



Rupali Life insurance Company Ltd.

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

Policy Schedule

POLICY NO	103252899-7	AGE AT NEAREST BIRTH DAY	33 YRS. AGE ADMITTED(1)
PLAN	FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM		
TABLE & TERM	01-16	SUPPLEMENTARY ACCIDENT COVER ATTACHED TO THE POLICY	NILL.
NAME & ADDRESS OF THE PROPOSER	SALMA S/O:MD. SUMON VILL:HAZI BARI, MANDRA P.O.:NANGOLKOT THANA:NANGALKOT DIST:CUMILLA		<u>Include CL Lien 3.5% For 5 Year to this Policy.</u>
SUM INSURED	NAME OF THE LIFE INSURED (S)	SALMA	
	AMOUNT (S.I)	TK. 800,000(BASIC SUM) EIGHT LAKH TAKA ONLY	
	EVENT ON HAPPENING OF WHICH THE SUM INSURED IS PAYABLE	2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.	
	TO WHOM PAYABLE	THE PROPOSER OR HIS ASSIGN(S) IN THE EVENT OF DEATH OF THE LIFE INSURED TO JERAN AKTER, DAUGHTER, 05 YRS GUARDIAN: MD. SUMON, FATHER, 35 YRS. (NOMINEE UNDER SEC. 57 OF THE INSURANCE ACT, 2010)	
DATE OF COMMENCEMENT	15/Jul/2021	RISK. DATE	29/Aug/2021
PREMIUM	AMOUNT	TK. 64,720.00 SIXTY FOUR THOUSAND SEVEN HUNDRED TWENTY TAKA ONLY	
	HOW PAYABLE	YEARLY	OPTION C
	DUE DATES	ON THE DATE OF 15 JULY IN EVERY YEAR	
DATE OF LAST PREMIUM DUE	15/07/2036	DATE OF MATURITY	15/07/2037
PERIOD DURING WHICH PAYABLE	UP TO THE STIPULATED DATE OF LAST PAYMENT OR EARLIER DEATH OF (EITHER) THE LIFE INSURED(S)		
SPECIAL PROVISIONS	<p>ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :</p> <p>1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2025 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2029 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2033 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 15/07/2037</p> <p>SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.</p>		

SIGNED ON BEHALF OF RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD. ON

EXAMINED BY
MD. MONIRUL ISLAM
D.V.F., ID NO-0976
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.
Chattogram Servicing Center, Ctg.

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

16/09/2021
MANAGING DIRECTOR



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০, প্রিন্ট ডট 29/08/2021

Ekok Bima

ফাইল কপি

Include CL Lien 35% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুকিং গ্রহণ পত্র)

বীমাণত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুকিং তারিখ	পরিচ্ছদ ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর./বি. এম নং	পূর্তিত টাকা
103252899-7	ECB-E-746/21	15/07/2021	29/08/2021	01-16	Yly	867288	64720
বীমাপ্রার্থকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রার্থকের বয়স : 33	SALMA S/O:MD. SUMON VILL:HAZI BARI, MANDRA P.O.:NANGOLKOT THANA:NANGALKOT DIST:CUMILLA					15/07/2021 0 0	
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
800000	63120	0	1600	64720	0	NILL.	64720
সাংগঠনিক কোড নং : 103001141/10300473/1030371/102840/102839/100889/102209							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
							15/07/2022

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

তারিখ

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 Kakrail, Dhaka

Draft Slip of Schedule For (

Ekok-FPR

Business Month: **July, 2021**

Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date 17/08/2021 12:00:00A1

Mobile No:

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo 103252899-7

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 SALMA

Proposer's Address

S/O:MD. SUMON
VILL:HAZI BARI, MANDRA
P.O.:NANGOLKOT THANA:NANGOLKOT
DIST:CUMILLA

Extra Loading:

Tk. 1600

Include CL Lien 35% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 800,000

EIGHT LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR Policy Option

C

Basic Premium: 63,120.00 Suspense: 0.00

Total Premium

By PR- 867288

15/07/2021,

64,720.00

SIXTY FOUR THOUSAND SEVEN HUNDRED TWENTY TAKA ONLY

Event of Happening

2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED WITH BONUS.

Nominee's Name

JERAN AKTER, DAUGHTER, 05 YRS

Guardian's Name

GUARDIAN: MD. SUMON, FATHER, 35 YRS.

Child's Name

Yrs.

Date of FPR:

17/08/2021

FPR No:

ECB-E-746/21

Risk Date:

29/08/2021

Date of Proposal

15/07/2021

Proposal No:

ECB-E-746/21

Date of Commencement

15/07/2021

Premium due date:

ON THE DATE OF 15 JULY IN EVERY YEAR

Last premium due date

15/07/2036

Next Due Date:

15/07/2022

Date Of Maturity

15/07/2037

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 15/07/2025
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2029
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 15/07/2033
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 15/07/2037

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

Organization Set-up:

103001141/10300473/1030371/102840/102839/100669/102209

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

Proposal No.	746/21	Proposal Date	
Policy No.	103252999-7	Branch Code	
R. No.		Branch Name	

ORGANIZATION

103001131	D.C	
	R.C	
	D.V.C	
	C.C	

POLICY RELATED INFORMATION

Date	29/8/21	Date of Commencement	15/7/21
Age of Birth	1012'88	Entry Age & Proof Code	39 1
Assured/Pension/Annuity (In Taka)	8,00,000/-		
Assured In Word			
Policy & Term	01 15	Mode of Payment	7
Installment Premium (In Taka)	63120/-		
Assured In Word			

SUPPLEMENTARY COVER

	Code	Premium
DIAB/PDAB		
HB		

EXTRALODGING

	Code	Premium
✓ E or O/E		1600
EM		
Installment Premium (In Taka):	64720/-	
Assured In word		
Policy Option		
Next Premium Due Date		

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name	Salma
Proposer's Present Address	info. - Md. Suman do. - Hafiz Bazi. vill. - Mandra. post P.O. - Mangal esat Cumilla. Jerin Akter. son of. D. Md. Suman. son of. F.
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	0169830361		

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
15/7/21	867288	64

Suspense Amount	
Premium Rate %	80.90

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Age, CR বার্ষিক - ৮
- চোখা গ্রহন মাসিক - F.I

Accepted with FIE @ -
35% (thirty five) Const
of - Sumassured for
years of the ten

Md. G
Executive
Under
Report left
Head

Md. G
Executive
Under
Report left
Head

Medical Adviser :

Red N 25/08/21



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।

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

কম্পিউটার/ফাইল কপি

867288

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

0164830961

তারিখ :

২২/৭/২২

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবী

নিকট হতে ১২/৭/২০ টাকা

পরমা (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিউ নং

১২/৭/২০ টাকা

১২/৭/২০ টাকা

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা : ১। প্রথম অর্থ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষান্মাসিক/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 স্ট্যান্ডপ হুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গ্রহণ করা হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)



স্বাক্ষর

স্বাক্ষরিত/প্রমাণিত
০৬/০৭/২২
Rupali Bank Ltd.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০। সার্ভিস সেল কোড নং

পিএবিএস : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০ প্রস্তাবপত্র নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

৭৪১/১২
103252899

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
১০৬০০০১৪১	এফ.এ		ডি.সি		
১০৬০০০১৪১	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) : হুমায়ুন
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : Humayun
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ হুমায়ুন ইংরেজীতে : Humayun
 (ঘ) মাতার নাম : সম্মতিয়া বেগম ইংরেজীতে : Sammatia Begum
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : ফার্মাসি ক্যাড
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : ফার্মাসি ক্যাড

- ২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ১৪০/২৪৪/১৪৪
সুন্দর - মন্ডল, পোঃ মন্ডল কোড
১১১ - মন্ডল কোড কোড - জুমিনা
 মোবাইল নং : ০১৬৪৪৩০০৬১
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ০১৬৪৪৩০০৬১
 মোবাইল নং : ০১৬৪৪৩০০৬১

- ৩। জন্ম তারিখ : ১০/১২/১৯৮৮ বয়স : ৩৬ জন্মস্থান : নিউ ওয়ার জাতীয়তা : বাংলাদেশী
 ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন? জাতীয় পরিচয়পত্র

- ৪। (ক) বীমা অংক : ১৬,০০০.০০ মেয়াদ : ১৬ বৎসর
 (খ) তালিকা নং : ০১
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ বার্ষিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং : ১৬,০০০.০০ টাকা : ১৬,০০০.০০
 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? নিম্নোক্ত আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ১,২০,০০০/০ আয়ের উৎস কি? নিম্নোক্ত
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিম্নোক্ত
 (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। না

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	বৃদ্ধির তারিখ লিখুন
<u>১১</u>	<u>১১</u>	<u>১১</u>	<u>১১</u>	<u>১১</u>	<u>১১</u>

- ৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) হুমায়ুন বেগম বয়স : ০৪ সম্পর্ক : মাতা
 (২) হুমায়ুন বয়স : ০৪ সম্পর্ক : মাতা
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : মোঃ হুমায়ুন বয়স : ৩৬ সম্পর্ক : পিতা

- ১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।
 (খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।
 (ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
 (খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বৃদ্ধি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা			
পিতা	০১	৬০	স্বাস্থ্য	৬৫		২০১৭
মাতা	০১	৬০	স্বাস্থ্য			
ভাই	০৪	৬৮-৬৯-৬০-২৬	স্বাস্থ্য			
বোন	০২	৪২	স্বাস্থ্য			
স্বামী/স্ত্রী	০১	৬০	স্বাস্থ্য			
ছেলে	০১	০৫	স্বাস্থ্য			
মেয়ে	০১	০৫	স্বাস্থ্য			

POSTED BY
AT DEPT

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>২৫</u> (খ) <u>২</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>২</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>২</u> (খ) <u>২</u> (গ) <u>২</u> (ঘ) <u>২</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 মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) <u>২</u> (খ) <u>২</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 শ্বাসযন্ত্রিক 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) গ্ৰীহা 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, দুর্য্য়টনা, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<p>ক/না বলুন <u>২</u> <u>২</u> <u>২</u> <u>২</u> <u>২</u> <u>২</u> <u>২</u> <u>২</u> <u>২</u></p>
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>২০</u> কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫</u> ফু/মিঃ <u>২</u> ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণ শ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৫</u> ইঃ <u>২</u> সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর <u>৩৪</u> ইঃ <u>২</u> সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩২</u> ইঃ <u>২</u> সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>২</u> সেঃ মিঃ</p>	<p><u>২</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।	
<p>নাম : <u>মানস</u> মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা</p>		
<p>ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>৮ম</u> খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>২০</u> গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>২০</u> ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>২০</u> ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>২০</u> চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>২০</u> ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? <u>০২</u> জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? <u>২০</u></p>	<p>বয়স : <u>৩৬</u> ঙ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? <u>২০</u> ঙ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>৫</u> ট) আপনি কি কোন জী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন <u>২০</u> ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>২০</u> ড) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>২০</u> ঢ) তাঁর পেশা কি? <u>২০</u> গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? <u>২০</u> ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা <u>২০</u></p>	
বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক
<u>২০</u>	<u>২০</u>	<u>২০</u>

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত 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 হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিধিত বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিধিত বিবেচনার পর যুক্তির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : ২০ স্থান : ২০ পুরো নাম : ২০
 পদবী : ২০ কোড : ২০ ঠিকানা : ২০
 খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : ২০ কোড নং : ২০
 পুরো নাম : ২০

২০১০ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)

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

রেজি নং : C-39345(1303)/99

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন



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..... ২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... ৩। বৎসর
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম..... ৪। (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
(গ) পেশা..... ৫। (গ) বীমাকৃত টাকা.....
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা..... ৬। (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....
৭। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....
৮। 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?	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 প্লুরেসী, 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 ঠিকানা লিখুন।	১
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্টি অস্টি-স্কি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের কোন রোগ।	১	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	১
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	১		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?	
		বয়স	বর্তমান শারীরিক স্বাস্থ্য	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ		
বাবা	১	১০	১০	১০	১০		
মা	১	১০	১০	১০	১০		
ভাই	৮	১০, ১০, ১০	১০	১০	১০	(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?	১
বোন	১	১০	১০	১০	১০	(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন	১
স্বামী/স্ত্রী	১	১০	১০	১০	১০	(ঘ) গুন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।	১
ছেলে	১	১০	১০	১০	১০	(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :	১
মেয়ে	১	১০	১০	১০	১০		

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
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দৃশ্যমান করিয়াছেন। (বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদনকারী
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 ১০৭.২ সুপার	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) দৈনিক উচ্চতা ৫'১" মি/ফু:ই:	না
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ৫০.০ কিলো/পা:	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ব শ্বাস নিয়ন্ত্রণ ৩.১ মি/ই:	না
(খ) প্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩.৪ মি/ই:	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ৩.২ 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 দিগে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	না
(গ) শ্বাসকষ্ট, গ্যা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান তারিখ ২৬-৬-২০	না
৫। (ক) নাকের গতি কত? ধরণ কেমন?	না	পুরো নাম	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	না
(গ) রক্তচাপ ৪ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	না	ডিগ্রী	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ১৭৪২, ১৭৪৭	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং	না
৬। পনোরিয়া, সিন্ফিলিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা	না
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিবরণিত নিম্নে লিখুন।	না	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Comstock College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	না



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০। সার্ভিস সেল কোড নং

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

জীবন বীমার আবেদনপত্র

दीक्षापत्र नं०

103252899-7

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
২০৬০০১১৪১	এফ,এ			ডি,সি	
২০৬০০১১৪১	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) : মুহাম্মদ
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ হুমায়ুন ইংরেজীতে :
 (ঘ) মাতার নাম : সুস্মিতা দেবী ইংরেজীতে :
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : স্বাধীনতা সৈনিক
 (চ) চাকরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) ছাত্রী ঠিকানা : শ্রীমতি ব্রজলক্ষ্মী
পুত্র - সত্যজিৎ, (স্বামী সত্যজিৎ চৌধুরী)
মাতা - সত্যজিৎ চৌধুরী, ব্রজলক্ষ্মী
 মোবাইল নং : ৯৮৬৪৩৩৩৬১

৩। জন্ম তারিখ ২০/১২/২০১৮ বয়স ৬৬ জন্মস্থান বিহা সড়ি জাতীয়তা মাদ্রাসা
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জাতীয় পরিচয়পত্র

৪। (ক) বীমা অংক ৬.০০০০০/..... ৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
 (খ) তালিকা নং মেয়াদ বৎসর ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ যান্বাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং টাকা

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নিম্নলিখিত, আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ১,২০,০০০/- আয়ের উৎস কি? N/A
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? N/A
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

৭। ২ বছর পলিসি চাল 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 শর্তাবলীতে গৃহীত হয়েছে?	ঝুঁকির তারিখ লিখুন
৯৯৯	৯৯৯	৯৯৯	৯৯৯	৯৯৯	৯৯৯

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) হুমায়ুন কবীর বয়স ০৪ সম্পর্ক মেজদে
 (২) বয়স সম্পর্ক

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম মুন্না খান বয়স ৩৫ সম্পর্ক পিতা

<p>১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।</p> <p>(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা হুগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>হ্যাঁ না</p> <p>৯৮</p>	<p>(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?</p> <p>(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বাঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।</p>	<p>হ্যাঁ না</p> <p>৯৯</p>
--	---------------------------	---	---------------------------

পারিবারিক ইতিহাস ৪

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর তারিখ	মৃত্যুর সন
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা				
পিতা	১	—	—	৬৫			২০১৭
মাতা	১	৬০	৫৫mm				
ভাই	০৪	৬৫-৬৫-৬০-২৬	৫৫mm				
বোন	০২	৪২	৫৫mm				
স্বামী/স্ত্রী	০১	৬৫	৫৫mm				
ছেলে	১	২৫	—				
মেয়ে	০১	০৫	—				

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) (খ) কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ)</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) (খ) (গ) (ঘ)</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 মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) (খ)</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, পুরেসী, যক্ষা, 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, 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, দুর্ঘটনা, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">ক্র।</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">না</td> <td rowspan="10" style="width: 100px; text-align: center; vertical-align: middle;"> </td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">বলুন</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td><td></td></tr> </table>	ক্র।	না		বলুন		
ক্র।	না																					
বলুন																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? ফু/মিঃ ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ইঃ সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ইঃ সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ইঃ সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন</p>	<p>.....</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 : 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?	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা বয়স : ঙ) 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
--	---

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক
.....

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত 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 ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে পার্থক্য প্রিমিয়ামের হারে পৃথীত 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 যুক্তির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : স্থান পুরো নাম পদবী কোড ঠিকানা (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর কোড নং পুরো নাম প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর তারিখ :
--	---



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SALMA			SEX	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	AGE-33 years
REFERRED BY : PROF/DR.: R.L.I					
DATE	18	08	2021	SL. No.	88

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	90mg/dl (4.99 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

Handwritten signature and date: 25/08/21

COMMENTS (IF ANY) :

Handwritten signature



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 : SALMA

SEX ☒ M ☐ F AGE-33 years

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

DATE 18 08 2021

SL.No. 88

E.S.R. 08 mm fall in 1st hour.

HB. 14.0 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

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

Red blood cell 4.7 per. cu. mm.

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

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	49%	40	-	75%
Lymphocyte	41%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	04%	1	-	6%
Basophil	00%	0	-	<1%

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M.P. (Thick & Thin Film)

PFT :

NORMAL VALUES

HAEMOGLOBIN

Men = 13.0-18.0 gm / dl.

Women = 11.5-16.5 gm / dl.

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

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

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

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

E.S.R.

05 - 15 mm in 1st hour.

RBC - 4.5 - 5.5 per. cu. mm.

Total Count (W. B. C.)

Adult = 4.5 - 10.0 thousands / cu. mm.

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

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

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

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

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) :

3/10/21
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 : SALMA

SEX ☒ M ☐ F AGE-33 years

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

DATE 18 08 2021

SL.No. 88

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 :
25/08/21

MICROSCOPIC

PUS CELLS : 2-4/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 1-3/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

CRYSTALS Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMORPHOS PATES :

CASTS Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

COMMENTS (IF ANY) :

3/10/21



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

URINE ANALYSIS

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(যদিও গ্রাহক বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (সাইফ)

১. বীমা পলিসির নাম / শ্রেণী :
পলিসি প্রেরণের নং/পলিসি নং :

একক বীমা ডিভিডেন্ড
০০৬২৫২৫৭৭-৭ তারিখ: **২৮/৭/২০**

বীমা গ্রাহকের
ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	মুহম্মদ	জন্ম তারিখ :	০০/২/২০৬৬-২২
পিতার নাম :	রাফিকুল হক		
স্বামীর নাম :	সুফিয়া বেগম		
স্বামী/স্বীর নাম :	মঃ মুহম্মদ		
জাতীয়তা :	বাংলাদেশী		
টেলিফোন (বাস) :		টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	০১৬৪৪৩০০৬১	ফ্যাক্স :	
ইমেইল :			

৩. পরিচিতিপত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং :	৬৪২৭৩৪০৫৪৫	হ্যাঁ <input checked="" type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
খ) পাসপোর্ট নং :	মেয়াদ :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :		হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে) :		হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং :	মেয়াদ :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :		হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>

কি হতে গ নব্বয় ত্রমিকে বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি খোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সম্মতি সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি^১ কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠার সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার শর্তে প্রতিষ্ঠানের সম্মতি সাপেক্ষে উপরের ঘ হতে চ নব্বয় ত্রমিকে বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফরমে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

নং: বাকী খাড়া সার্বমন্ডা কো: এম.এ.এ.এ.এ.এ.
মুহম্মদ মুহম্মদ মুহম্মদ মুহম্মদ

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা :

২

৬. গ্রাহকের পেশা (বিজ্ঞানিত) :

মোবাইল কার.

^১ গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব গ্রেডের গেজেটেড কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, নোটারি পাবলিক, আদালতকারি/স্বায়ত্বশাসিত/রাজস্ব সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদূর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

কর্মকর্তা আছেন
ও তারিখ



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

➤ প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৫ ২৬৭৭-৭

➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম Suman

➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ২১ জীয়ারী ডাকঘর মনুয়া

➤ জেলা সুবিধা যোগাযোগের ঠিকানা :

তারিখ ১৫/৭/২৩

বয়স ৬৬

থানা আজমারকোণ

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	৬০০ দিন ধরে
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৩১/৫/২৩
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 ?	মোটর চাকর
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 ?	মোটর চাকর
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	২৫০,০০০, ২১০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	বীমা
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 সুবিধা

➤ পুরো নাম সুবিধা

➤ পদবী সুবিধা কোড নং

➤ স্থান সুবিধা

➤ সুবিধা

➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর সুবিধা

➤ পুরো নাম সুবিধা

➤ পদবী সুবিধা কোড নং

➤ অফিসের নাম সুবিধা

➤ ঠিকানা সুবিধা

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 ৳০০.০০০ (৩ লাখ ০০০ টাকা) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ২৫০০০০ এবং উক্ত ৩০০০০০ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৫০০০০
টাকা, ব্যয় হয় ৩০০০০০ 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




Md. Shah Niazul Alam
Deputy Managing Director (Dev)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.