

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 12:00:00A Mobile No: 01857056732 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103255843-7 Age at Entry 33 YRS. AGE ADMITTED(1

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

Table & Term 01-16 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MOHTARAMA SAHIDA AKTHER

Proposer's Address D/O:TOYEB ALI
HOUSE:RAZZAK SAHEB ER VASA, STATION
COLONY. ICE FACTORY ROAD
P.O.G.P.O THANA KOTWALI
DIST:CHATTOTGRAM 01857056732

Extra Loding:

Tk. 0

Include CL Lien 35% For 6
Year to this Policy.

Sum Assured 305,000 THREE LAC FIVE THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 24,064.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 889764 26/04/2022,
24,065.00 TWENTY FOUR THOUSAND SIXTY FIVE 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 AL- SHAHRIAR HOSSEN, SON, 13 YRS

SCAN
COMPLETE

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN: MD. ALAM, FATHER, 38 YRS

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 25/04/2022 FPR No: ECB-1014-22 RiskDate: 16/05/2022

Date of Proposal 25/04/2022 Proposal No: ECB-1014-22 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: 103001462/10300573/1030423/103095/103087/103086

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

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

Managing Director



Include Cb-Lien 35% For 6 Year

কপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

এধান কার্যালয়ঃ কপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (যুক্তি গ্রহণ পত্র)

16/05/2022

Ekok Bima

ফাইল কপি

বীমা নং	গ্রাহক নং	বীমা শুরু তারিখ	বৃত্তির তারিখ	পরিচয় ও মেয়াদ	কিছির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	পূর্তি টাকা
103255843-7	ECB-1014-22	26/04/2022	16/05/2022	01-16	Yes	889764	24085
MOHTARAMA SAHIDA AKTHER D.O.TOYEB ALI HOUSERAZZAK SAHEBER VASA, STATION COLONY, ICE FACTORY ROAD P.O., G.P.O THANA, KOTWALI DIST. CHATTOGRAM 01857056732							
বীমা গ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 33				শাখা Chadmonal Service Cell (ECB4312) ECB-101 ইস্যুর তারিখ 4/27 25/04/2022			
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উত্তর অর্থ	সহযোগী বীমা	মোট : 24085
305000	24065	0	0	24065	0	NULL	পারদর্শী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সংগঠনিক কোড নং : 103001469/10300573/1030423/103098/103095/103087/103086							26/04/2023

কপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

AGE ADMITTED

তারিখঃ 26/04/2023

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 12:00:00A Mobile No: 01857056732 Medical: Medical submitted.
PolicyNo **103255843-7** Age at Entry 33 YRS. AGE ADMITTED(1)

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

Table & Term 01-16 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MOHTARAMA SAHIDA AKTHER

Proposer's Address D/O: **TOLAB ALI** Extra Loading:
HOUSE: RAZZAK SAHEB ER VASA, STATION COLONY **ICE FACTORY ROAD** Tk. 0 Include CL Lien 3.5% For 6 Year to this Policy.
P.O.: G.P.O THANA: KOTWALI
DIST: CHATTOGRAM 01857056732

Sum Assured 305,000 THREE LAC FIVE THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 24,064.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 889764 26/04/2022,,
24,065.00 TWENTY FOUR THOUSAND SIXTY FIVE 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 **SON**
AL- SHAHRIAR HOSSEN, DAUGHTER, 13 YRS

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN: MD. ALAM, FATHER, 38 YRS

Child's Name ,, Yrs.

Date of FPR: 25/04/2022 FPR No: ECB-1014-22 RiskDate: 16/05/2022

Date of Proposal 25/04/2022 Proposal No: ECB-1014-22 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: 103001469/10300573/1030423/103096/103095/103087/103086

fah
Checked

Countersigned

Rupali Life Insurance Company limited

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

25/04/2022

<u>Policy No:</u> 103255893-7		<u>FPR No:</u> ECB-1014-22	<u>SC Code:</u> ECB			
<u>Proposal No:</u> ECB-1014-22		<u>FPR Date:</u> 25/04/2022	<u>SC Name:</u> Chowmuhoni Service C			
<u>Proposal Date:</u> 25/04/2022		<u>Com Date:</u> 25/04/2022	<u>Office Code:</u> ECB4312			
		<u>Risk Date:</u> 25/04/2022	<u>Office Name:</u> Chomohoni Service Ce			
<u>Sum Assured</u>	<u>Table & Term</u>	<u>Mode</u>	<u>Total Premium</u>	<u>Total Paid</u>	<u>Suspense</u>	<u>Next Due Date</u>
305,000.00	01-16	Yly	24,065.00	0.00	24,065.00	25-Apr-2023

Sum Assured In word: THREE HUNDRED FIVE THOUSAND

Premium In word: TWENTY-FOUR THOUSAND SIXTY-FIVE

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAMA SAHIDA AKTER

Age & Date of Birth

33 01/01/1989

Special Clause:

AGE ADMITTED

Life Prem: 24,065.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Chain Set up:

103001469/10300573/1030423/103096/103095/103087/103086

PR No:

PR Date

PR Amount

0.00

0.00

0.00

Nominee:

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Accepted with 35% (thirty five) constant lien of sum assured for 1st - 06 (six) years of the term.

Comission
Information for
calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 6930.72 - 346.54 = 6584.18

UM : 2079.22 - 103.96 = 1975.26

BM : 1386.14 - 69.31 = 1316.84

5% Source Tax: 519.8

Net Payable: 9876.28

25/Apr/2022

419

Md. Abdullah
Senior Vice President (In-Charge)
Incharge (Underwriting)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

Md. Gazul Haque
Executive Vice President
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office, Dhaka.

POSTED BY
IT DEPT.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।
পিএবিএক্সঃ ৮৮৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

889764

ঢাকা প্রাঙ্গণ রাসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

০১৪৫৭০৫৬৭৩২

PR নং :

তারিখঃ ২৭/০৪/১৮

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে, -২৫২৮৮ টাকা

২৫২৮৮ টাকা

ঢাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

পরমা (কথায়)

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকাঃ ১. প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২. প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

ব্যক্তিগত/আনুগত্যিক/ক্রেমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ 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 স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

ঢাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোষাধ্যক্ষ)

আনুগত্যকারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাজাঙ্গ কমিকটার
স্বাক্ষর ও সীল

MD. AKHTARUL ALAM

SE.O (F&A)

ID No - 0329

Rupali Life Ins. Co. Ltd

Chittagong.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

সার্ভিস সেল কোড নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

২০২৪/২২

১৫২৫৫৪৪৩-৭

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
ডাঃ শাহীন আনিস	এফ.এ	১০৩০০১৪৬৭	ডাঃ শাহীন আনিস	এফ.এ	১০৩০১৫
	ইউ.এম	১০৩০০৫৭৩	ডাঃ শাহীন আনিস	এফ.এ	১০৩০৮৭
	বি.এম	১০৩০৪২৩	ডাঃ শাহীন আনিস	এফ.এ	১০৩০৮৬
	এফ.এ	১০৩০৯৬	ডাঃ শাহীন আনিস	এফ.এ	১০৩০৮৫

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) : সাহিদা আক্তার SAHIDA AKTHER
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : TOYEBALI
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মুহম্মদ আলী ইংরেজীতে : MOHAMMAD ALI
 (ঘ) মাতার নাম : মুহম্মদা বেগম ইংরেজীতে : MOKSABA UDA BEGUM
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : হাউস মিস্ট্রেস
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : মুহম্মদা সাহিদা আক্তার
১০২-১০২৭০, হানা-লাহোর
মোবাইল নং : ০১৮৫৭০৫৬৭৩২
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : মুহম্মদা সাহিদা আক্তার
১০২-১০২৭০, হানা-লাহোর
মোবাইল নং : ০১৮৫৭০৫৬৭৩২

৩। জন্ম তারিখ : ০১.০১.১৯৮২ বয়স : ৪২ জন্মস্থান : লাহোর জাতীয়তা : পাকিস্তানী
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? NID

৪। (ক) বীমা অংক : ১০,০০,০০০/- ৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
 (খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ২৮ বৎসর : ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিএইএবি)
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং : ১০২৭০ টাকা : ১০,০০,০০০/-

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? মৃত্যু ও নিরাপত্তা আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২,৪০,০০০/- আয়ের উৎস কি? হাউস মিস্ট্রেস ও হ্যাণ্ডস
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজে
 (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?	যুক্তির তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) আনিস সাহিদা আক্তার বয়স : ৪২ সম্পর্ক : ছেলে
 (২) মুহম্মদ আলী বয়স : ৪৮ সম্পর্ক : পিতা
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : ডাঃ শাহীন আনিস বয়স : ৪৮ সম্পর্ক : পিতা

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাবীন 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/বৈমানিক/অপব্যক্তি বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে অংশগ্রহণ করা আছে কি?
 (খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/যুক্তি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীতা	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৬৭	স্বাস্থ্য				
মাতা	০১	৬০	স্বাস্থ্য				
ভাই	০১	৩৫	স্বাস্থ্য				
বোন	০৪	৪০, ৩৯, ৩৭, ৩০	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	০১	৩৮	স্বাস্থ্য				
ছেলে	০১	১০	স্বাস্থ্য				
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 ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।</p>	<p>(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>৩৫</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>না</u></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) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>বাল্যকাল</u> (ঘ) <u>না</u></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 মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u></p>
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, 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 পুঞ্জের 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, দূর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<p>হ্যাঁ <input type="checkbox"/> <u>না</u> বলা <u>না</u> <u>না</u> <u>না</u> <u>না</u> <u>না</u> <u>না</u> <u>না</u> <u>না</u> <u>না</u></p>
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৬৫</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৮"</u> ফু/মিঃ <u>৮৫</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণ শ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৫"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩২"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩০"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>সরিয়াক্স ও নোড</u></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 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 বিবৃতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
---	-----------------------------------

নাম : <u>মাহিদা হাজরা</u> মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>কলেজ স্নাতক</u> বয়স : <u>৩৩</u> খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>২০,০০০/-</u> ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? <u>৩০/০৩/২০২২</u> গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>হাসিলপত্রী প্রদান ও প্রকৃতি কাজ</u> এ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>২০০৭</u> ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>হ্যাঁ</u> ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন <u>না</u> ড) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>না</u> ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>কোঃ জাহান</u> চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>হ্যাঁ</u> ড) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>২৫,০০০/-</u> ছ) আপনার হেলে মেয়ে কতজন? <u>২ জন</u> চ) তাঁর পেশা কি? <u>কাজ</u> জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? <u>না</u> ত) তাঁর আয়ের উৎস কি? ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা	
---	--

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত 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 ওয়ার্কবহাল 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 যদি রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : <u>মাহিদা হাজরা</u> স্থান : <u>চৌধুরী</u> পুরো নাম : <u>কোঃ জাহান জাহান</u> পদবী : <u>কোড</u> <u>১০৩০০১৪৬৭</u> ঠিকানা : <u>মাহিদা</u>	(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : <u>MD. SHAHIN AL-AM</u> কোড নং : <u>১০৩০০১৪৬৭</u> পুরো নাম : <u>MD. SHAHIN AL-AM</u> তারিখ : <u>১০/০৩/২০২২</u>
---	---

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সন্ধানিত, প্রমাণিত এবং প্রমাণিত পরবর্তন বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)
 পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৮, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০
 রেজি নং : C-39345(1303)/99

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন



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



নাম: সাহিদা আক্তার

Name: Sahida Akther

পিতা: তৈয়ব আলী

মাতা: মুখচুদা বেগম

Date of Birth: 01 Jan 1989

ID NO: 1917263711439



এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তিগত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোজি: মিয়াজী মেঘার বাড়ি, গ্রাম/রাস্তা: শ্রীয়াং, শ্রীয়াং, ডাকঘর:
শ্রীয়াং - ৩৫৭০, লাকসাম, কুমিল্লা

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ২৪/০৭/২০০৮



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 মুহম্মদ হুসেইন
 (খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম হে. হু. ব. চন্দ্র ২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স ২৬ বছর
 (গ) পেশা মেসারি (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তলাকপ্রাপ্ত/বিধবা
 (ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা কাজলারদী (গ) বীমাকৃত টাকা ১০৫০০০
 (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ ০৪-১৫
 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 পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	১/	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	১/
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	১/	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	১/
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	১/	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	১/
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া পুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	১/	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	১/
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	১/	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 ঠিকান লিখুন।	১/
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্টি অস্টি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	১/		
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	১/	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	১/

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ		মৃত্যুর সন
বাবা	১	৮৭	স্বাস্থ্য				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তামানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	১	৮২	স্বাস্থ্য				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
ভাই	১	৬৫	স্বাস্থ্য				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
বোন	৪	৪২.৬৩.৬৭.৬৯	স্বাস্থ্য				(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
স্বামী/স্ত্রী	১	৬৮	স্বাস্থ্য				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
ছেলে	১	১৬	স্বাস্থ্য				
মেয়ে	১						

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 তারিখ 26/8/22
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

স্বাক্ষর
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম SMHDA CHANDIO পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন নাথ

(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?	না	(ক) আপেক্ষিক ওজন ১৩০.০০ স্থানীয় মাস্টারস্ক্রিন	না
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫' ৪" সে: মি: / ফু: ই:	না
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ১৬০.০০ কিলো/পা:	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩৫.৫ সে: মি: / ই:	না
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩৬.৫ সে: মি: / ই:	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ১০.২" 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 কোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান ৬৫.০০ তারিখ 26/8/22	না
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৬০, নিয়মিত	পুরো নাম	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রোরিসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	না
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১৫/৭৫	ডাক্তারের নাম	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	ডাক্তারের তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং	না
৬। গনোরিয়া, স্ফিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা	না
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় না? থাকিলে বিস্তারিত লিখুন।	না	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. 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 : SHOHIDA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-33 years

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

DATE 28 04 2022

SL.No. 24

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 : 1-3/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 2-3/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

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) :

Smear



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

(संविधान संशोधन विभाग, नवी दिल्ली - 110 054) (गोपनीय)

বীমা গ্রাহকের
ছবি

হাৰু কৰ নাম	মহেশ্বৰ চন্দ্ৰ	জন্ম তাৰিখ :	০২-০২-২০১৬
পিতাৰ নাম	তৈয়ব চান্দ		
মাতাৰ নাম	মুন্নি চন্দ্ৰ		
স্বামী/প্ৰাৰ নাম	অজিত		
জাতীয়তা	ভাৰতীয়		
টেলিফোন (বাসা)		টেলিফোন (অফিস):	
মোবাইল	০১৪৫৭০৫৬৭৩২	ফ্যাক্স:	
ইমেইল			

୩. ଅବିଚ୍ଛିନ୍ନତା :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং: 1017263711430 হ্যাঁ ☒ না ☐

খ) পাসপোর্ট নং: _____ যেমান: _____ হ্যাঁ ☐ না ☐

গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং: _____ হ্যাঁ ☐ না ☐

ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে): _____ হ্যাঁ ☐ না ☐

ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং: _____ যেমান: _____ হ্যাঁ ☐ না ☐

চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে): _____ হ্যাঁ ☐ না ☐

কি হতে ৭ নম্বর ত্রমিকে বর্ণিত দলিলাদি হতে আংশিকভাবে 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 পৃষ্ঠার সভাযনসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সন্তুষ্টি সাপেক্ষে উপরে বর্ণিত ৭ নম্বর ত্রমিকে বর্ণিত দলিলাদির অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফরমে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

8. શાસ્ત્રી ઠીકાના :

ମିଳାକୀ ଯେହେନା ବାଣୀ ୨୨ (୨୩) କାହିଁକି
ଏହି ଯେହେନା ହୁଏ.

૫. આવાનિક/ સર્વમાન ઠિકાના :

ବାଞ୍ଛନୀୟ ମାଣ୍ଡିବିତ ଜ୍ଞାନ ଯେଉଁମାନେ ହାତୀର
ଓମୃତ ହାତୀପିତା ହାତୀରାଣୀ ଚାହାନ୍ତି।

৬. গ্রাহকের পেশা (বিজ্ঞাপিত)

(Name) अ.क.

গণমান্য বাক্তি বশতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের 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, নেটেরি পাবলিক, অধ্যাপক/স্বয়তনাসিত/স্ট্রাকচার সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বৃদ্ধাবে।

नाम :-

1. 10/22/23 दि. 10/22/23

विरह

হানিফ

अथवा निम्न

द्वान्मिह

चारदिक

உதயகாந்தி

28068.1

नमः

60900

608000

১২. মাননীয় ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মাননীয় ব্যক্তির নাম :	জনাব <u>আবু হাশিম কবীর</u>		
পিতার নাম :			
মাতার নাম :			
পারী/ স্ত্রীর নাম :			
পেশা :	জন্ম তারিখ :		
বর্তমান ঠিকানা :			
স্থায়ী ঠিকানা :			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :			
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :		
মোবাইল :	ফ্যাক্স :		
ই-মেইল :			

সীমাহীন কর্মজীবন
সম্পন্ন মাননীয়
ব্যক্তি হইবে

मीमांसाश्रक कर्तृ
महाप्रियत माननीत
नातिर हरि

१७. नीचा शास्त्रकृत शक्ति निर्धारण :



निम्न

11

উচ্চ

१४. मनुष्य :

অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(নাম ও তারিখ)

স্বাস্থ্য সেবা 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 ৬০৫০০০ (ছয় লাখ পঁচাত্তর হাজার) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি (মোঃ হুমায়ুন কবির) এবং উক্ত ৩ম, হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৪০০০০ টাকা, ব্যয় হয় ১৬০০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন অসুবিধা হবে না।

অতএব মাহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে বীমাটি করতে পারি তাহার বিহীত বিধান আপনার যেন আজ্ঞা হয়।

নিবেদক/নিবেদিকা

মোঃ হুমায়ুন কবির



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

➤ প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৫৫৬-৪৬-১
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মহিউদ্দিন আহমেদ
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম কুশি-৩৭৬ ডাকঘর কুশি-৩৭৬ থানা মাহুয়া
 ➤ জেলা ফরিদপুর। যোগাযোগের ঠিকানা : সিদ্দিকী মেমোরিয়াল হাসপাতাল

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	বড়দিন থেকে
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৩১শে মার্চ ২০১৮
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 সুস্থাস্থ্যের 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?	মেমোরিয়াল হাসপাতাল
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?	মেমোরিয়াল হাসপাতাল
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	২৪০০০০/১৬০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	লেন্স
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাদৃষ্টি তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে হয় কি?	না
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্লিষ্ট 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 মোঃ মাহিউদ্দিন আহমেদ
 ➤ পদবী সিনিয়র কোড নং
 ➤ স্থান মাহুয়া, ফরিদপুর
 ➤
 ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
 ➤ পুরো নাম
 ➤ পদবী কোড নং
 ➤ অফিসের নাম
 ➤ ঠিকানা.....