

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 12:00:00AM

Mobile No: 01736450209

Medical:

Medical submitted.

Policy No: **103255851-7**

Age at Entry

37 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 SAJEDA BEGUM**

Proposer's Address: D/O: HABUL RARI
VILL: DUMCHAR CHANDRA PRASAD,
P.O. CHANDRA PRASAD-8300 THANA: BHOLA
SADAR
DIST: BHOLA 01736450209

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 35% For 06
Year to this Policy.

Sum Assured: 305,000

THREE LAC FIVE THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment: YEAR Policy Option C

Basic Premium: **24,309.00**

Suspense: 0.00

Total Premium: By PR- 889757

26/04/2022,

24,309.00

TWENTY FOUR THOUSAND THREE HUNDRED NINE 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: **ABUL BAREK, HUSBAND, 45 YRS**

SCAN
COMPLETE

Prv. Policy No 1:

Prv. Policy No 2:

Guardian's Name: **GUARDIAN:**

Child's Name: „ Yrs.

Date of FPR: 25/04/2022

FPR No: **ECB-1021-22**

Risk Date: 16/05/2022

Date of Proposal: 26/04/2022

Proposal No: **ECB-1021-22**

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

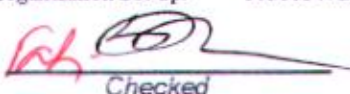
Date Of Maturity: 26/04/2038

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: 103001472/10300576/1030426/103101/103100/103087/103086


Checked

MD. MONIRUL ISLAM
D.V.P. ID NO-0978
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.
Chattogram Servicing Center, Ctg.


Countersigned

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



Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Printed 16/05/2022

Ekok Bima

Include CL Lien 35% For 06 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রদানপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103255851-7	ECB-1021-22	26/04/2022	16/05/2022	01-16	Yly	889757	24309
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 37	MOHTARAMA SAJEDA BEGUM D/O:HABUL RARI VILL:DUMCHAR CHANDRA PRASAD, P.O.:CHANDRA PRASAD-8300 THANA/BHOLA SADAR DIST.BHOLA 01736450209			শাখা এফ পি আর নং ইস্যুর তারিখ	Chomohoni Service Cell (ECB4312) ECB-102 1-22 25/04/2022	26/04/2022	0 0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 24309
305000	24309	0	0	24309	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং :	103001472/10300576/1030426/103101/103100/103087/103086						26/04/2023

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

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: 01736450209 Medical: Medical submitted.
PolicyNo 103255851-7 Age at Entry 37 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 SAJEDA BEGUM

Proposer's Address D/O:HABUL RARI
VILL:DUMCHAR CHANDRA PRASAD,
P.O.:CHANDRA PRASAD-8300 THANA:BHOLA
SADAR
DIST:BHOLA 01736450209

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 35% For 06 Year to this Policy.

Sum Assured 305,000 THREE LAC FIVE THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 24,309.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 889757 26/04/2022,,

24,309.00 TWENTY FOUR THOUSAND THREE HUNDRED NINE 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 ABUL BAREK, HUSBAND, 45 YRS

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name .. Yrs.

Date of FPR: 25/04/2022 FPR No: ECB-1021-22 RiskDate: 16/05/2022

Date of Proposal 26/04/2022 Proposal No: ECB-1021-22 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: 103001472/10300576/1030426/103101/103100/103087/103086



Checked

Countersigned

Rupali Life Insurance Company limited

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

25/04/2022

<u>FPR No:</u>		ECB-1021-22		<u>SC Code:</u>		ECB							
<u>Policy No:</u>		<u>FPR Date:</u>		26/04/2022		<u>SC Name:</u>		Chowmuhoni Service C					
<u>Proposal No:</u>		ECB-1021-22		<u>Com. Date:</u>		26/04/2022		<u>Office Code:</u>		ECB4312			
<u>Proposal Date:</u>		25/04/2022		<u>Risk Date:</u>		26/04/2022 16/03/22		<u>Office Name:</u>		Chomohoni Service Ce			
Sum Assured		Table & Term		Mode		Total Premium		Total Paid		Suspense		Next Due Date	
305,000.00		01-16		Yly		24,309.00		0.00		24,309.00		25-Apr-2023	

Sum Assured In word: THREE HUNDRED FIVE THOUSAND

Premium In word: TWENTY-FOUR THOUSAND THREE HUNDRED NINE

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAMA SAJEDA BEGUM

Age & Date of Birth

37 12/04/1985

Special Clause:

AGE ADMITTED

103255851-7

Life Prem: 24,309.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Chain Set up

103001472/10300576/1030426/103101/103100/103087/103086

PR No:

PR Date

PR Amount

0.00

0.00

0.00

Nominee:

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Comission
Information for
calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 7000.99 - 350.05 = 6650.94

UM : 2100.30 - 105.01 = 1995.28

BM : 1400.20 - 70.01 = 1330.19

5% Source Tax: 525.07

Net Payable: 9976.41

419

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

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

Md. Gaziul Haque
Executive Officer (Underwriting)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office, Dhaka.

Accepted 11/05/22

POSTED BY
IT DEPT.

भा.प्र. - ७ सु. ७५५
मह. शा.प्र. ७ F.P.R. ७५५
७५५

[Signature]

Accepted with 25.
Alight (five) constant her
of 2000 assumed for 25
06 (25) years of the term.

[Signature]
11/07/05

[Signature]
Md. Gaziul Haque
11/07/05

[Signature]
11/07/05



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৮, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কমিউটিং/ফাইল কপি

889757

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

01736450209

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

তারিখ : ২৫/০৮/২২

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে ২৫/০৮/২২ টাকা

৳৫০০০/-

পয়সা (কথায়)

৳৫০০০

এর

বিনিময় নং ১২৩৪৫৬৭৮৯

টাকা নগদ/চেক/ডিভি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা : ১। প্রথম-বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষাণ্মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপেক্ষে এই টাকা আমানত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমানদারীর 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/ডিভি/পে-অর্ডার নগদী করণ স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

৳৫০০

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

MD. AKHTARUL ALAM
S.E.O (F&A)
ID No.-0339
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

প্রস্তাবপত্র নং

1021/22

বীমাপত্র নং

103255851-7

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
মোঃ সাজিদুল হক	এফ.এ	10300/472	ডি.সি		
	ইউ.এম		আর.সি		
	বি.এম		ডি.ডি.সি		
	বি.সি		সি.সি		

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

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : সাজিদুল হক
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : SAJEDA BEGUM
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : হাবুল রাস্ত ইংরেজীতে : HABUL RAST
 (ঘ) মাতার নাম : জাহানারা বেগম ইংরেজীতে : JAHANARA BEGUM
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : হোমসাই কক
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

- ২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : হোম-২/৩৬৮ পোঃ ৮৫
পমহ-৪৩০০ থানা-হেলান-সর
জিলা-হেলান
 মোবাইল নং : ০১৭৩৬৮৫০২০১
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : CAV
 মোবাইল নং :

- ৩। জন্ম তারিখ : ২২/০৪/১৯৮৫ বয়স : ৩৮ জন্মস্থান : হেলান জাতীয়তা : বাংলাদেশী
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? NA

- ৪। (ক) বীমা অংক : ১২,০০,০০০/- সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছা থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
 (খ) তালিকা নং : ০২ মেয়াদ : ২০ বৎসর : ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষান্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং : _____ টাকা : _____

- ৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২,৮৫,০০০/- আয়ের উৎস কি? হোমসাই কক
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ (স্বামী/স্বা)
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) _____

- 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?	বুকের তারিখ লিখুন

- ৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) : আব্দুল বাকেক বয়স : ৪৫ সম্পর্ক : স্বামী
 (২) : _____ বয়স : _____ সম্পর্ক : _____
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : _____ বয়স : _____ সম্পর্ক : _____

- ১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাদীন 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 প্রস্তাবনা আছে কি?
 (খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বুঁকি সম্পর্কে জানার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব
পিতা	০১	৭৫	স্বাস্থ্য			
মাতা	০১	৭৫	স্বাস্থ্য			
ভাই	০২	৩০, ৩৫, ৪০	স্বাস্থ্য			
বোন	০১	৪৫	স্বাস্থ্য			
স্বামী/স্ত্রী	০১	৪৫	স্বাস্থ্য			
ছেলে	০১	১৪, ১২	স্বাস্থ্য			
মেয়ে	০১					

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানাসহ বিবরণ লিখুন।	(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>২</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>২/২</u>																				
১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?	(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>১০.১১.২০১০</u> (ঘ) <u>না</u>																				
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।	(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u>																				
১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মূগী, 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) প্লীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়েবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুজের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যাপার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>বলুন</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> <tr><td></td><td><u>না</u></td></tr> </table>	হ্যাঁ	<input checked="" type="checkbox"/>	বলুন			<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>
হ্যাঁ	<input checked="" type="checkbox"/>																				
বলুন																					
	<u>না</u>																				
	<u>না</u>																				
	<u>না</u>																				
	<u>না</u>																				
	<u>না</u>																				
	<u>না</u>																				
	<u>না</u>																				
	<u>না</u>																				
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৫৫.৫</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৫.৫</u> ফু/মিঃ <u>১৬৫</u> সেন্টিমিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? <u>৩৫.৫</u> ইঞ্চি <u>৯১</u> সেন্টিমিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩৪.৫</u> ইঞ্চি <u>৮৮</u> সেন্টিমিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩১.৫</u> ইঞ্চি <u>৮০</u> সেন্টিমিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>সব চিহ্নই উল্লেখ করা হয়েছে</u>																					

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 : সাজেদা হোসেন মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>৫ম সিনিয়র</u> খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>১২ টাকা</u> গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>স্বামী থেকে</u> ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>না</u> ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>না</u> চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>হ্যাঁ</u> ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? <u>২ জন</u> জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? <u>না</u>	বয়স : <u>৩৭</u> বা) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? <u>১০/০৪/১১</u> ঙ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>২০১০</u> চ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন <u>না</u> ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>মোঃ জাহাঙ্গীর</u> ড) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>১৫,০০০</u> ঢ) তাঁর পেশা কি? <u>ব্যবসায়ী</u> গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? <u>স্বামী থেকে</u> ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা <u>না</u>
--	---

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 অন্তত বা শর্ততার 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 যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্যকৃত 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 স্থগিত হলে ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : সাজেদা হোসেন স্থান : ১০৩০০১৭২ পুরো নাম : মোঃ জাহাঙ্গীর হোসেন
 পদবী : কোড ঠিকানা :
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : কোড নং :
 পুরো নাম :

সাজেদা হোসেন
 প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
 তারিখ :

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরীতে 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 সাজেদ হোসেন
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম হাবিবুল কবীর
(গ) পেশা চাকরি
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা ১৮০
২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স ৩৪ বৎসর
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালকপ্রাপ্ত/বিধবা
(গ) বীমাকৃত টাকা ৬০৫০০০০
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ ০২-২৫
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 পাল্পামী ইত্যাদি আছে কি?	<u>না</u>	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	<u>না</u>
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	<u>না</u>	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	<u>না</u>
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	<u>না</u>	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	<u>না</u>
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	<u>না</u>	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	<u>না</u>
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	<u>না</u>	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।	<u>না</u>
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	<u>না</u>	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	<u>না</u>
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	<u>না</u>		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত				
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন		
বাবা	২	৭৫	৯৫				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?	না
মা	২	৭০	৯৫				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?	২
ভাই	০৫	৫০, ৪৫, ৪৪, ৪২, ৪০	৫				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন	না
বোন	১	৪৬	৫				(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।	না
স্বামী/স্ত্রী	১	৪৫	৫				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :	২৭/৮/২৪
ছেলে	২	০৪, ০২	৫					
মেয়ে	—							

ঘোষণা

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এদ্বারা ঘোষণা করিতেছি যে, প্রত্যেক প্রশ্নের প্রদত্ত উত্তর আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি। বর্তমানে আমি সম্পূর্ণ সুস্থ আছি এবং উল্লেখিত বিবৃতিতে কোন সত্য গোপন করি নাই। আমি এই ঘোষণার মাধ্যমে উল্লেখিত সমুদয় বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য আমার সাথে কোম্পানীর প্রস্তাবিত জীবন বীমার চুক্তি হিসাবে মানিয়া লইলাম। আমি আরও ঘোষণা করিতেছি, উপরোক্ত বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রের কোন অসত্য বিবরণ থাকিলে প্রস্তাবিত বীমাচুক্তি বাতিল বলে গণ্য হবে ও প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হইবে। অত্র ঘোষণার মাধ্যমে প্রত্যেক হাসপাতাল চিকিৎসক সার্জন বা অন্য কোন ওয়াকিবহাল ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান যাহারা আমার সম্বন্ধে জ্ঞাত আছেন তাহাদের প্রত্যেককে আমার সম্বন্ধে কোন শারীরিক ও মানসিক পীড়ার তথ্য জানা থাকিলে তাহা কোম্পানীকে অবগত করার অনুমতি দিলাম।

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোল্লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান চট্টগ্রাম তারিখ ২৬/৮/২২
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

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম সুজেনা চৌধুরী পরিচিতি প্রাদনকারী ১৯৮২

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন ১৯৮২

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

<p>১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?</p> <p>(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?</p> <p>(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?</p> <p>২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।</p> <p>(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।</p> <p>(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?</p> <p>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) প্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?</p> <p>(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?</p> <p>৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।</p> <p>(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?</p> <p>৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?</p> <p>(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।</p> <p>(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।</p> <p>(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</p> <p>৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।</p>	<p>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব <u>১১.২২</u> সুগার <u>৯৯</u> এলবুমেন <u>৯৯</u></p> <p>(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা <u>৫' ৪" ৪</u> সেঃ মিঃ/ফুঃইঃ</p> <p>(খ) ওজন <u>৫৬</u> কিলো/পাঃ</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৬</u> সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩৪</u> সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>(ঘ) নাজী বরাবর পেটের মাপ <u>৩২</u> সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?</p> <p>বিশদ বিবরণের স্থান</p> <p>স্থান <u>চট্টগ্রাম</u> তারিখ <u>২৬/৮/২২</u></p> <p>পুরো নাম <u>সুজেনা চৌধুরী</u></p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>[Signature]</u></p> <p>ডিগ্রী <u>MBBS</u></p> <p>ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৯৮২/১১৭০৭</u></p> <p>কোড নং <u>১৯৮২/১১৭০৭</u></p> <p>বর্তমান ঠিকানা <u>DR. M. A. KAMAL</u> <u>MBBS, BCS, PGT, FRSH</u> <u>282, Commerce College Road,</u> <u>Agrabad, Chittagong.</u> <u>Mobile:-01673-720550</u></p>
--	--



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SAJEDA BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-37 years

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

DATE 28 04 2022

SL. No. 22

E.S.R. 14 mm fall in 1st hour.

HB. gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell per. cu. mm.

Red blood cell per. cu. mm.

Platelet Count per. cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	%	40	-	75%
Lymphocyte	%	20	-	45%
Monocyte	%	2	-	10%
Eosinophil	%	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):

21/05/22

[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 : SAJEDA BEGUM

SEX ☒ M ☒ F AGE-37 years

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

DATE 28 04 2022

SL.No. 22

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 : 2-3/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 0-3/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

CRYSTALS Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMORPHOS PATES :

CASTS Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY):

21/6/22

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

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(কাজির উদ্দেশ্যে গ্রাহক পরিচিতি ফর্ম পূরণ করুন)

১. গ্রাহকের নাম/শ্রেণী:

পরিচিতি ফর্ম/পরিচিতি নং:

একক বীমা
১০৬২৫৫৮৫০-৭

তারিখ:

বীমা গ্রাহকের

ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি:

গ্রাহকের নাম:	১০৬২৫৫৮৫০-৭	জন্ম তারিখ:	২২/৮/১৯৮৫
পিতার নাম:	৬২৮৫৫৮৫০-৭		
মাতার নাম:	৬২৮৫৫৮৫০-৭		
বাসী/পূর্ব নাম:	৬২৮৫৫৮৫০-৭		
জাতীয়তা:	৬২৮৫৫৮৫০-৭		
টেলিফোন (বাসা):	৬২৮৫৫৮৫০-৭	টেলিফোন (অফিস):	
মোবাইল:	৬২৮৫৫৮৫০-৭	ফ্যাক্স:	
ইমেইল:			

৩. পরিচিতিপত্র:

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং:	কপি প্রাপ্ত	হ্যাঁ	না
৫০৬৩৭০৭৭৫৫	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
খ) পাসপোর্ট নং:	মেয়াদ:	হ্যাঁ	না
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং:		হ্যাঁ	না
ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে):		হ্যাঁ	না
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং:	মেয়াদ:	হ্যাঁ	না
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে):		হ্যাঁ	না

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

৪. স্থায়ী ঠিকানা:

১০৬২৫৫৮৫০-৭
১০৬২৫৫৮৫০-৭

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা:

১০৬২৫৫৮৫০-৭

৬. গ্রাহকের পেশা (বিজ্ঞানিত):

১০৬২৫৫৮৫০-৭

গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের গ্রেজেটেড 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, নোটিশ পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্বশাসিত/রপ্তানিকৃত সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

পেশাগত ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) : মোহন হার

৭. গ্রাহকের অর্ধের উৎস : মনোহর হু বিক্রয়

৮. অর্ধের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি : বিধি

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ ষান্মাসিক ☐ বার্ষিক ☒ এককালীন ☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ : ২৪৬০০৮

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :
 (ক) ব্যাংক (ভ্যান্ডাউসহ) : প্রদান
 (খ) নগদ : ৩০৫০০০৮

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	আবু বাকের	সম্পর্ক :	৪৮ স্বামী
পিতার নাম :			
মাতার নাম :			
স্বামী/ স্ত্রীর নাম :			
পেশা :		জন্ম তারিখ :	
বর্তমান ঠিকানা :			
স্থায়ী ঠিকানা :			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :			
টেলিফোন (বাসা) :		টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :		ফ্যাক্স :	
ই-মেইল :			

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
সম্পর্কিত মনোনীত
ব্যক্তির ছবি

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

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মন্তব্য অংশে বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্ধের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজনকী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ নিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নির্ধারণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/ বিশেষজ্ঞ মনোজ্ঞার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

স্বাস্থ্যকর 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 ৩০৫০০০ (থ্রি লাক্স বাই ২০৫) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ৫০০০০ করি এবং উক্ত ৩০৫ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৬৬.০০০ টাকা, ব্যয় হয় ১৬০.০০০ 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

মহম্মদ হোসেন



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

➤ প্রস্তাবপত্র নং ৩০৬২৫৫৫-৫২-৭
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম সুজেনা বেগম তারিখ ৬/৮
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম হুজুর ডাকঘর চন্দ্রপুর থানা কোচা
 ➤ জেলা কোচা। যোগাযোগের ঠিকানা :

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	৫২ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৩৪ দিন আগত
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?	টাক্সি ড্রাইভার
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?	স্বাধীন উৎস
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	২৫৫০০০/৩৬০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	কোচা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারা দৃষ্টি 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 সুজেনা বেগম ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর

➤ পুরো নাম সুজেনা বেগম ➤ পুরো নাম

➤ পদবী কোচা ➤ পদবী কোড নং

➤ স্থান কোচা ➤ অফিসের নাম

➤ কোচা ➤ ঠিকানা