</u>	15/01/2022	<u>FPR No:</u>	ECB-E-2757/21
		<u>Risk Date:</u>	26/01/2022
<u>Date of Proposal</u>	30/12/2021	<u>Proposal No:</u>	ECB-E-2757/21
		<u>Date of Commencement</u>	30/12/2021
<u>Premium due date:</u>	ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR		
<u>Last premium due date</u>	30/12/2036	<u>Next Due Date:</u>	30/12/2022
		<u>Date Of Maturity</u>	30/12/2037
<u>Special Provision</u>	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.		
<u>Organization Set-up:</u>	103000441/10300064/1030055/100696/102207/100252/100266		

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

Sal No. 2757/24 Proposal Date                       
No. 103254889-5 Branch Code                       
C No.                      Branch Name                     

### ORGANIZATION

103000491 D.C                       
                     R.C                       
                     DV.C                       
                     C.C                     

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 29.01.22 Date of Commencement 30.12.21  
of Birth 01.01.1978 Entry Age & Proof Code                      44  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 10,00,000.  
In Word                     

& Term 01 16 Mode of Payment 44  
Installment Premium (In Taka) 82500/-  
In Word                     

### SUPPLEMENTARY COVER

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

### EXTRALODGING

	Code	Premium
F/E or O/E	<u>                    </u>	<u>2000/-</u>
EM	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Installment Premium (In Taka): 89500/-  
In word                       
y Option C  
Premium Due Date                     

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Shanaz Begum  
Proposer's Present Address coo-Momur Ali  
clo-Ali Sowdhagar B  
goli Moti Jhonna Lalkhan  
p/o:-Dampara Khalshe  
Nominee's Name Osman Ali Sifat  
Age & Relation 11-yrn  
Guardian's Name MD. Momur Ali  
Age & Relation 52 yrn

### 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>883553</u>	<u>791</u>
<u>10.11.21</u>	<u>873707</u>	<u>50</u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Suspense Amount                       
Premium Rate % 89.50

Prepared by

Verified by

# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ous Policy / Policies :  
মার বিবরণ :

Underwriting Decision :  
অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 8/E  
8 1/2% (highly seven  
diminishing lien at 5  
1st of (Seven) years  
term.

30/1/22  
26/1/22

~~SP~~  
A  
27/1

cal Adviser :

26/1  
22

Prop

Policy

F.P.

F.A

U.M

B.M

B.C

Ris

Dat

Su

Ta

Ta

L

T





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স

নিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাবলী নিমিটেড  
পিএবিএরঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৬৬১-১০০০।

কমিউটার/হাইল কপি

83407

PR

টাকা প্রাণ্ডির রসিদ

স্বাক্ষরের মোবাইল নম্বর:

০১১৪২৬৩৬১৩৫১

তারিখঃ ০২/০৮/২০২২

স্বাক্ষর (স্বাক্ষর)

ধন্যবাদ সহকারে জন্ম/জন্ম

০২/০৮/২০২২

নিকট হতে

টাকা

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে.অর্ডার/ডিটি মাং

এর মাধ্যমে প্রস্তাব/বীমাপত্র

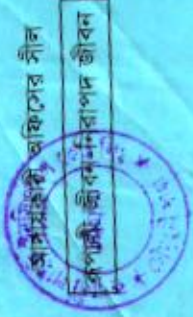
উক্ত টাকাঃ

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

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

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীল সহ)  
(কোম্পানী)



কমিউটার/হাইল কপি  
স্বাক্ষর ও সীল

MD AKHTARUL ALAM  
S.E.O (F&A)  
ID No.-0339  
Rupali Life Ins. Co. Ltd  
Chittagong.





# 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

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

প্রস্তাবপত্র নং ২৭৭৭/২১  
বীমাপত্র নং ২০৬২৫৪৮৮৯-৪

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ	২০৬০০০ ৪৪২		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, কটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : শাহজাদ হুসাইন হোসেন  
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : SHAHJAD HUSAIN HOSEN  
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : শ্রীঃ মনসুর আলী ইংরেজীতে : MR. MANSUR ALI  
(ঘ) মাতার নাম : হুমায়রা বেগম ইংরেজীতে : HUMAIRA BEGUM  
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সফটওয়্যার ইঞ্জিনিয়ার  
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : সফটওয়্যার ইঞ্জিনিয়ার, ইন্সটিটিউট অফ ইন্টারন্যাশনাল সিস্টেমস

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ৩০ নং গান্ধী সড়ক, বঙ্গবন্ধু স্মরণে, ঢাকা-১০০০  
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ৩০ নং গান্ধী সড়ক, বঙ্গবন্ধু স্মরণে, ঢাকা-১০০০  
মোবাইল নং : ৮৮২৬৩৬১৩৫১ মোবাইল নং : ৮৮২৬৩৬১৩৫১

৩। জন্ম তারিখ : ২১/১২/২০১৬ বয়স : ৪ বছর জন্মস্থান : ঢাকা জাতীয়তা : বাংলাদেশী  
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জাতীয় পরিচয়পত্র

৪। (ক) বীমা অংক : ২,০০,০০০  
(খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ১৫ বছর  
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ হাফ-বার্ষিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন  
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং টাকা

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? সঞ্চয় আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২৪০,০০০ আয়ের উৎস কি? সঞ্চয়  
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন?  
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) কোনও

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

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

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	ঝুঁকির তারিখ লিখুন
<u>না</u>				<u>না</u>	

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) শাহজাদ হুসাইন হোসেন বয়স : ৪ সম্পর্ক : পুত্র  
(২) শাহজাদ মনসুর আলী বয়স : ২০ সম্পর্ক : পুত্র  
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : শ্রীঃ মনসুর আলী বয়স : ৫২ 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। না  
(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন। না  
(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি? না  
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/ঝুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন। না

## পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
পিতা		<u>৭২</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>			
মাতা		<u>৬৪</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>			
ভাই	<u>(২)</u>	<u>৪৫</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>			
বোন	<u>(২)</u>	<u>৪৬</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>			
স্বামী/স্ত্রী	<u>(২)</u>	<u>৫২</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>			
ছেলে	<u>(২)</u>	<u>২২</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>			
মেয়ে	<u>(৪)</u>	<u>২৪, ২৬, ২৬, ২৮</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>			





**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) ২৫ (খ) ২ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) ৩																						
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) (খ) (গ) (ঘ)																						
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) (খ)																						
১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মুগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রুকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) গ্ৰীবা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পূজের 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, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>বলুন</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন																			
হ্যাঁ	না																						
বলুন																							
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ..... কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? ..... ফু/মিঃ ..... ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন .....	৬০, ৫'৮", ৩৮, ৩৮																						

**২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম**

কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাউকেও জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখার জন্যে বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমান অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
---	-----------------------------------

নাম : <u>মাহাতা নাথ (৩৪২)</u>	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>৩২০০</u>	বয়স : <u>৪৩</u>
খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>২০০০০</u>	ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? <u>২০/১০/২২</u>
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>কমার্শিয়াল</u>	এ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>২২ ৫২ ৩০ ৫০</u>
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>না</u>	ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>না</u>	ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>৫০: মনুজ কুমার</u>
চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>না</u>	ড) তাঁর মাসিক আয় কত?
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? <u>১</u>	ঢ) তাঁর পেশা কি? <u>২০০০০</u>
জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? <u>না</u>	ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি? <u>২০০০০</u>
	ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা .....

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

**ঘোষণা**

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত 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 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 ধার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর ঋকির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষরী স্বাক্ষর : .....	স্থান .....	পুরো নাম .....
পদবী .....	কোড .....	ঠিকানা .....
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর .....	কোড নং .....	
পুরো নাম .....		

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

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

কপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

মাহাতা নাথ

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর  
তারিখ : ৬০/১২/২০

মাহাতা নাথ





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



1

শাহিনাজ বেগম

Figure 1

**SHANAZ BEGUM**



নুর আহমিন

1999

হালিমা বেগম

Date of Birth: 01 Jan 1978

NID No. **146 638 4730**



ঠিকানা: বাসা/হোজি: আলী সওদাগরের বাড়ী  
৪৪৩/৪৯৬, গ্রাম/রাস্তা: ১০ নং পল্লী, হাতিবাণী  
জাকসর, দক্ষিণাঙ্গ - ৪০০০, মুন্সীগঞ্জ, চট্টগ্রাম সিটি  
কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম



James C. O'Neil

Place of birth: CHITTAGONG

18 Feb 2017

I<BGD146638473<06<<<<<<<<<<<<<<<  
7801011F3202171BGD<<<<<<<<<<<<<<<2  
BEGUM<<SHANAZ<<<<<<<<<<<<<<<<<<

$$\begin{array}{r} 2021-12 \\ 1978-01 \\ \hline 43-11 \\ =44 \end{array}$$



[illegible]

20  
2019. 10. 10



॥ श्रीगणेशाय नमः ॥  
 ॥ श्रीगणेशाय नमः ॥  
 ॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

[illegible]



## গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়

## জন্ম সনদ

(জন্ম নিবন্ধন বহি হইতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং: ১৪

নিবন্ধন তারিখ: ৬০/০২/২০১১  
দিন মাস বছরসনদ ইস্যুর তারিখ: ৬০/০২/২০১১  
দিন মাস বছর

ব্যক্তিগত পরিচিতি নং: ২০১০১৫১৪৬১৪০৪১২৮৪

নাম:

ওম্মান আলী হিফাও

জন্ম তারিখ: সংখ্যায় (খ্রিঃ):

০৭-১২-২০১০ খ্রিঃ

লিঙ্গ: ☐ নারী ☒ পুরুষ

কথায় (খ্রিঃ):

নয় ডিগ্রির দুই দ্বিভাষিক দল

জন্মস্থান:

চট্টগ্রাম

বাংলাদেশ

পিতার নাম:

মোঃ বনসুর আলী

জাতীয়তা:

বাংলাদেশী

মাতার নাম:

কাদুনাড় বেগম

জাতীয়তা:

বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা:

আলী অওসারের বাড়ী, কতিসিং, নামগান বাড়ী

মালা: ঢাকার ডেল্টা চট্টগ্রাম, বাংলাদেশ

(প্রত্যুতকারী স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

আবুল কালাম  
সহকারী  
সবরাজ্যিক  
০৮/০২/১১  
০৮/০২/১১

নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর

নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

আবুল কালাম (মনি)  
০৮/০২/১১  
০৮/০২/১১  
০৮/০২/১১



332105025  
~~011100115200~~  
0011100118388



# 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.....মুহাম্মদ হান্নান..... (খ) নিকটতম জন্মদিনে বয়স.....৪৪..... বৎসর  
(গ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....মুহাম্মদ হান্নান..... (ঘ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা  
(গ) পেশা.....স্বাধীন..... (গ) বীমাকৃত টাকা.....১০,০০,০০০.....  
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....৮৩৩৩৩৩..... (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....০৩-০৩-১৬.....  
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....হ্যাঁ.....  
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....না.....

### নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

৫। আপনার পরিবারে মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাপলামী ইত্যাদি আছে কি?	<input checked="" type="checkbox"/>	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুজের উপস্থিতি।	<input checked="" type="checkbox"/>
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	<input checked="" type="checkbox"/>	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	<input checked="" type="checkbox"/>
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	<input checked="" type="checkbox"/>	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	<input checked="" type="checkbox"/>
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্রত।	<input checked="" type="checkbox"/>	(ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এম্বারে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/>
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>		
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	<input checked="" type="checkbox"/>

### 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) জুন অর্ধবা 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	৭১	৩৫				<input checked="" type="checkbox"/>
মা	১	৬৪	৫				<input checked="" type="checkbox"/>
ভাই	২	৪০, ৩৬	৫				<input checked="" type="checkbox"/>
বোন	২	৪৬, ৩৩	৫				<input checked="" type="checkbox"/>
স্বামী/স্ত্রী	১	৫২	৫				<input checked="" type="checkbox"/>
ছেলে	২	২২, ২১	৫				২০
মেয়ে	৪	২৪, ১৬, ১৩, ২৪	৫				২২



# জাতীয় পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(বাংলা জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (সাইড)

বীমা গ্রাহকের  
ছবি

জাতীয় পরিচিতি নম্বর/স্বাক্ষর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

১০০২৫৪৮৮৮-৫ তারিখ: ০৮/০৭/২২

জাতীয় পরিচিতি নম্বর/স্বাক্ষর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

জাতীয় পরিচিতি নম্বর

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং:

১৭৬৬৩৪৪৭৩০

হ্যাঁ

না

খ) পাসপোর্ট নং:

মেয়াদ:

হ্যাঁ

না

গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং:

হ্যাঁ

না

ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে):

হ্যাঁ

না

ঙ) প্রবৃত্তি লাইসেন্স নং:

মেয়াদ:

হ্যাঁ

না

চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে):

হ্যাঁ

না

কি হতে গা নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপত্র পলিসি হোল্ডার কেবলে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সন্তুষ্টি সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সন্তুষ্টি সাপেক্ষে উপরের ঘ হতে চ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ধরমে উপস্থাপিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৪. স্থায়ী ঠিকানা:

এম্মা ইউনাইটেড ব্যাংক

৫. প্রাসঙ্গিক/বর্তমান ঠিকানা:

ক

৬. গ্রাহকের পেশা (বিভাবিত):

এম্মা ইউনাইটেড ব্যাংক

গণ্যমান্য ব্যক্তি হলেন সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন কমিশনের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের গণ্যযোগ্য কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যক্ষ, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, নোটারি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্বশাসিত/রাষ্ট্রায়ত্ত্ব সংস্থার জাতীয় বেতন কমিশনের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন কমিশনের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

পেশাদার ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) :

১০৬৬৬৬৬৬

২. গ্রাহকের অর্থের উৎস :

৮. অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :

মাসিক

ত্রৈমাসিক

ষষ্ঠমাসিক

বার্ষিক

☒

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ)

২৫৫৫

(খ) নগদ

২০,০০,০০০

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	শ্রী: মনজুত আলী	সম্পর্ক :	পিতা
পিতার নাম :			
মাতার নাম :			
স্বামী/ স্ত্রীর নাম :			
পেশা :		জন্ম তারিখ :	৮২
বর্তমান ঠিকানা :			
স্থায়ী ঠিকানা :			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :			
টেলিফোন (বাস) :		টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	০১৮২৬-৩৬/৩৫৭	ফ্যাক্স :	
ই-মেইল :			

বীমা গ্রাহকের কাছ থেকে  
সত্যায়িত মনোনীত  
ব্যক্তির ছবি

(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে)

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ :

☐ নিম্ন

☐ উচ্চ

[ মন্তব্য অংশে বিপরীতমুখী (Subjective) বিবেচনার গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে অবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীবদ্ধ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুভূতভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নির্ধারণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে। ]

১৪. মন্তব্য :

--

পলিসি সম্প্রদিত কর্মকর্তা/ রিসেলেশনশীল ম্যানেজারের স্বাক্ষর  
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর  
(সিল ও তারিখ)





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

## বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ২০৬২৪৪৬৬৭-৫
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম জাহাঙ্গীর বেগম
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম মতিবন্ধা ডাকঘর ০৭০৫১০৮০ থানা মুন্সীগঞ্জ জেলা
- জেলা মুন্সীগঞ্জ। যোগাযোগের ঠিকানা : ৫০ আদম সড়ক, কাকরাইল, ঢাকা
- তারিখ ৪৪
- বয়স ৪৪
- থানা মুন্সীগঞ্জ
- জেলা মুন্সীগঞ্জ

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	বহুদিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৪/৫ দিন আগে
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্থস্থ্যের 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?	ঘরোয়া কাজ
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?	ঘরোয়া কাজ
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	২৫০০০০/২২০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	লেনা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারা দৃষ্টি 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
- পুরো নাম
- পদবী
- স্থান
- কোড নং
- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
- পুরো নাম
- পদবী
- অফিসের নাম
- ঠিকানা
- কোড নং

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 স্বনামধন্য কোম্পানিতে

একটি ২০০০০০০ ( দুই কোটি ) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ২০০০০০০ করি এবং উক্ত ৩০০০ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৬০.০০ টাকা, ব্যয় হয় ২২০.০০ 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 বিহীন বিধান আপনার যেন আজ্ঞা হয়।

নিবেদক/নিবেদিকা

স্বাক্ষর





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SHANAZ BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-44 years

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

DATE 16 01 2022

SL.No. 44

EXAMINATION OF:

**X-RAY CHEST P/A VIEW**

Trachea is central in position.

Cardiothoracic ratio is normal.

Diaphragm is normal in position. Both CP angles are normal.

Both lung fields are clear. No active lesion is seen.

Bony thorax reveals no abnormality.

**Impression : Normal Chest skiagram.**

*[Handwritten signature in red ink]*

*[Handwritten signature in black ink]*

COMMENTS (IF ANY) :



CHECKED BY

*Attested*  
*[Handwritten signature]*  
**DR. J. BARUA**  
MBBS, PGT  
BMDC Reg. No-46852  
EXSENIOR RADIOLOGIST & SENOLOGIST

*[Handwritten signature]*  
**DR. J. BARUA**  
MBBS, PGT  
BMDC Reg. No-46852  
EXSENIOR RADIOLOGIST & SENOLOGIST  
CONSULTANT



# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SHANAZ BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-44 years

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

DATE 16 01 2022

SL.No. 44

## ECG REPORT

MODE

RATE

86 / MIN

RHYTHM

Sim

INTERVALS AND DURATIONS

PR

0.15 sec

QT

QS

0.10 sec

AXIS

P

QRS

T

WAVES

P

QRS

T

U

SEGMENTS

ST:

PR:

OTHERS :

POSITION :

ELECTRO CARDIOGRAPHIC DATAS :

COMMENTS :

no more unit

স্বাক্ষরিত

26/1/22

COMMENTS (IF ANY) :

Attested

CHECKED BY

DR. ABDUL HAQ CHY.  
MBBS, D.CARD, PGT  
MD (MEDICINE) PART-2  
CONSULTANT CARDIOLOGIST

DR. ABDUL HAQ CHY.  
MBBS, D.CARD, PGT  
MD (MEDICINE) PART-2  
CONSULTANT CARDIOLOGIST  
CONSULTANT



Date: 16/01/2022

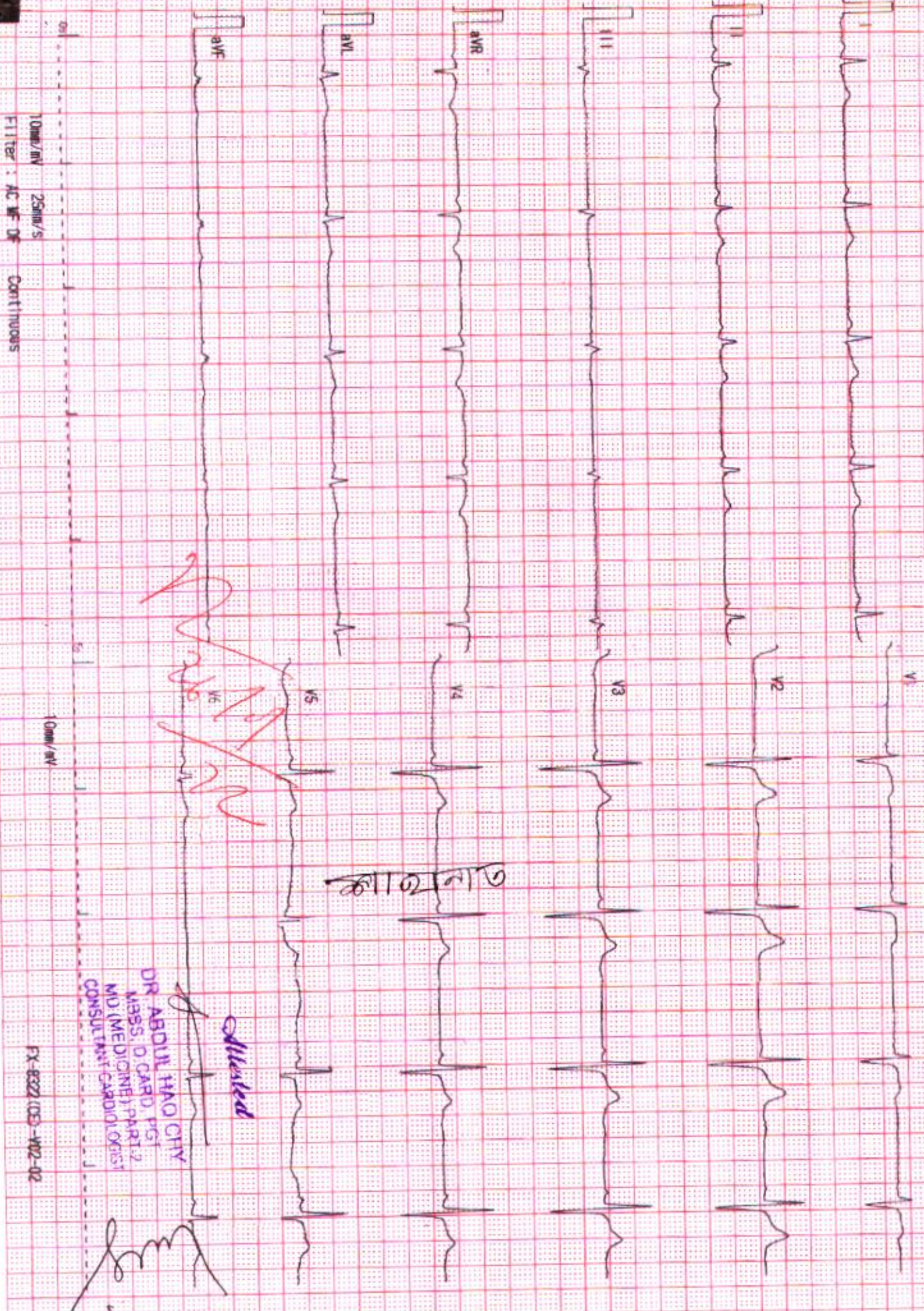
16:12:02

ID : 44

Name: SHANAZ BEGUM

Female: 44 years

HR 86



10mm/mV 25mm/s

Filter : AC LF DF

Continuous

10mm/mV

FY-8222 (05)-W02-02





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SHANAZ BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-44 years

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

DATE 16 01 2022

SL. No. 44

## 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 :  
*[Handwritten signature]*

## MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-3/hpf  
RBC : Nil  
EPITHELIAL CELLS : 2-4/hpf  
MUCUS :

SPERMATOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

**CRYSTALS** Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMORPHOS PATES :

**CASTS** Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY):

*[Handwritten signature]*



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





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SHANAZ BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE 44 years

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

DATE 16 01 2022

SL.No. 44

## HEMATOLOGICAL REPORT

E.S.R. 07 mm fall in 1st hour.

HB. 14.1 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 9,500 per.cu.mm.

Red blood cell 4.9 per.cu.mm.

Platelet Count 2,75,000 per.cu.mm.

Cir. Eosinophil Count per.cu.mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	50%	40	-	75%
Lymphocyte	40%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	04%	1	-	6%
Basophil	00%	0	-	<1%

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M. P. (Thick & Thin Film)

PFT :

### NORMAL VALUES

#### HAEMOGLOBIN

Men = 13.0-18.0 gm / dl.  
Women = 11.5-16.5 gm / dl.  
Infant (full - term) = 13.5-19.5 gm / dl.  
Infant, 1yr. = 11.0-13.0 gm / dl.  
Children 3-6 yrs. = 12.0-14.0 gm / dl.  
Children 10-12 yrs. = 11.5-14.5 gm / dl.

#### E.S.R.

05 - 15 mm in 1st hour.  
RBC - 4.5 - 5.5 per.cu.mm.

#### Total Count (W. B. C.)

Adult = 4.5 - 10.0 thousands / cu.mm.  
infant, (full-term) = 10 - 26 thousands / cu.mm.  
infant, 1 yr = 6 - 18 thousands / cu. mm.  
Children, 4 - 7 yrs = 5 - 15 thousands / cu.mm.  
Children, 8 - 12 yrs. = 4.5 - 13.5 thousands / cu.

Total Platelet Count = 1,50,000 - 4,00,000 / cu. mm.  
Total Cir. Eosinophil Count = 40 - 400 / cu. mm.

#### Reticulocyte count :

Adult & Children = 0.2 - 2%  
Infant = 2 - 6%

P.C.V - Men = 40 - 50% Women = 30 - 48%  
B.T. = 0 - 5 minutes, C.T. = 2 - 6 minutes

COMMENTS (IF ANY):

ক্যাঙ্সার

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





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

Pathantooly Road (Opposit of Khan Ba  
in Miah Bari), Chowmuhany, Chittagon  
Cell : 01817-706484, 01813-69196

NAME : SHANAZ BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE 44 years

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

DATE 16 01 2022

SL.No. 44

## BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	90 mg/dl (4.99 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

*Shanaz*

স্বাক্ষরিত

COMMENTS (IF ANY):

*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