

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Islami-FPR)

Business Month: **August, 2022**

Kaligonj Agency Office[THB9403] S.Cell:Khulna Serv

Entry Date 25/09/2022 12:00:00A Mobile No: 01748008320

Medical:

Policy No **208059213-8**

Age at Entry

29 YRS. AGE ADMITTED(4)

Name of plan CHILD WELFARE ASSURANCE(TAKAFUL) WITH PROFIT FOR 15 YEARS TERM

Table & Term

21-15

Supplementary Cover NILL. 0.00

Proposer's Name

MOHTARAM MAKSUDUL HAQUE (THE PAYOR)

Proposer's Address

S/O:LATE. ASADUL HAQUE
VILL:KAMAL NAGAR
P.O.:SATKHIRA SADAR-9400
THANA:SATKHIRA SADAR
DIST:SATKHIRA 01748008320

Extra Lodging:

Tk. 0

Include CL Lien 30% For 05 Year to this Policy.

Sum Assured

70,000

SEVENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR Policy Option

Basic Premium:

5,404.00

Suspense: 0.00

Total Premium

BY PR- THB9201-20220912-860

12/09/2022,,

5,404.00

FIVE THOUSAND FOUR HUNDRED FOUR TAKA ONLY

Event of Happening

ON THE DATE OF MATUARITY OR AT EARLIER DEATH OF EITHER OF THE PAYOR OR/AND THE CHILD AS PER CLAUSE HEREUNDER AND SPECIAL PROVISIONS APPEARING INAFTER. IN EVENT OF DEATH OF BOTH PAYOR & CHILD TO THE CONTINGENT NOMINEE

Nominee's Name

PLEASE SEE THE SPECIAL PROVISION

DULY STAMPED

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name

GUARDIAN: MST. SUMAIYA BEGUM, MOTHER, 23 YRS.

Child's Name

MR. ARIYAN HAQUE NUR,M,4 YRS.(THE CHILD) Yrs.

Date of FPR:

25/09/2022

FPR No:

THB-1665-22

RiskDate :

25/09/2022

Date of Proposal

12/09/2022

Proposal No: **THB-1665-22**

Date of Commencement

12/09/2022

Premium due date:

ON THE DATE OF 12 SEPTEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date

12/09/2036

Next Due Date:

12/09/2023

Date Of Maturity

12/09/2037

Special Provision

1. IN THE EVENT OF DEATH OF THE PAY OR, ALL FUTURE PREMIUMS SHALL BE WAIVED AND ANNUALLY @10% OF THE SUM INSURED WILL BE PAID TO THE CHILD IN MONTHLY INSTALLMENTS COMMENCING IMMEDIATELY FOR THE REMAINING TERM OR TILL HIS/HER EARLIER DEATH AND FULL SUM INSURED WITH ACCRUED BONUSES WILL BE PAID TO THE CHILD.

2. IN THE EVENT OF DEATH OF CHILD WITHIN THE TERM THE PAY OR SHALL GET THE BENEFIT AS FOLLOWS:- CHILD'S AGE AT DEATH IS 01(ONE) YEAR @10% OF THE SUM INSURED AND VESTED BONUSES WILL BE PAID AND IT WILL BE INCREASED @10% OF THE SUM INSURED AND BONUSES ACCORDING TO THE CHILD'S AGE UP TO 09(NINE) YEARS AND 10(TEN) YEARS AND ABOVE FULL SUM INSURED AND VESTED BONUSES WILL BE PAID TO

Organization Set-up:

202000671/20200240/2020175/206707/206707/206573/203153

Checked

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

Countersigned

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



রূপালী লাইফ ইনসিউরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Print Date
25/09/2022

Islami Bima

Include CL Lien 30% For 05 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরুর তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্পনা ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি.আর/বি.এম নং	গৃহীত টাকা
208059213-8	THB-1665-22	12/09/2022	25/09/2022	21-15	Yly	THB9201-20225404	
বীমাধাতকের নাম ও ঠিকানা :	MOHTARAM MAKSUDDUL HAQUE Child:MR. ARIYAN HAQUE NUR S/O:LATE. ASADUL HAQUE			শাখা Kallgonj Agency Office(THB9403)	12/09/2022		
বীমাধাতকের বয়স :	VILL:KAMAL NAGAR P.O.:SATKHIRA SADAR-9400 THANA:SATKHIRA SADAR DIST:SATKHIRA 01748008320			এফ পি আর নং THB-1665 ইস্যুর তারিখ -22 25/09/2022			
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্বৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
70000	5404	0	0	5404	0	NILL.	5404
সাংগঠনিক কোড নং :	202000671/20200240/2020175/206707/206707/206573/203153					পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ	12/09/2023

F. Khalun
প্রাক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED(Voter List)

তারিখের ক্ষেত্রে

Rupali Life Insurance Company limited

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

12/09/2022

<u>FPR No:</u>	THB-1665-22	<u>SC Code:</u>	THB
<u>Policy No:</u>	2080592L3	<u>FPR Date:</u>	20/09/2022
<u>Proposal No:</u>	THB-1665-22	<u>Com. Date:</u>	12/09/2022
<u>Proposal Date:</u>	12/09/2022	<u>Risk Date:</u>	12/09/2022

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
70,000.00	21-15	Yly	5,404	0.00	(5,404)	12-Sep-2023

Sum Assured In word: SEVENTY THOUSAND

Premium In word: FIVE THOUSAND FOUR HUNDRED FOUR

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAM MAKSDUL HAQUE

Mobile No:

Age & Date of Birth

29 23/02/1994

Special Clause:

AGE ADMITTED(Voter List)

Chain Set up:

202000671/20200240/2020175/206707/206707/2065
73/203153

<u>Life Prem:</u>	5,404.00
<u>PDAB/DIAB:</u>	0.00
<u>Extra:</u>	0.00

Nominee:

PR No:	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Refer to H.O

20/09/22

Comission
Information for
calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 1556.35 - 77.82 = 1478.53
UM : 466.91 - 23.35 = 443.56
BM : 311.27 - 15.56 = 295.71

5% Source Tax: 116.73
Net Payable: 2217.8

12/09/2022

158

Accepted with 30% constant lien
of sumassure for 1st 05(five) years of the term.

MD. ABDULLAH
Senior Vice President
Incharge Underwriting
Rupali Life Insurance Co. Ltd.

Taslima Akter
Assistant Manager, BB-738
Underwriting Department
Head Office

P.T.O.

Sum at risk $(A+P) \times \text{factor}$

$$= (5404 + 7000) \times 11.56512$$

$$= 143,120 \text{ £}$$



ବ୍ରାହ୍ମପୁରୀ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍‌ସିଓରେସ୍ କୋମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

প্রিমিয়াম রসিদ

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

“ইসলামী শব্দীয়াহ মোতাবেক পরিচলিত”

১৫। ও.আর.নং৮

EN THB9001 20220913-081

THB-1665-22

কুকির তারিখ	পরিকল্পনা নং	21 - 15	বীমা অংক	70000	প্রি মি য়া ম	প্রিমিয়াম কিস্তি সময়সূচী বর্ধিত পরিমাণ	প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি সময়সূচী কিস্তির সংখ্যা
12/09/2022 ও মেয়াদ	MOHTARAM MAKSDUL HAQUE				সময়সূচী কাল 12/09/2022		সমষ্টি কিস্তির সংখ্যা 1
					সমষ্টি প্রিমিয়াম 0	বর্ধিত প্রিমিয়াম 0	পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয়া তারিখ 12/09/2023
					বিলম্ব ফি (যদি থাকে) 0		অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে) 0
					সর্বমোট প্রদত্ত কিস্তির সংখ্যা 5404		



রূপালী লাইফ ইনসিউরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Rupali Life Insurance Company Ltd.

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।
পিএবিএক্স: ৮৩৯২৩৬১-৮, ফ্যাক্স: ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

2000/-

প্রস্তাবপত্র / KYC FORM

প্রস্তাবিত বীমা প্রকল্প-টিক (✓) দিন

৬৫০



- একক বীমা
ডিভিশন
- আর ডিপিএস
প্রকল্প
- ইসলামী জীবন
বীমা তাকাফুল
- টিডিপিএস
প্রকল্প

- রূপালী স্কুল বীমা
তাকাফুল ডিভিশন
- শরীয়াহ ডিপোজিট
পেনশন কীম
- আল আমানত
বীমা প্রকল্প
- রূপালী সঞ্চয়
বীমা প্রকল্প

PROPOSAL NO. 1665-22 Policy No. 2060 মে 206 - 6 Branch Code.....

ব্যক্তিগত তথ্য - প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

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

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম বাংলায় ৫৭৩২০৮৮

ইংরেজিতে (BLOCK LETTER) Maksudul Haque Selman

পিতার নাম অমিত হুসেন মাতার নাম ৫৭০২০৮৮

স্বামী/স্ত্রীর নাম মুমাইয়া বৈবাহিক অবস্থা: অবিবাহিত বিবাহিত তালাক প্রাপ্ত বিধবা

গ্রাহকের পেশা চাকরি পদবী B.M - 20

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ ২৫০০০ মাসিক প্রচলিত প্রতিমাস

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম জন্ম তারিখ ১৫ জানুয়ারি ১৯৮৫ বয়স ৩৫ বর্ষ ধরণ জন্ম স্থান কলকাতা

জন্ম তারিখ ১৫ জানুয়ারি ১৯৮৫ বয়স ৩৫ ফোন-অফিস ই-মেইল

ফোন-বাসা ০২ ফোন-অফিস ০২৯৪৫০০৪৩২০ মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) ০১৭৪৫০০৪৩২০ S.S.C

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

স্থায়ী ঠিকানা

বাড়ী নং/রোড নং ১২৩

গ্রাম/শহর বগমলি নগুঁয়

জাকরণ আতঙ্কীরা

থানা আতঙ্কীরা

জেলা আতঙ্কীরা

নথিপত্রের ধরণ জাতীয় পরিচয়পত্র

পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি সনদ

বাড়ী নং/রোড নং ১২৩

গ্রাম/শহর ১

জাকরণ ১

থানা ১

জেলা ১

পাসপোর্ট ১

অনলাইন জন ১

নথিপত্রের পরিচিতি নথর

নাম ২০০৮৮

জন্ম তারিখ বয়স ৩৫

সম্পর্ক ২০০৮৮ প্রাপ্ত অংশ ২০০৮৮ %

মোবাইল নথর

মনোনীতক এর তথ্য (বীমাযোগ্যস্বর্থ অনুযায়ী)

নাম ২০০৮৮

জন্ম তারিখ ৩৫

সম্পর্ক ২০০৮৮

মোবাইল নথর ২০০৮৮

মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স হলে

অভিভাবকের নাম ২০০৮৮

বয়স ২০০৮৮ সম্পর্ক ২০০৮৮

www.rupalilife.com

বীমা অংক ৭০.০০০ কথায়
 প্রিমিয়াম ৫৪০৮ কথায়
 পরিকল্পনা নং ১২ মেয়াদ ২০ বুকির শ্রেণী সহযোগী বীমা PDAB DIAB

প্রিমিয়াম জমা পদ্ধতি বার্ষিক শান্তাসিক ত্রৈমাসিক মাসিক এককালীন
 বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য মুক্তি ৩/১০০৫৩ বার্ষিক আয় ১২০.০০০ আয়ের উৎস
 প্রিমিয়াম প্রদানের তথ্য : নগদ/ডিডি/পে-অর্ডার/চেক নং তারিখ টাকা
 কথায় ব্যাংকের নাম শাখা

পিআর/বিএম নং তারিখ টাকা কথায়
 পেনশন পলিসি/শিশু শিক্ষা বীমার ক্ষেত্রে: বীমা প্রস্তাবকের বয়স কত বছর পূর্তির পরে পেনশন/বৃত্তি প্রদান শুরু হবে বছর, মাসিক পেনশনের/বৃত্তি পরিমাণ টাকা

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

প্রিমিয়ামদাতা অন্য কেউ হলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুনঃ
 বীমা প্রস্তাবক অগ্রাঞ্চি বয়স্ক হলে অভিভাবকের নামঃ প্রস্তাবকের সাথে তার সম্পর্কঃ
 আপনার বা আপনার পরিবারের অন্য কোন সদস্যের রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা অন্য কোন কোম্পানীতে বীমা পলিসি যদি থাকে, তাহলে অনুমতিপূর্বক তার তথ্যাবলী নিম্নের ছকে উল্লেখ করুন।

পলিসি নম্বর	বীমা প্রস্তাবকের নাম	কোম্পানীর নাম	মেয়াদ	বীমা অংক	গ্রহণের তারিখ	যে শর্তে বীমা গ্রহীত হয়েছে

পারিবারিক ইতিহাস

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ অসুস্থতার স্থিতিকাল	মৃত্যুকালীন সন
পিতা			মুক্ত	৪৮	মৃত্যু	—	২০০২
মাতা	২	৮০,	মুক্ত				
ভাই	১	—	—				
বোন	২	২৫,	মুক্ত				
শামী/জী	২	২৩,	মুক্ত				
পুত্র	২	৪	মুক্ত				
কন্যা	—	—	—				

ডাক্তারী পরীক্ষা বিহীন জীবন সম্পর্কে স্বাস্থ্যগত প্রশ্ন-টিক (✓) দিন

১) আপনি কি এখন সুস্থ? <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
২) গত এক বছরে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি হয়েছে কি? <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৩) আপনি কি গত এক বছরে অসুস্থতার কারণে এক সন্তানের বেশি ছুটি বা বিশ্বামৈ কাটিয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুস্থলপূর্বক ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা লিখুন। <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৪) আপনার শরীরের কোন অংশ প্রতিবক্তী কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুস্থলপূর্বক সংক্ষেপে লিখুন <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৫) আপনি কি কখনো বসন্ত রোগে ভুগেছেন? <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৬) আপনি কি বসন্ত রোগের টিকা নিয়েছেন? <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৭) আপনি কি কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হয়েছিলেন? <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৮) আপনি কি কোভিড-১৯ এর টিকা নিয়েছেন? <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৯) আপনি কি গত পাঁচ বছরে কোন সংক্রমণ রোগীর সান্নিধ্যে বসবাস করেছেন? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুস্থলপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন। <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
১০) আপনি পিতৃ বা মাতৃ কুলের কোন বংশগত রোগের ধারক কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুস্থলপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন। <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১১) আপনি কি কখনো নিম্নোক্ত রোগে ভুগেছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে পৃথক কাগজে বিস্তারিত লিখুন।
মৃগী বা স্ময়বিক সমস্যা <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘন ঘন কাঁশি, ব্রংকাইটিস, অ্যাজমা, নিউমোনিয়া, প্লিউরিসিস, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পাকছলী বা অঙ্গে কোন সংক্রমণ <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পিতৃশয় বা লিভারের অসুখ <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মৃত্রপাথর, মৃত্রাশয় রোগ, মৌনরোগ, প্রস্তাবে গ্লুকোজ, অ্যালবুমিন ইত্যাদি <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
চোখ, কান, নাক, গলার রোগ <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
অন্য কোন রোগ <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
কোন ধরণের অপারেশন, দুর্ঘটনা, জয়েন্ট বা মাংসপেশীর সমস্যা <input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
আপনি কি ধূমপার্যী? হ্যাঁ হলে কত দিন যাবৎ আসক্ত উল্লেখ করুন <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

শারীরিক পরিমাপ

আপনার বর্তমান ওজন.....৫৮.....কেজি/পাউন্ড, আপনার উচ্চতা.....৫'৮'.....ফুট/ইঞ্চি, আপনার বুকের মাপ: শ্বাস গ্রহণের পর ইঞ্চি/সে.মি.....৮৯'.....
শ্বাস ত্যাগের পর.....৫৮'.....ইঞ্চি/সে.মি., কোমরের মাপ.....৮৮'.....ইঞ্চি/সে.মি., আপনার সন্তান চিহ্ন.....চিহ্ন

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

শিক্ষাগত যোগ্যতা.....৫৯..... মাসিক আয়.....২০.০০০..... আয়ের উৎস.....১২৩৪.....

আয়ের উৎস কি নিজস্ব না হ্যাঁ আপনি কি করদাতা? না হ্যাঁ আপনি কি বিবাহিত? না হ্যাঁ আপনি কি এখন সন্তান সঞ্চাবা? না হ্যাঁ

স্বামীর নাম..... স্বামীর পেশা..... স্বামীর মাসিক আয়.....

সর্বশেষ মাসিকের তারিখ..... সন্তান সংখ্যা..... কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?.....

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

শিশুর নাম (বাংলায়).....শীর্ষিন ইফ মুফি..... মাতার নাম.....মুমতাজ

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER).....ARIYAN MUMTAZ NOOR..... মাতার নাম.....মুমতাজ

পিতার নাম.....মামুন রফিক..... নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... জন্ম তারিখ.....০২০৮২০১৮

প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক.....নেক্সুস প্রিমিয়াম..... জন্ম স্থান.....মুক্তিপুর..... দেশ.....বাংলাদেশ

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

শিশুর নাম..... জন্মিয়ন ইন্দি লুট.....

শিশুটি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ কি না? না হ্যা

শিশুটির দৃষ্টি ও শ্বরণ শক্তি স্বাভাবিক কি না? না হ্যা

বয়স.....

১০ বৎ

শিশুটির কোন অস্থানি আছে কি না? না হ্যা

শিশুটির জন্মগত কোন রোগ আছে কি না? না হ্যা

বয়স.....

বয়স.....

শিশুটিকে গুটি-বসন্ত, পোলিও, ডিপথেরিয়া, ধনুষ্টংকার টিকা দেওয়া হয়েছে কি না? না হ্যা

শিশুটির উচ্চতা..... ৩.২' ফুট/ইঞ্চি, ওজন..... ২৭ কেজি/পাউন্ড, নাড়ির গতি..... ৭৮ মিঃ/মিনি
শরীরের তাপমাত্রা..... ৩৭.০°

ডাঙ্কারী পরীক্ষায় অভীতের নিম্নোক্ত রোগের শাক্ষণ ধরা পড়েছে কি? পড়ে থাকলে হ্যা/ না টিক (✓) দিন।

- | | |
|--|--|
| ক) হৃদযন্ত, রক্তবাহী শিরা, অস্ত্র বা শাস্যত্বের কোন পীড়া? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |
| খ) মৃত্রাশয় বা মৃত্র নালীর কোন পীড়া? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |
| গ) মস্তিষ্ক বা স্নায়ু জনিত কোন রোগ? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |
| ঘ) অস্তি, অস্তি, চর্ম, চক্র, নাক, কান বা গলায় কোন রোগ? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |
| ঙ) ফোলা বা রিকেটে? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |
| চ) আমাশয় বা উদ্রোমায়? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |
| ছ) জ্বরসহ বা জ্বর ছাড়া দুরারোগ্য কোন ব্যধি? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |
| জ) কোন প্রকার অত্রোপচার বা অন্য কোন রোগ? | <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যা |

Signature

ডাঙ্কারের নাম
DR. SHAHROKH AHMED SUMON
MBBS (RMC) BCS (HEALTH) FCPS (MED)

সীলসহ স্বাক্ষর

প্রস্তাবকের ঘোষণা

আমি রূপলী চৌধুরী ইনসিউরেন্স কোম্পানী লিমিটেডের প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক হিসাবে প্রতিজ্ঞা পূর্বক ঘোষণা করছি যে, আমার নিজের স্বাস্থ্য, জীবন ও পরিবার সম্পর্কে উল্লেখিত প্রশ্নের উত্তর সম্পূর্ণরূপে সঠিক এবং আমি নিচের তাৎপৰ হিসেবে আমি আমার প্রদত্ত ঘোষণায় কোন প্রকার শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবপত্রে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নের অংশে শারীরিক বিষয়সহ প্রদত্ত সকল তথ্য ও বক্তব্য এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রথম গর্ত্তধারণ উপধারা, অপ্রাপ্তবয়ক উপধারা ও পূর্বস্থত শর্তাবলী অত্র বীমাচুক্তির মৌলিক ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াক্তিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাঙ্কার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রযোজন হলে এবং তাতে অত্যবিশ্বাসীয় কোন কিছু মিথ্যা প্রমাণিত হলে রূপলী লাইফ ইনসিউরেন্স কোম্পানী লিমিটেড আমার সহিদ্য প্রিমিয়াম বাজেয়াঙ্গ করা ও পলিস বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, অবলিখন সংক্রান্ত চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত প্রদান না করা পর্যন্ত এবং কোম্পনী কর্তৃক প্রথম প্রিমিয়াম রশিদ (এফ.পি.আর) ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত কোম্পনীর উপর আমার জীবন বীমার কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

প্রস্তাবপত্র পূরণের স্থান.....

সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ:.....

১১/১১/১২

নাম.....

গোপনী

পিতার নাম.....

২০৩৭৬

মোবাইল নম্বর.....

বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর.....

১১/১১/১২

নাম.....

প্রস্তাবপত্র পূরণের তারিখ.....

১১/১১/১২

অভিভাবকের প্রতি স্বাক্ষর.....

(অপ্রাপ্তবয়ক প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে)

তারিখ.....

উন্নয়ন কর্মকর্তাদের কোড সেটআপ

এফ.এ. কোড	৫৭১	M.D. SHIKUR ALI General Manager Supa Life Insurance Co. Ltd. Satkhira Office 01651-142020
ইউ.এম. কোড		
বি.এম. কোড		

অবলিখন বিভাগের জন্য প্রযোজ্য

মন্তব্যসহ অনুমোদনের জন্য উপস্থাপন

মূল প্রিমিয়াম টাকা, সহযোগী প্রিমিয়াম: PDAB/DIAB টাকা, HI টাকা

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

মন্তব্যসহ অনুমোদন

প্রস্তুতকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)

অনুমোদনকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)



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

National ID Card / জাতীয় পরিচয় পত্র

ନାମ: ମାକ୍ରୋଡିଲ ଏକ୍

Name: Maksudul Haque

পিতা: আব্দুল হক

মাতা: মাকসদা হক

Date of Birth: 23 Feb 1994

ID NO: 3753052897

এই কাড়িটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কাড়িটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোল অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো। *

ঠিকানা: বাসা/হৈল্ডিং:,, প্রাথমিকতা: কামালনগর, ডাকঘর: সাতক্ষীরা সদর - ৯৪০০,
সাতক্ষীরা সদর, সাতক্ষীরা পৌরসভা, সাতক্ষীরা

ব্লকের গ্রুপ / Blood Group: অশ্বাহান: সাতক্ষীরা

Digitized by srujanika@gmail.com

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

ପ୍ରଦାନ ତାରିଖ: ୦୩/୦୨/୨୦୨୧

卷之三

22 22 22
28 1 2 9
25 22 22

MD : SUKUR ALI
General Manager
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Sarkhej Office
Mob: 01867-142020

চিনশপুর ইউনিয়ন পরিষদ

নরসিংড়ী সদর, নরসিংড়ী।

11311

ক্র. নং

তারিখ: ১৮ ৬ ২০২৮

নাগরিকত্বের সনদপত্র

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে, ——মুজাফফুর খেল্লু—

পিতা/ স্বামী মুজাফফুর খেল্লু

মাতা গুলশান বেগম গ্রাম গুলশান

ডাকঘর-নরসিংড়ী সরকারী কলেজ, উপজেলা-নরসিংড়ী সদর, জেলা-নরসিংড়ী। সে/ তিনি অঞ্চল ইউনিয়নের পরিচিত নং ১ নং ওয়ার্ডের স্থায়ী /অস্থায়ী বাসিন্দা ও জন্মসূত্রে বাংলাদেশী। সে/ তিনি আমার পরিচিত। তাহার স্বভাব চরিত্র ভাল। আমার জানামতে সে / তিনি কোন সমাজ বিরোধী/ রাষ্ট্রদ্রোহী কাজে জড়িত নহে।

আমি তাহার সার্বিক সাফল্য কামনা করি।

ইস্যুকারী-

২৪১৮১২
মোঃ শুরুজামান
চেয়ারম্যান

চিনশপুর ইউনিয়ন পরিষদ



রূপালী লাইফ ইনসিউরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাঙুরী পরীক্ষা রিপোর্ট

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম: মুক্তসুলত রব
 (খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম: গোচর দুল রব ২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স: ২৯ বৎসর
 (গ) পেশা: চাকুরী (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্তীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
 (ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা: কাঞ্চন রোড, গুলশন এলায়েট, ঢাকা-১০০০ (গ) বীমাকৃত টাকা: ৩০,০০০
 চৰ্দত: ৩০,০০০ (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ: ২১/৮
- ৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন? জুন
- ৪। সম্প্রতি কি আগন্তুর 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, যষ্টা, ক্যাসার, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	<input checked="" type="checkbox"/>	(চ) মৃত্যুর পাথর, ঘৌন রোগ, প্রস্তাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	<input checked="" type="checkbox"/>	(ছ) কোন প্রকার অঙ্গোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শায়ুবিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(জ) ক্যাসার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যষ্টা, নিউমোটিয়া প্লুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ? <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(গ) এ্যাপেন্ডিসাইটিস, আলসার, পাকস্তলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এক্সে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরদন্ত বা গলগড়ের কোন রোগ। <input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ। <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

পারিবারিক ইতিহাস

আতীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য:
		বয়স	বর্তমান শরীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	৫২	—	—	৪৫	ক্রোধ	২০০৫	(ক) আপনি কি কর্তৃমানে অস্তঃসন্তা? যদি হয়, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	৫৩	৫৫	জুন				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
ভাই	৫	—	—				(গ) প্রস্তুত সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্টি হয়েছে? হলে লিখুন
বোন	৫২	২০	জুন				(ঘ) স্তন অথবা জরায় সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগেছেন? ভুগলে লিখুন।
স্বামী/স্ত্রী	৫২	২৬	১১				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ:
ছেলে	৫২	০৪	১১				
মেয়ে	৫	—	—				

ঘোষণা

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এদেরা 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 মনিয়া লাইলাম। 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 পীড়ির তথ্য জানা থাকিলে তাহা কোম্পানীকে অবগত করার অনুমতি দিলাম।

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোক্ত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান পুরুষ তারিখ ১৫/১/২২
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

Signature

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

পুরুষ

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদানকারী তেজেশ্বর পাত্রকুমার, ২৩০

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন ১৫/১/২২

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	হ্যাঁ	৮। প্রশ্নাব পরীক্ষা ফল
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোক্ত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব ২.৫ সুগার <input checked="" type="checkbox"/> এলবুমেন <input checked="" type="checkbox"/>
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) প্রশ্নাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <input checked="" type="checkbox"/>
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি বক্তৃশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	হ্যাঁ	(গ) প্রশ্নাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? <input checked="" type="checkbox"/>
(খ) শ্বেত ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	হ্যাঁ	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ১৮০ সেঁ মিঃ/ফুঃইঃ
(গ) গ্লান্ড ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) ওজন ৭৫ কিলো/পাুঁ
৩। (ক) পাকছলী, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শাস নিয়া ৬৭ সেঁ মিঃ/ইঃ
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃক্ষি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩০ সেঁ মিঃ/ইঃ
(গ) দৰ্দ ত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ ৫৩.৩ সেঁ মিঃ/ইঃ
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায় হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন <input checked="" type="checkbox"/>
(খ) হংপিড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হংপিডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	স্থান পুরুষ তারিখ ১৫/১/২২
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন? <i>বর্তন- প্রস্তাবনা</i>	৭৪/১০	পুরো নাম
(খ) ধরনীতে কোন ইসক্রোরেসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	হ্যাঁ	ডাক্তারের স্বাক্ষর প্রস্তাবনা <i>TRUKHABDIKUMAR</i>
(গ) রক্তাচাপ ও সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	২২০/১০	ডিপো নাম ভিত্তি EBS (RMC) BCS (HEALTH) FCPS (MED) CONSULTANT ডিপোর তারিখ কোড নং বর্তমান ঠিকানা
(ঘ) হংপিডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	হ্যাঁ	
৬। গনেরিয়া, সিফিলিস, যৌন বা মুক্তনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	হ্যাঁ	
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে প্রস্তাবিত নিম্নে লিখুন।	হ্যাঁ	



রূপালী লাইফ ইনসিউরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৮

ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

সূত্র : আর,এল,আই/অবলিখন/ ২০২১/১৮/২২

তারিখ : ২০২১/১৮/২২

গ্রহণ পত্র

বিষয় : আপনার প্রস্তাবপত্র নং THB-১৮৬৫/২২

জনাব,

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

বীমা অংক :	<u>১০,০০০</u>	অতিরিক্ত শর্ত :	
পরিকল্পন নং মেয়াদ :	<u>২১-১৮</u>		
প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :	<u>১৮</u>		
মূল প্রিমিয়াম :	<u>১৮০</u>		
মহিলা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম :			
পেশাগত/স্বাস্থ্যগত অতিঃ প্রিমিয়াম :			
পি ডি এ বি/ ডি আই এ বি প্রিমিয়াম :			
বাদ জমা :			
অবশিষ্ট দেয় :			
ক) ১ম বৎসরে মৃত্যুতে বীমা অংকের		প্রদান যোগ্য হবে	
২য়	"	"	"
৩য়	"	"	"
৪থ	"	"	"
৫ম	"	"	"
৬ষ্ঠ	"	"	"
৭ম	"	"	"
৮ম	"	"	"
৯ম	"	"	"
খ) শুরু থেকে বৎসরের মধ্যে মৃত্যুতে বীমা অংকের			
<u>১০</u> প্রদান যোগ্য হবে।			

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

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

আপনাকে সেবা করার সুযোগ দেয়ায় আমরা কৃতজ্ঞ।

আপনার স্বিকৃত,

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা।

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

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

২০২১/১৮/২২
প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর
তারিখ : ২০২১/১৮/২২