

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:Chowmuhan

Entry Date: 31/12/2021 12:00:00A2 Mobile No: 01865003436 Medical: Medical submitted.
Policy No: 103254279-3 Age at Entry: 19 YRS. AGE ADMITTED(1)

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

Table & Term: 01-12 Supplementary Cover: NIL. 0.00

Proposer's Name: SABINA AKTER

Proposer's Address: D/O:MD. HARUN
HOUSE/TABDAL HAJIR BUILDING, NAYA
MOSJID, ABU JAFOR ROAD,
P.O. CHAKTAL THANA/BAKALLA
DIST:CHATTGRAM 01865003436

Extra Loding:

Tk. 1200

Include CL Lien 30% For 1
Year and Pregnancy Clause
Attach to this Policy

Sum Assured: 600,000 SIX LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment: YEAR Policy Option: C Basic Premium: 61,560.00 Suspense: 0.00

Total Premium: By PR- 880761 28/12/2021,
62,760.00 SIXTY TWO THOUSAND SEVEN HUNDRED SIXTY TAKA ONLY

Event of Happening: 1.ON SURVIVAL,AS PER SPECIAL PROVISIONS HEREIN AFTER.
2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

Nominee's Name: YEASMIN AKTER, MOTHER, 38 YRS.

Guardian's Name: GUARDIAN:

Child's Name: , Yrs.

Date of FPR: 31/12/2021 FPR No: ECB-E-2142/21 Risk Date: 10/01/2022

Date of Proposal: 28/12/2021 Proposal No: ECB-E-2142/21 Date of Commencement: 28/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 28 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date: 28/12/2032 Next Due Date: 28/12/2022 Date Of Maturity: 28/12/2033

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 28/12/2024
 - 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2027
 - 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2030
 - 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 28/12/2033
- SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000243/10300021/1030020/100406/100650/102208/100266

MD. M. MINIRUL ISLAM
D.V.P. ID NO-0976
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.
Chattogram Servicing Center, Ctg.

Countersigned

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

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Ekok Bima

Include CL Lien 30% For 4 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমা পত্র নং	প্রজ্ঞাপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এর নং	প্রদত্ত টাকা
103254279-3	ECB-E-2142/21	28/12/2021	10/01/2022	01-12	Yly	880761	62760
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 19	SABINA AKTER D/O:MD. HARUN HOUSE:TABDAL HAJIR BUILDING, NAYA MOSJID, ABU JAFOR ROAD P.O.:CHAKTAI THANA:BAKALIA DIST:CHATTOGRAM 01865003436			 শাখা Khatungonj Agency এফ পি আর Office(ECB4314) ইস্যুর তারিখ ECB-E-21 42/21 31/12/2021		28/12/2021	0
বীমা আওতা	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
600000	61560	0	1200	62760	0	NILL	62760
সাংগঠনিক কোড নং : 103000243/10300021/1030020/100406/100650/102208/100266							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ 28/12/2022

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Occupation Extra: 2

Include Pregnancy Clause

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-FPR)

Business Month: **December, 2021**

Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date 31/12/2021 12:00:00A

Mobile No: 01865003436

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo

103254279-3

Age at Entry

19 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan

FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR
12 YEARS TERM

Table & Term

01-12

Supplementary Cover

NILL. 0.00

Proposer's Name

SABINA AKTER

Proposer's Address

D/O:MD. HARUN
HOUSE:TABDAL HAJIR BUILDIN, NAYA
MOSJID, ABU JAFOR ROAD
P.O.:CHAKTAI THANA:BAKALIA
DIST:CHATTOGRAM 01865003436

Extra Loding:

Tk. 1200

Include CL Lien 30% For 4
Year and Pregnancy Clause
Attach to this Policy

Sum Assured

600,000

SIX LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR

Policy Option

C

Basic Premium:

61,560.00

Suspense:

0.00

Total Premium

By PR- 880761

28/12/2021,,

62,760.00

SIXTY TWO THOUSAND SEVEN HUNDRED SIXTY TAKA ONLY

Event of Happening

1.ON SURVIVAL,AS PER SPECIAL PROVISIONS HEREIN AFTER.
2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

Nominee's Name

YEASMIN AKTER, MOTHER, 38 YRS

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

., Yrs.

Date of FPR:

31/12/2021

FPR No:

ECB-E-2142/21

RiskDate :

01/01/2022

Date of Proposal

28/12/2021

Proposal No:

ECB-E-2142/21

Date of Commencement

28/12/2021

Premium due date:

ON THE DATE OF 28 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date

28/12/2032

Next Due Date:

28/12/2022

Date Of Maturity

28/12/2033

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 28/12/2024
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2027
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2030
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 28/12/2033

SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL
BENEFIT.

Organization Set-up:

103000243/103000021/1030020/100406/100650/102208/100266

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. 2142/2 Proposal Date
No. 108253279-3 Branch Code
R. No. Branch Name

ORGANIZATION

103000243 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 10.01.22 Date of Commencement 28.12.21
of Birth 22.02.03 Entry Age & Proof Code 19 1
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 6,00,000/-
In Word

& Term 67 12 Mode of Payment 7
Installment Premium (In Taka) 61560/-
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALODGING

☒ F/E or O/E Code Premium 1200/-
EM
Installment Premium (In Taka): 62760/-
In word
Option C
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Sabina Akter
Proposer's Present Address dd:- Md. Harun
do:- Tabbal Hajir's Building
Naya Mejid, Abujafoor
p.o:- Chakrai
p.s:- Bakadia, ct
Jasmin Akter, 38
Mother
Nominee's Name Age & Relation
Guardian's Name Age & Relation

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>28.12.21</u>	<u>880761</u>	<u>627</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount
Premium Rate % 109.60

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ious Policy / Policies :

মার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with FIE@
4 30% (twisty) Constant -
Assured for 1st 04 (f)
and 1st pregnancy clause

Md. Abdullah
Senior Vice President, IS. No. 10
Incharge (Underwriting)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

Md.
Execut
Under
Rupali L
240

al Adviser :

06/01
22
30/12
21



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।
পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

880761

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

০১৪৬৫০০৩৪৩৮

তারিখ :

২৬/১২/২০২২

তারিখ :

ধনাবাদ সহকারে জনাব/জনাব

নিকট হতে ১৫২৫৫০৮ টাকা

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

১৫২৫৫০৮

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবাক্স/খীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

- ১। প্রথম-বর্ষ/ভেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম
- ২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

২৩২

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

বার্ষিক/মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক

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 জমাদানকারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যান্ডার্ড 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)
(কোম্পানী স্বাক্ষর)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

AL-KHANTARUL ALAM
S.E.O (F&A)
ID No.-0333
Rugali 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 প্রস্তাবপত্র নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

২১৪২/২১

২০৬২৫৪২৭২

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ	১০৬০০২৪৬		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, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : সাবনা আকতার
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : শাহা হামিদ ইংরেজীতে :
(ঘ) মাতার নাম : ইয়াসমিন আকতার ইংরেজীতে :
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) :
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ১০৬ কাকরাইল, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
১০৬ কাকরাইল, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
মোবাইল নং : ০১৮৬৫০০৩৪৩৬
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ১০৬ কাকরাইল, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
১০৬ কাকরাইল, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
মোবাইল নং : ০১৮৬৫০০৩৪৩৬

৩। জন্ম তারিখ : ২২.০২.২০০৬ বয়স : ১৮ বছর জন্মস্থান : ঢাকা জাতীয়তা : বাংলাদেশি
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

৪। (ক) বীমা অংক : ৫০,০০০
(খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ১২ বৎসর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং টাকা

৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক দিন :
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নিম্ন ক্ষতি/ডায়াজ আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২,৪০,০০০ আয়ের উৎস কি? ২
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? বিত্ত
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্থানের 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। না

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

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) ইয়াসমিন আকতার বয়স : ৬৬ সম্পর্ক : মাতা
(২) ইয়াসমিন আকতার বয়স : ৬৬ সম্পর্ক : মাতা
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : ইয়াসমিন আকতার বয়স : ৬৬ সম্পর্ক : মাতা

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 ধর্য 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 দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/কি সন্দেহ জানার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস						
আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীকৃত	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৮৬	স্বাস্থ্য			
মাতা	০১	৮৫	স্বাস্থ্য			
ভাই	০২	১৬	২০			
বোন	০১	০১	স্বাস্থ্য			
স্বামী/স্ত্রী						
জেলে						
মোয়ে						

৭০০০

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১১।	(ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>৩৫</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>ইন</u>																						
১২।	(ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?	(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>৬ মাস আগে</u> (ঘ) <u>না</u>																						
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) <u>না</u> (খ) <u>না</u>																						
১৪।	আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শ্বাসযুবিক 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 ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাৰে 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।	<table border="1"><tr><td>হ্যাঁ</td><td>না</td></tr><tr><td>বলুন</td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr><tr><td><u>হ্যাঁ</u></td><td></td></tr></table>	হ্যাঁ	না	বলুন		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>		<u>হ্যাঁ</u>	
হ্যাঁ	না																							
বলুন																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
<u>হ্যাঁ</u>																								
১৫।	(ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?..... <u>৬০</u>কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৮"</u>ফু/মিঃ <u>১৭৫</u>সেমিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ... <u>৩৪"</u> ... ইঞ্চি <u>৮৬</u>সেমিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ... <u>৩২"</u> ... ইঞ্চি <u>৮২</u>সেমিঃ (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩০"</u> ইঞ্চি <u>৭৬</u>সেমিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন																							

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

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

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

[illegible]

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

যোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্তিকৃত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার অশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে যেনে 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 কার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে পৃথক 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 ঝুঁকির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : ১০২৬৮ স্থান ০৫৩০ পুরো নাম মোঃ আল
 পদবী DR কোড ০৩০৮ ঠিকানা ০৩০৮
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর আব্দুল হামিদ কোড নং ০৩০৮
 পুরো নাম আব্দুল হামিদ

आविवा

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ :

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান দেশের পরিচয়ন বা বিদেশে চাকরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

આચિત્તા

পরিচালিতঃ চতঃ ১২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০
রেজিঃ নংঃ C-39345(1303)/99

ରୂପାଳୀ ଜୀବନ-ନିରାଶ୍ରୟ ଜୀବନ

(সিক্‌জমনি ফরম-৩)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়
ওয়ার্ড-১৯
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম
জন্ম সনদ

[বিধি- ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (সিটি কর্পোরেশন) বিধিমালা, ২০০৬]
(জন্ম নিবন্ধন বহি বইতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং ১ ৬

নিবন্ধনের তারিখ: ০১-০৭-২০১৯

সনদ ইস্যুর তারিখ: ০১-০৭-২০১৯

জন্ম নিবন্ধন নম্বর: * ২ ০ ০ ৩ ১ ৫ ৯ ১ ৬ ১ ৯ ১ ১ ৭ ১ ৬ ৪

নাম: সাবিনা আক্তার

জন্ম তারিখ: ২২-০২-২০০৩

২২

লিঙ্গ: নারী

বাইশে ফেব্রুয়ারি দুই হাজার তিন

জন্ম স্থান: চট্টগ্রাম

বাংলাদেশ

পিতার নাম: মো: হারুন

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: ইয়াছমিন আক্তার

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম-ছৈনপুর, ডাকঘর-টনকী,

থানা-মুরাদনগর, জেলা-চট্টগ্রাম

বর্তমান ঠিকানা: হারুন সও: বাড়ী, আবু জফুর রোড,

ডাকঘর-সদর, থানা-বাকলিয়া, জেলা-চট্টগ্রাম

(সিটি কর্পোরেশনের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

(নিবন্ধকের জন্য মেয় স্থানসমূহ)

* প্রথম চার অঙ্ক বাজির জন্ম সনদ, পরবর্তী হাত অঙ্ক এনিয়া কোড ও শেষ ছয় অঙ্ক দ্বারা ক্রমিক।

M. E. Morshed: Team
National Co-ordinator (M)
Life Ins. Co. Ltd.
2nd Floor, Office, Chittagong



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্ট

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....
(গ) পেশা.....
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....
(ঙ) বর্তমান বসবাসের ঠিকানা.....
(চ) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর
(ছ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালিকাপ্রাপ্ত/বিধবা
(জ) বীমাকৃত টাকা.....
(ঝ) তালিকা ও মেয়াদ.....
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

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

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			টীকা
		বয়স	বর্তমান শরীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৪৬	সুস্থ				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	১	৬৬	সুস্থ				
ভাই	২	১১, ২০	সুস্থ				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
বোন	১	১	সুস্থ				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
স্বামী/স্ত্রী							(ঘ) গুণ অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
ছেলে							(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মেয়ে							

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 ১৮/১৮/১৮ তারিখ ২-২-২২ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

সাবিনা
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম সাবিনা হোসেন পরিচিতি প্রাদনকারী ১৮/১৮/১৮

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন ১৮/১৮/১৮

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

<p>১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?</p> <p>(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?</p> <p>(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?</p> <p>২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।</p> <p>(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।</p> <p>(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?</p> <p>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) প্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?</p> <p>(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?</p> <p>৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।</p> <p>(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?</p> <p>৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসকোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?</p> <p>(গ) রক্তচাপ ঃ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।</p> <p>(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।</p> <p>(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</p> <p>৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিবরণিত নিম্নে লিখুন।</p>	<p>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব <u>১.০২</u> সুগার <u>১০০</u> মিলিগ্রাম/এলব্লুমেন <u>১০০</u></p> <p>(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা <u>৫'২"</u> সোঃ মিঃ/ফুঃইঃ</p> <p>(খ) ওজন <u>৫৬</u> কিলো/পাঃ</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৪"</u> সোঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩২"</u> সোঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>(ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ <u>৩০"</u> সোঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>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 স্বীকার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>বিশদ বিবরণের স্থান</p> <p>স্থান <u>১৮/১৮/১৮</u> তারিখ <u>২-২-২২</u></p> <p>পুরো নাম <u>সাবিনা হোসেন</u></p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>১৮/১৮/১৮</u></p> <p>ডিক্রী <u>১৮/১৮/১৮</u></p> <p>ডিক্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২, ১১০৭</u></p> <p>কোড নং <u>১৭৪২, ১১০৭</u></p> <p>বর্তমান ঠিকানা DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGD, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550</p>
--	---



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SABINA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-19 years

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

DATE 02 01 2022

SL.No. 66

E.S.R. 05 mm fall in 1st hour.

HB. 13.1gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 6,500 per.cu.mm.

Red blood cell 4.6 per.cu.mm.

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

Cir, Eosinophil Count per.cu.mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	52%	40	-	75%
Lymphocyte	40%	20	-	45%
Monocyte	05%	2	-	10%
Eosinophil	03%	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

HEMATOLOGICAL REPORT

COMMENTS (IF ANY):

সাবিনা

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 Bari
in Miah Bari), Chowmuhany, Chittagong.
Cell : 01817-706484, 01813-691968

NAME : SABINA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-19 years

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

DATE 02 01 2022

SL.No. 66

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 : 0- 1/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 0-2/hpf

MUCUS :

SPERMATOZOA :

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) :

সাবিনা

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