

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-Deed)

Business Month: April, 2022

Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell: Chowmuhoni

Entry Date 25/04/2022 12:00:00A1

Mobile No: 01310057723

Medical:

Medical submitted.

Policy No 103255844-6

Age at Entry

22 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

MOHTARAMA ASMA AKTER

Proposer's Address

D/O: MOFAZZAL HOSSEN,
VILL: VAI VAI COLONY, NAYER HAT
P.O. OWAZADIYA THANA: PANCHLAISH
DIST: CHATTOGRAM 01310057723

Extra Loading:

Tk. 0

Sum Assured

770,000

SEVEN LAC SEVENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR Policy Option

C

Basic Premium:

60,214.00

Suspense:

0.00

Total Premium

By PR- 889765

26/04/2022,

60,214.00

SIXTY THOUSAND TWO HUNDRED FOURTEEN 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

SHAHINUR BEGUM, MOTHER, 50 YRS

SCAN
COMPLETE

Prv. Policy No 1:

Prv. Policy No 2:

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

,, Yrs.

Date of FPR:

25/04/2022

FPR No:

ECB-1013-22

Risk Date:

16/05/2022

Date of Proposal

25/04/2022

Proposal No:

ECB-1013-22

Date of Commencement

26/04/2022

Premium due date:

ON THE DATE OF 26 APRIL IN EVERY YEAR

Last premium due date

26/04/2037

Next Due Date:

26/04/2023

Date Of Maturity

26/04/2038

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 26/04/2026
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/04/2030
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/04/2034
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 26/04/2038
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001465/10300569/1030419/103068/103095/103087/103086

Checked
MR. MAHIRUL ISLAM
D.V.P. ID NO-0976
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.
Chattogram Servicing Center, Ctg.

Countersigned
MAKSUBUR RAHAMAN
J.E.V.P (ADMIN) ID NO.-307
Rupali Life Insurance Co. Lt.
Chattogram Servicing Center

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১১০০

Ekok Bima

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুকিং গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রদ্বাৰপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুকিং তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	বৃত্তি টকা
103255844-6	ECB-1013-22	28/04/2022	16/05/2022	01-18	Yly	889765	60214
বীমাত্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাত্রাহকের বয়স : 22	MOHTARAMA ASMA AKTER D/O: MOFAZZAL HOSSEN VILL: VAI VAI COLONY, NAYER HAT P O: OWAZADIYA THANA: PANCHLAISH DIST: CHATTOGRAM 01310057723			 শাখা : Chomohoni এফ পি আর নং : Service Cell (ECB4312) ইস্যুর তারিখ : ECB-101 25/04/2022		26/04/2022	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
770000	60214	0	0	60214	0	NILL	60214
সংগঠনিক কোড নং :	103001465/10300569/1030419/103068/103095/103087/103086						26/04/2023

পরিচালক/কার্যবাহী স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

তারিখ/স্বাক্ষর

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-FPR

Business Month: April, 2022

Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 25/04/2022 12:00:00A7 Mobile No: 01310057723 Medical: Medical submitted.
PolicyNo: 103255844-6 Age at Entry 22 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM

Table & Term 01-16 Supplementary Cover NULL. 0.00

Proposer's Name MOHTARAMA ASMA AKTER

Proposer's Address D/O: MOHTAFOR HOSSEN
VILL: VAI VAI COLONY, NAYER HAT
P.O: WAZADIYA THANA: PANCHLAISH
DIST: CHATTOGRAM 01310057723

Extra Loading:
Tk. 0

Sum Assured 770,000 SEVEN LAC SEVENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 60,214.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 889765 26/04/2022.
60,214.00 SIXTY THOUSAND TWO HUNDRED FOURTEEN 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 SHAHINUR BEGUM, MOTHER, 50 YRS

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name „Yis.

Date of FPR: 25/04/2022 FPR No: ECB-1013-22 Risk Date: 16/05/2022

Date of Proposal 25/04/2022 Proposal No: ECB-1013-22 Date of Commencement 26/04/2022

Premium due date: ON THE DATE OF 25 APRIL IN EVERY YEAR

Last premium due date 25/04/2037 Next Due Date: 25/04/2023 Date Of Maturity 25/04/2038

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 25/04/2026
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/04/2030
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/04/2034
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/04/2038
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001465/10300569/1030419/103068/103095/103087/103086

Checked

Countersigned

Rupali Life Insurance Company limited

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

25/04/2022

Policy No: 103255817-6 FPR No: ECB-1013-22 SC Code: ECB
Proposal No: ECB-1013-22 FPR Date: 25/04/2022 SC Name: Chowmuhoni Service C
Proposal Date: 25/04/2022 Com. Date: 25/04/2022 Office Code: ECB4312
Risk Date: 25/04/2022 Office Name: Chomohoni Service Ce

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
770,000.00	01-16	Yly	60,214.00	0.00	60,214.00	25-Apr-2023

Sum Assured In word: SEVEN HUNDRED SEVENTY THOUSAND

Premium In word: SIXTY THOUSAND TWO HUNDRED FOURTEEN

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAMA ASMA AKTER

Age & Date of Birth

22 01/05/2000

Special Clause:

AGE NOT ADMITTED

Life Prem: 60,214.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Chain Set up:

103001465/10300569/1030419/103068/103095/103087/103086

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 : 17341.63 - 867.08 = 16474.55

UM : 5202.49 - 260.12 = 4942.37

BM : 3468.33 - 173.42 = 3294.91

5% Source Tax: 1300.62

Net Payable: 24711.83

25/Apr/2022

419

POSTED BY
IT DEPT.

Handled with

4/2/14

11/02/14
Shirley



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

889765

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

01310057723

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

তারিখ : 22/08/17

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে ৬০২২৪৮ টাকা

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

পরাসা (কথায়)

৬০২২৪৮

এর
৬০২২৪৮ দুকোড

এর মাধ্যমে প্রাপ্তরপত্র/খীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

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 আদানত 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 স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে.অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)



স্বাক্ষর ও সীল

ক্ষমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও সীল

MD. AKHTARUL ALAM
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
পিএবিএস : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

জীবন বীমার আবেদনপত্র

প্রস্তাবপত্র নং **PEB-2026/22**
বীমাপত্র নং **163255844-6**

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
ডাঃ হোসেন	এফ.এ	103001465	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 ঘমামায়া, কটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : **আশা আক্তার**
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : **ASHA AKTER**
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : **মোফাজ্জল হোসেন** ইংরেজীতে : **MOFAZZAL HOSSAIN**
(ঘ) মাতার নাম : **সাহিনুর বেগম** ইংরেজীতে : **SAHINUR BEGUM**
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : **হিসাবরক্ষক/কোম্পানি প্রতিনিধি/প্রশাসনিক কর্মকর্তা**
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : **বিশ্বাসপুরী**
ফার- আনসুর হাট **৩৬- আনসুর হাট**
আল- চব্বতমান **জেলা- ঢাকা**
মোবাইল নং :
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : **ডাঃ মোঃ কামাল**
নম্বর- ৩৬, আনসুর হাট, চব্বতমান
আল- চব্বতমান
মোবাইল নং : **০১৩১০০৫৭৭২৩**

৩। জন্ম তারিখ **০২.০৫.২০০০** বয়স **২২** জন্মস্থান **ঢাকা** জাতীয়তা **বাংলাদেশী**
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? **জন্ম নিবন্ধন**

৪। (ক) বীমা অংক **৭,৭০,০০০/-** **সাত লক্ষ পঁচাত্তর হাজার**
(খ) তালিকা নং **০২** মেয়াদ **২৬** বৎসর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : **পি. আর. নং** **টাকা**
৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
☒ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
☒ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? **প্রথম নিয়োগ** আনুমানিক বার্ষিক আয় কত **৪,৪০,০০০/-** আয়ের উৎস কি? **হিসাবরক্ষক/কোম্পানি প্রতিনিধি/প্রশাসনিক কর্মকর্তা**
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? **নিজেই**
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

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?	বুকের তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) **সাহিনুর বেগম** বয়স **২০** সম্পর্ক **মাতা**
(২) **আশা আক্তার** বয়স **২২** সম্পর্ক **স্বামী**
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম **আশা আক্তার** বয়স **২২** সম্পর্ক **স্বামী**

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 কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দিওয়ার বা বানা আছে কি?
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বুকের সাক্ষ্যে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

অবস্থায়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব
পিতা	০২	২২	জীবিত			
মাতা	০২	২০	জীবিত			
ভাই	০২	২৬	জীবিত			
বোন	০৩	৩০, ২৫, ২৪	জীবিত			
স্বামী/স্ত্রী						
ছেলে						
মেয়ে						

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

<p>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 ঠিকানাসহ বিবরণ লিখুন।</p>	<p>(ক) না..... (খ) হ্যাঁ..... কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) না.....</p>
<p>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?</p>	<p>(ক) না..... (খ) না..... (গ) না..... (ঘ) না.....</p>
<p>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 মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) না..... (খ) না.....</p>
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মূগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্রীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার 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, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<p>হ্যাঁ <input checked="" type="checkbox"/> বলায় না না না না না না না না না না</p>
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?.....১২..... কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত?.....৫'..... ফু/মিঃ৪'..... ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর৩৫"..... ইঃ সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর৩০"..... ইঃ সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত?৩০"..... ইঃ সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন.....</p>	<p>.....১২..... ইঃ সেঃ মিঃ ৩৫"..... ইঃ সেঃ মিঃ ৩০"..... ইঃ সেঃ মিঃ ১২..... ইঃ সেঃ মিঃ</p>

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 চালা 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।	
<p>নাম : ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? খ) আপনার মাসিক আয় কত? গ) আপনার আয়ের উৎস কি? ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? চ) আপনি কি বিবাহিতা? ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা?</p>		
<p>মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা বয়স : ২২ খ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? ৩০.০৬.২০২২ ঙ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন না ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ঢ) তাঁর পেশা কি? গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা</p>		
বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমা পত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রস্তাবিত প্রস্তাবিত 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 যথাবিধিত বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দায়কৃত 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 যথাবিধিত বিবেচনার পর স্বীকৃত হলে ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

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

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ :

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

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

তারিখ :
 ০১৪২৫৪৭২৬০৭

2000

ଉତ୍କଳ ସମ୍ବନ୍ଧ

(सर्वा निषेधन रति हर्षात् अकृत)

9

Page 10 of 10

22.2

200064220068229

6/12/2017 10:30

02/56/2000

এক মে দুই শতাব্দে

© 2018

(507) 300 (24/11/11)

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

2017227 0-500

১৩. সাংলোদিকী

आम: विज्ञान कक्षा (प्रा: विनय ०२८)

2017-2018 (2017-2018)

1875-1876

10-12-1994

● 定價：780元

विश्वविद्यालय भारतीय प्रशासनिक विज्ञान

रूपाली लाइफ इनसुरेन्स कम्पनी लिमिटेड
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..... (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর
 (গ) পেশা..... (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
 (ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা..... (গ) বীমাকৃত টাকা.....
 (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....
 ৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?
 ৪। সম্পত্তি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

৫। আপনার পরিবারে মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	✓	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি।	✓
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	✓	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	✓
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শাখ্যবিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	✓	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	✓
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্লুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	✓	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	✓
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	✓	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এম্বুরে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন।	✓
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদন্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	✓		✓
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যাধা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	✓	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	✓

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত				
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ		মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৪৫	স্বাস্থ্য				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্তা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?	২২
মা	২	৫০	স্বাস্থ্য				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?	২২
ভাই	১	২৬	স্বাস্থ্য				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন	২২
বোন	৬	৩০, ২৬, ২৪	স্বাস্থ্য				(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগলে লিখুন	২২
স্বামী/স্ত্রী								২৭
ছেলে								২৭
মেয়ে							(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :	২৭

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 ৬৮৮৮৮৮ তারিখ ২৬/৪/২২ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

DR. M. A. KAMAL
MBBS, BCS, PGT, FRSH
282, Commerce College Road,
Agrabad, Chittagong.
Mobile: 01673-720550

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম আব্দুল হক পরিচিতি প্রাদনকারী ৬৮৮৮৮৮

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন ৬৮৮৮৮৮

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	না	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	না
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন <u>২৫.০</u> বয়স <u>৩৫</u> বর্ষ	না
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়ে স্বাভাবিক?	না
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	না
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা <u>৫' ৪"</u> সে: মি: / ফু: ই:	না
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন <u>৫৫</u> কিলো/পাঃ	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৬৫</u> সে: মি: / ই:	না
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩০</u> সে: মি: / ই:	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ <u>৬০</u> সে: মি: / ই:	না
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	না	১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	না
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	না
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান <u>৬৮৮৮৮৮</u> তারিখ <u>২৬/৪/২২</u>	না
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭৩, নিয়মিত	পুরো নাম <u>আব্দুল হক</u>	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রোরেসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>DR. M. A. KAMAL</u>	না
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১২০/৭৫	জিহ্বা <u>১১৫/৩৫</u>	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	জিহ্বার তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২, ১১৫০৭</u>	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং <u>DR. M. A. KAMAL</u>	না
৬। গনোরিয়া, সিক্ফিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা <u>282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong.</u>	না
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	না	Mobile: 01673-720550	না



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : ASMA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-22 years

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

DATE 28 04 2022

SL.No. 23

E. S.R. 09 mm fall in 1st hour.

HB. 13.0 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 7,000 per. cu. mm.

Red blood cell 4.7 per. cu. mm.

Platelet Count 2,80,000 per. cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	49%	40	-	75%
Lymphocyte	41%	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, 1 yr. = 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. mm.

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

HEMATOLOGICAL REPORT

COMMENTS (IF ANY):

616221



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 : ASMA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-22 years

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

DATE 28 04 2022

SL. No. 23

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 : 2-3/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 0-3/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZA :

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) :

657627



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 : ASMA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-22 years

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

DATE 28 04 2022

SL.No. 23

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	73mg/dl (4.05 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

COMMENTS (IF ANY):

0.76227


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

গ্রাহক পরিচিতি সন্দর্ভিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তিগত জীবন বীমা পরিচালক সেক্টর প্রমোথ) (সহিত)

১. বীমা পলিসির নাম / প্রকার :

পলিসি নম্বর/বিস্তারিত নং/পলিসি নং :

একক বীমা
৩০৬২৫৫৮৮-৬

জারি:

বীমা গ্রাহকের
ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম	আব্দুল আজিজ	জন্ম তারিখ :	০১/০৮/২০০০
পিতার নাম	মোহাম্মদ নূরুজ্জামান		
মাতার নাম	সুখিমা দেবী		
স্বামী/স্ত্রীর নাম			
জাতীয়তা	বঙ্গবংশী		
টেলিফোন (বাসা)		টেলিফোন (অফিস):	
মোবাইল	০১৮১০০৫৭৭২৩	ফ্যাক্স:	
ইমেইল			

৩. পরিচিতিপত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং :

কপি সংইত

হ্যাঁ

না

খ) পাসপোর্ট নং :

সেবাদ :

হ্যাঁ

না

গ) জন্ম নিবন্ধন নং :

সেবাদ :

হ্যাঁ

না

ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে) :

হ্যাঁ

না

ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং :

সেবাদ :

হ্যাঁ

না

চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :

হ্যাঁ

না

কি হতে গ নম্বর জমিকে বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি বোলার ক্ষেত্রে 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 জমিকে বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফর্মে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

বিস্বাস বড়ো রাস্তা চন্দ্রনগর ২৮
কি. চন্দ্রনগর ২৮

৫. আবাসিক/ বর্তমান ঠিকানা :

৫৫ নং বাকের রাস্তা ২৮-৩৮ নং বাড়ি
কাজীপুর চৌরাস্তা

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত) :

স্বাম

গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিনিয়র কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব গ্রেডের গেজেটেড 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, যেটারি পাবলিক, আবাসিক/বাণিজ্যিক/স্বত্বাধীন সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদুর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

১. প্রদান্য ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) :

এম. এম.

৭. গ্রাহকের অর্থের উৎস :

মহাশয় সুবিনোদ

৮. অর্থের উৎস ব্যাচাইয়ের পদ্ধতি :

বিল

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :

মাসিক

ত্রৈমাসিক

ষাণ্মাসিক

বার্ষিক

এককালীন

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

৫০২২৪৮

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ)

ব্রহ্ম

(খ) নগদ

৭৭০ ০০০

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	সুভদ্রা দেবী
পিতার নাম :	
মাতার নাম :	
স্বামী/ স্বীর নাম :	
পেশা :	অনু. তারিখ :
বর্তমান ঠিকানা :	
স্থায়ী ঠিকানা :	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :
মোবাইল :	ফ্যাক্স :
ই-মেইল :	

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
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 বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আংশিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মনো, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে সীমিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

পুলিসি সন্বিষ্ট কর্মকর্তা/ বিশেষদপ্তর ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

স্বাক্ষর/পত্র 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 ৭৭০০০০ (সাত লক্ষ ৭০ হাজার) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ব্যবসা করি এবং উক্ত ৬ম হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ৪৬০০০০ টাকা, ব্যয় হয় ৩২০০০০ 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

৩৮২৮



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

➤ প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৫৫৫-৪৪-৬
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম ৩০৬২০৬০৩১০
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ৩০৬২০৬০৩১০
 ➤ জেলা ৩০৬২০৬০৩১০
 তারিখ
 বয়স ২২
 থানা ৩০৬২০৬০৩১০
 যোগাযোগের ঠিকানা : ৩০৬২০৬০৩১০

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	বহুদিন হতে
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৩/১০/১৯৯৩
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন ? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন ? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	হ্যাঁ
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্থতার 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 ?	হ্যাঁ
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 ?	হ্যাঁ
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৪৬০০০০/৬২০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	হ্যাঁ
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 ?	হ্যাঁ
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান ?	হ্যাঁ
১৪।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১৫।	আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি ?	হ্যাঁ
১৬।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি ?	হ্যাঁ

➤ বীমা প্রতিনিধির স্বাক্ষর
 ➤ পুরো নাম
 ➤ পদবী
 ➤ স্থান
 ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
 ➤ পুরো নাম
 ➤ পদবী
 ➤ অফিসের নাম
 ➤ ঠিকানা

অস্থায়ী

নং-

মৌজা

মালিক

মাসিক ভাড়া

অস্থায়ী ভাড়াটিয়ার নাম

পিতা

মাহে

মোট

কথায়

তারিখঃ

১০/১২

১০/১২

শ্রী জিএফ

১

১

অস্থায়ী যর বা দোকান ভাড়ার রসিদ

ভাড়াটিয়ার অংশ

নং-

মৌজা

মালিক

মাসিক ভাড়া

অস্থায়ী ভাড়াটিয়ার নাম

পিতা মোঃ মোমেনুর

মাহে

মোট

কথায়

তারিখঃ

১০/১২/২০১২

১০/১২/২০১২

১০/১২

মালিক

২০১২

টাকা

২০,০০০/-

১০/১২/২০১২

গৃহ বা হোল্ডিং নং

জিলা

থানা

মালিক বা তাহার কর্মচারীর স্বাক্ষর

১০/১২/২০১২

অস্থায়ী ঘর বা দোকান ভাড়ার রসিদ
ভাড়াটিয়ার অংশ

নং-	গৃহ বা হোল্ডিং নং
মৌজা	থানা
মালিক	জিলা
মাসিক ভাড়া	১০০০০/-
অস্থায়ী ভাড়াটিয়ার নাম	স্বাধীনতা রাস্তা
পিতা	স্বাধীনতা রাস্তা
মাহে	২০০
মোট	১০০০০/-
কথায়	১০ হাজার টাকা
তারিখ	২০০২/১০/০৫
	মালিক বা তাহান কমচারের স্বাক্ষর

2000-00000000

00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000

2000-00000000



অস্থায়ী মস বা দোকান ভাড়া মর্জিন

ভাড়াটিয়ার অংশ

নং- _____ গৃহ বা ছোজিং নং- _____

মৌজা- _____ থানা- _____ জিলা- _____

মালিক- _____

মাসিক ভাড়া- _____ ১০,০০০/-

অস্থায়ী ভাড়াটিয়ার নাম- _____ ঐশ্বর্য স্যন (সামান)

পিতা- _____ মালিক- _____

মা- _____ ২০০২

মোট- _____ টাকা _____

কথায়- _____

৫২২২০০৭ ৬২৭

৫৭৬২২০৭

তারিখ- _____ ২০/০৬/২০২২

মালিক বা ভাড়া কার্যচালনার স্বাক্ষর