

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 Kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-Deed)

Business Month: **December, 2021** Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date: 27/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01832223842 Medical: Medical submitted.

PolicyNo: **1032549273** Age at Entry: 24 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan: THREE PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFIT FOR 12 YEARS TERM

Table & Term: 03-12 Supplementary Cover: NIL. 0.00

Proposer's Name: MD. RUBEL

Proposer's Address: S/O MD. MOIN UDDIN
HOUSE:156/ SEA BEACH, CHAYA MT
P.O. PAHARTAL, THANA-KHULSHI
DIST: CHATTOGRAM 01832223842
purba **DIR**

Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 30% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured: 1,000,000 **3701** TEN LAC TAKA ONLY

Mode Of Payment: YEAR Policy Option: C Basic Premium: 96,500.00 Suspense: 0.00

Total Premium: By PR- 883934 30/12/2021, 96,500.00 NINETY SIX THOUSAND FIVE HUNDRED TAKA ONLY

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

Nominee's Name: MONOWARA BEGUM, MOTHER, 56 YRS

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name: GUARDIAN:

Child's Name: , Yrs.

Date of FPR: 27/01/2022 FPR No: ECB-E-279521 Risk Date: 27/01/2022

Date of Proposal: 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-279521 Date of Commencement: 30/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date: 30/12/2032 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity: 30/12/2033

Special Provision: ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE:
1) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025
2) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029
3) 50% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2033
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

SCAN COMPLETE

Organization Set-up: 103000439/10300033/1030031/100679/100252/100266/100275

Checked
MB. MONIRUL ISL
D.V.P. ID NO-0976
RUPALI LIFE INS. CO. LT
Chattoogram Servicing Center

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

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

তারিখ: 30/01/2022

Ekok Bima

ফাইল কপি

Include CL Lien 30% For 4 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

বীমাপত্র নং	প্রাপ্তবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103254927-8	ECB-E-2795/21	30/12/2021	30/12/2021	03-12	Yly	883934	96500
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 24	MD. RUBEL S/O: MD. MOIN UDDIN HOUSE: 156/ SEA BEACH, CHAYA NIT P.O.: PAHARTALI THANA: KHULSHI DIST: CHATTOGRAM 01832223842			শাখা এফ পি আর নং ইস্যুর তারিখ	Khatungonj Agency Office (ECB4314) ECB-E-27 95/21 27/01/2022		30/12/2021 0 0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উত্তৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
1000000	96500	0	0	96500	0	NILL	96500
সংগঠনিক কোড নং : 103000439/10300033/1030031/102206/100679/100252/100266							30/12/2022
পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর							ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

AGE ADMITTED

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 15/01/2022 12:00:00AI Mobile No: 01832223842 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103254927-8 Age at Entry 24 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan THREE PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFIT FOR 12 YEARS TERM

Table & Term 03-12 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MD. RUBEL

Proposer's Address S/O:MD. MAIN UDDIN.
HOUSE:156/ SEA BEACH, CHAYA NIT
P.O. PAHARTALI THANA:KHULSHI
DIST:CHATTGRAM 01832223842

Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 30% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 1,000,000 TEN LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 96,500.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883934 30/12/2021,,
96,500.00 NINETY SIX THOUSAND FIVE HUNDRED TAKA ONLY

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

Nominee's Name MONOWARA BEGUM, MOTHER, 56 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-279521 Risk Date: 26/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-279521 Date of Commencement 30/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 30/12/2032 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2033

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :
1) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025
2) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029
3) 50% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2033
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000439/10300033/1030031/102206/100679/100252/100266

Checked

Countersigned



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

Phone : 8392361-4, Fax : 88-02-8392370

POLICY SUMMARY

DATE: 23.11.22

OFFICE INFORMATION

Proposal No. 2795821 Proposal Date
Policy No. 103254927 Branch Code
R. No. F Branch Name

ORGANIZATION

103000439 D.C.
 R.C.
 D.V.C.
 C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 29.11.22 Date of Commencement 30.12.21
Age of Birth 41.11.1981 Age & Proof Code 24 07
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 1000000
In Word DDB LAC TAKA ONLY
Term 07 12 Mode of Payment 312
Installment Premium (In Taka) 96000
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALODGING

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

Installment Premium (In Taka): 96000
In word
Option C
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MD. RUBEL
Proposer's Present Address S/O - MD. MJIAUDDIN,
110-156/1 KIRIS CHANAN,
VILL: PURBA PAHAR TO
P/O: PAHAR TO LI
THAKA KHALSI, DIST. C
Nominee's Name Age & Relation MUMARA BEHUN - S
Guardian's Name Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical 07 Std/S.Std. 07
Sex 01 07

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies
MH-6183223842

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amc
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Prem
<u>30.12.21</u>	<u>883934</u>	<u>96</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount
Premium Rate % 98.70

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

তার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Trade licence গ্রহণ করা
করা ১০/০২,

Accepted with 30% (constant) lion at sumo
1st of (four) years of

~~SRP~~
১৪/২/১১

al Adviser :

১৬/১/১১
১২



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

883934

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

০১৪৩২২২৩৪৫২

তারিখ : ৩০/১২/২০

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

৩০৬ ২০৬ ২০৬

এর

নিকট হতে

টাকা

পরমা (কথায়)

৩০৬ ২০৬ ২০৬

টাকা নগদ/চেক/ভিডি/পে-অর্ডার/টিটি না

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

বার্ষিক/মাসিক/ত্রৈমাসিক/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/ভিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

অমর্ত্যপ্রসাদ কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও সীল



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

২৬৫০০

জীবন বীমার আবেদনপত্র

প্রস্তাবপত্র নং ৭৭৭৭৭
বীমাপত্র নং ৩০৬২৫৪৯২৭-৪

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ	০০০০০০০০		ডি.সি	
	ইউ.এম			আর.সি	
	বি.এম			ডি.ভি.সি	
	সি.সি			সি.সি	

প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর প্রস্তাবকের নিজ হস্তাক্ষরে বা তার নির্দেশানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ধমামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : জনাব: মুনব্বের
(খ) নামের বান্দন ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : Mr. Munbar
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ মজিবুর রহমান ইংরেজীতে : Mr. Muzibur Rahman
(ঘ) মাতার নাম : মোনায়েদা হুসেন ইংরেজীতে : Monayera Hossain
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : স্বতন্ত্র (আইটাএ সেল স্টোর মালিক)
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : স্বতন্ত্র/নিয়োগকারী নেই

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ১০, ২৫৬/১ সিবিচ, চ্যামানিড
মুন্সিগঞ্জ, ৬৬১, ঢাকা-১২০০
৬৭০১-২৭১-৬৬১১, ৬৬১১
মোবাইল নং : ০১৮ ৩২২২৩৮৪২
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ০১৮ ৩২২২৩৮৪২
মোবাইল নং : ০১৮ ৩২২২৩৮৪২

৩। জন্ম তারিখ : ০২/০৬/২১ বয়স : ২৪ জন্মস্থান : মুন্সিগঞ্জ জাতীয়তা : বাংলাদেশী
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জাতীয় পরিচয়পত্র

৪। (ক) বীমা অংক : ৩০০০০০০
(খ) তালিকা নং : ০৬ মেয়াদ : ২২ বৎসর : ২২
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং : ১০০০০০০০ 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? নিজ জীবন
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) আপনার আর্থিক আয় কত? ২৪০০০ আয়ের উৎস কি? স্বতন্ত্র

৭। ২ বছর পলিসি চালু থাকে 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?	বৃদ্ধির তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মুনব্বের বয়স : ২৬ সম্পর্ক : মাতা
(২) মুনব্বের বয়স : ২৬ সম্পর্ক : মাতা
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : মুনব্বের বয়স : ২৬ 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 ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।

(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক বা অধিবাসন সংস্থা বা অন্য কোন সংস্থার রাষ্ট্রনীতিতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/কি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
পিতা	০২	৫৬	স্বাস্থ্য	৫৭	স্বাভাবিক	২০০৭
মাতা		৫৬	স্বাস্থ্য			
ভাই		০৬, ০৮, ২৪, ২৬	স্বাস্থ্য			
বোন		০৬, ০৮, ২০, ২২, ২০, ২৪	স্বাস্থ্য			
স্বামী/স্ত্রী		০৬	স্বাস্থ্য			
ছেলে						
মেয়ে						

২৬৫০০

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>২৫</u>..... কেজি/হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>৩</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>২০১৫ সালে</u> (ঘ) <u>১</u>.....</p>																				
<p>১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বছরের 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) মূগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, ফল্গা, 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 ডায়াবেটিস, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুজের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জন্ম।</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>হ্যাঁ</th> <th>না</th> </tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td><u>হ্যাঁ</u></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>
হ্যাঁ	না																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?..... (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর..... (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত?..... (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন.....</p>	<p>(খ) আপনার উচ্চতা কত?..... (ঘ)..... সে: মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর..... সে: মিঃ (ঙ)..... সে: 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 চালু রাখার জন্যে বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমান অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
<p>নাম : মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা</p>	
<p>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>বয়স : বা) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ঢ) তাঁর পেশা কি? ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি? ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা</p>
বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং
বীমা অংক	

ঘোষণা
 আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি 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 সমস্ত কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক 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 চুক্তির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : স্থান : পুরো নাম : পদবী : কোড : (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : পুরো নাম :	<p><u>MD Rubel</u> প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর তারিখ :</p>
--	--

বীমা গ্রহণের সময় বীমা গ্রাহকের বর্তমান বয়স পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরিতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।
 (শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)
 পিএবিএস : ৮৩৯২৩৬১-৪, 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
Temporary National ID Card / সাময়িক জাতীয় পরিচয় পত্র



Md. Rubel

নাম: মোঃ রুবেল

Name: Md. Rubel

পিতা: মোঃ মঈন উদ্দিন

মাতা: মনোয়ারা বেগম

Date of Birth: 01 Mar 1998

ID NO: 5106527673

2021-12
1998-03
23-09
=24

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা
কোথাও প্রদর্শন গেলে নিকটস্থ পোলিস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোজি: ১৫৬, গ্রাম/রাজা: সি বিচ ছায়াবাড়ী, পূর্ব পাহাড়তলী,
ডাকঘর: পাহাড়তলী - ৩৭০১, ফুলশী, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

মুদ্রা: ০১

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ১৩/০৮/২০১৮

মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ: ১৩/০৮/২০২০



Morsedan Alana
and Co-ordinator (0000)
Life Ins. Co. Ltd.
any 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..... (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। 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 পাপলম্বী ইত্যাদি আছে কি?	না	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	না
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	না	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	না
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	না	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	না
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া পুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	না	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	না
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	না	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এরুরে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন।	না
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের কোন রোগ।	না	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	না
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	না		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		মৃত্যুর সন	৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন? (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কেঁদে বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন (ঘ) স্তন পুথবা জ্বরায় সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন। (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ		
বাবা	১			৪৭	৩০/০৫/৮০		
মা	১	৫১	স্বাস্থ্য				
ভাই	৬	৩৪, ২৫, ২৮	৫				
বোন	১	২২, ২০, ২৮	৫				
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে							
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 প্রস্তারিত 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 ৬৬/১১১ তারিখ ২৫-১-২২

বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

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

MORUPET

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম ডাঃ হুমায়ুন

পরিচিতি প্রাদানকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(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>১৩৭</u> কিলো/পাঃ	না
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	না
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্বাবধানে গ্রহীত?	না
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা <u>৫'২"</u> সেঃ মিঃ/ফুঃ	না
(গ) গ্রাস্ত ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন <u>৫৫</u> কিলো/পাঃ	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩১</u> সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(খ) গ্রীবা বা বকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩০</u> সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ <u>৫২</u> সেঃ মিঃ/ইঃ	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, পা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না		না
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭২, নিয়মিত		না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না		না
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক	১১০/৭৫		না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না		না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিষ বা অনিষ্টম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না		না
৬। গনোরিয়া, সিলিটিস, যৌন বা যুগ্মনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না		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		না

স্থান ৬৬/১১১ তারিখ ২৫-১-২২

পুরো নাম

ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল

ডাক্তারী MORUPET

ডাক্তারী তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ১৯৪২-১১৭০৭

কোড নং

বর্তমান ঠিকানা

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



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. RUBEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-24 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 241

E.S.R. 06 mm fall in 1st hour.

HB. 14.2 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 7,500 per cu.mm.

Red blood cell 4.9 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	38%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	04%	1	-	6%
Basophil	00%	0	-	<1%

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M.P. (Thick & Thin Film)

PFT :

NORMAL VALUES

HAEMOGLOBIN

Men = 13.0-18.0 gm / dl.

Women = 11.5-16.5 gm / dl.

Infant (full - term) = 13.5-19.5 gm / dl.

Infant, 1yr. = 11.0-13.0 gm / dl.

Children 3-6 yrs. = 12.0-14.0 gm / dl.

Children 10-12 yrs. = 11.5-14.5 gm / dl.

E.S.R.

05 - 15 mm in 1st hour.

RBC - 4.5 - 5.5 per cu.mm.

Total Count (W. B. C.)

Adult = 4.5 - 10.0 thousands / cu.mm.

infant, (full-term) = 10 - 26 thousands / cu.mm.

infant, 1 yr = 6 - 18 thousands / cu. mm.

Children, 4 - 7 yrs = 5 - 15 thousands / cu.mm.

Children, 8 - 12 yrs. = 4.5 - 13.5 thousands / cu.

Total Platelet Count = 1,50,000 - 4,00,000 / cu. mm.

Total Cir. Eosinophil Count = 40 - 400 / cu. mm.

Reticulocyte count :

Adult & Children = 0.2 - 2%

Infant = 2 - 6%

P.C.V : Men = 40 - 50% Women = 30 - 48%

B.T. = 0 - 5 minutes, C.T. = 2 - 6 minutes

HEMATOLOGICAL REPORT

COMMENTS (IF ANY) :

MDRubel

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

CHECKED BY



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. RUBEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-24 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 241

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 : 1-4/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 0-1/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) :

MD RUBEL

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 : MD. RUBEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-24 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 241

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	74 mg/dl (4.11 mmo l/l)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

Handwritten signature in red ink.

COMMENTS (IF ANY) :

MD Rubel

Attested

Handwritten signature
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

কর্মসম্পাদন প্রোফাইল ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তিগত তথ্য ও কর্মসম্পাদন তথ্য সংগ্রহের জন্য)

বীমা গ্রাহকের
ছবি

১. বীমা গ্রাহকের নাম :

২. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

৩. বীমা গ্রাহকের জন্ম তারিখ :

৪. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

৫. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

৬. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

৭. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

৮. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

৯. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১০. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১১. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১২. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১৩. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১৪. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১৫. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১৬. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১৭. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

১৮. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

বিঃদ্রঃ - বীমা গ্রাহকের কর্মসম্পাদন প্রোফাইল ফর্মটি পূরণ করে বীমা গ্রাহকের নামে একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে বীমা গ্রাহকের সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি খোলার ক্ষেত্রে বীমা গ্রাহকের সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি খোলার ক্ষেত্রে 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 পরিচয়পত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি খোলার ক্ষেত্রে আলোকচিত্রসহ (সমালোচনার উপরে পৃষ্ঠার সত্যায়নপত্র) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যয়নপত্র বীমা প্রকৌশল যথাযথভাবে গ্রহণের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সন্তুষ্টি সাপেক্ষে উপরে ৮ নম্বর ক্রমিকে বর্ণিত দলিলসমূহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফর্মের অতিরিক্ত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

১৯. বীমা গ্রাহকের পিতার নাম :

২০. বীমা গ্রাহকের বর্তমান ঠিকানা :

২১. বীমা গ্রাহকের পেশা (সিদ্ধান্তিত) :

বীমা গ্রাহকের বীমা গ্রহণের ক্ষেত্রে সনদ, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের পাবলিক কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ডিইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পলিমার মেম্বর ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, মোটর পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্বশাসিত/রপ্তানায় সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বৃদ্ধাবে।

পেশার ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) : স্বাস্থ্য

৭. গ্রাহকের অর্ধের উৎস : স্বাস্থ্য ৩ বিরা স্বাস্থ্য

৮. অর্ধের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি : বিলে

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : বাসিন্দা ☐ প্রেমাসিন্দা ☐ আনুমানিক ☐ বার্ষিক ☒ এককালীন ☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ : ৯৫৫০০৮

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম : ক ব্যাংক (তথ্যাদিসহ) স্বাস্থ্য

(খ) নগদ ৯০০০০০০৮

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	<u>মহোদয়া বৈরা</u>		সম্পর্ক :	<u>৫৫২৮</u>
পিতার নাম :				
মাতার নাম :				
পার্মা/পীর নাম :				
পেশা :	জন্ম তারিখ :			
বর্তমান ঠিকানা :				
স্থায়ী ঠিকানা :				
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :				
টেলিফোন (বাসা) :			টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :			ফ্যাক্স :	
ই-মেইল :				

বীমা গ্রাহক ও তার সত্যায়িত মনোনীত ব্যক্তির ছবি

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

১৩. বীমা গ্রাহকের বৃত্তি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মন্তব্য অংশে বিবরীকেন্দ্রিক (Subjective) বিশ্লেষণ গ্রাহকের বৃত্তিক সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের বৃত্তিক নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতে। ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্ধের মাত্রা, ব্যাপার্যের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদি সহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিশ্লেষণ নিয়ে গ্রাহকের উচ্চ বা নিম্ন বৃত্তিক সম্পন্ন হিসেবে প্রাথমিকভাবে করতে হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুজ্ঞাপ্রাপ্ত বিস্তারিত ধারণা লাভ করতে বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও মাসিক দায়িত্বের নিরিখে বৃত্তিক নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ বৃত্তিকপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/বিলেশনশীপ ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

তারিখ :- / / ইং

বরাবর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

জনাব,

যথাবিহীত সম্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার স্বনামধন্য কোম্পানিতে

একটি ১০০০০০০ (দশ লক্ষ টাকা) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি জীবন করি এবং উক্ত ৩০০০ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৫০,০০০

টাকা, ব্যয় হয় ২৬০,০০০ 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

স্বাক্ষর



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- > প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৪৪০১২৭-৬
 > প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মোঃ মোঃ কবীর
 > স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম নং ১২৩৪৫৬, পোস্ট অফিস নং ১২৩৪৫৬ থানা ইকরা
 > জেলা চাঁদপুর। যোগাযোগের ঠিকানা : মোঃ মাহমুদ হায়া সিদ্দিক

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	২৫ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৪/৫ দিন আগে
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্বাস্থ্যের 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?	সরকারি
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?	সরকারি
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	২৫০০০০/১৫০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	জান
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারা দৃষ্টে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে হয় কি?	না
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?	না
১৪।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি?	না
১৫।	আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি?	হ্যাঁ
১৬।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি?	হ্যাঁ

- > বীমা প্রতিনিধির স্বাক্ষর
 > পুরো নাম মোঃ মোঃ কবীর
 > পদবী ডাঃ কোড নং
 > স্থান ইকরা
 > সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
 > পুরো নাম
 > পদবী কোড নং
 > অফিসের নাম
 > ঠিকানা