

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

PolicyNo **103254870-6** Age at Entry **38 YRS. AGE ADMITTED(1)**

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

Table & Term **01-16** Supplementary Cover **NILL. 0.00**

Proposer's Name **SAKHINA**

Proposer's Address **W/O:MD. AKTER
VILL-JAKER SOWDAGOR COLONY, FULER
NURSERY GOLLI 18 NO WORD
P.O:CHAWK BAZAR THANA:BAKALIA
DIST:CHATTOTGRAM** Extra Loading: **Tk. 850** Include CL Lien 35% For 01 Year to this Policy.

Sum Assured **425,000** **FOUR LAKH TWENTY FIVE THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **34,000.00** Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- 883898** **30/12/2021,** **34,850.00** **THIRTY FOUR THOUSAND EIGHT HUNDRED FIFTY 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 **MD. AKTER, HUSBAND, 42 YRS**

Guardian's Name **GUARDIAN:**

Child's Name **,, Yrs.**

Date of FPR: **15/01/2022** FPR No: **ECB-E-2738/21** Risk Date : **26/01/2022**

Date of Proposal **30/12/2021** Proposal No: **ECB-E-2738/21** Date of Commencement **30/12/2021**

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

Last premium due date **30/12/2036** Next Due Date: **30/12/2022** Date Of Maturity **30/12/2037**

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 30/12/2025
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037

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

Organization Set-up: 103000440/10300075/1030060/100406/100650/102208/100266

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

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

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১১০০

Ekok Bima

Include CL Lien 35% For 04 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল নং

বীমা পত্র নং	প্রদেবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103254870-6	ECB-E-2738/21	30/12/2021	26/01/2022	01-16	Yly	883898	34850
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা :	SAKHINA W/O:MD. AKTER VILL:JAKER SOWDAGOR COLONY, FULER NURSERY GOLLI 18 NO WORD P.O.:CHAWK BAZAR THANA:BAKALIA DIST:CHATTOGRAM			শাখা	Khatungonj Agency Office(ECB4314)		0
বীমাগ্রাহকের বয়স :	38				এফ পি আর নং	ECB-E-27 38/21 15/01/2022	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
425000	34000	0	850	34850	0	NILL.	34850
সাংগঠনিক কোড নং :							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
103000440/10300075/1030060/100406/100650/102208/100266							30/12/20

প্রস্তুতকারকের স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর

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

Policy No **103254870-6** Age at Entry 38 YRS. AGE ADMITTED(1)

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

Table & Term 01-16 Supplementary Cover NULL. 0.00

Proposer's Name SAKHINA ✓

Proposer's Address W/O MD. AKTER
VILL: JAKER SOWDAGOR COLONY, FULER
NURSERY GOLLI 18 NO WORD
P.O. CHAWK BAZAR THANA BAKALIA
DIST: CHATTOGRAM Extra Loading:
Tk. 850 Include CL Lien 35% For 01 Year to this Policy.

Sum Assured 425,000 FOUR LAKH TWENTY FIVE THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 34,000.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883898 30/12/2021,
34,850.00 THIRTY FOUR THOUSAND EIGHT HUNDRED FIFTY 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 MD. AKTER, HUSBAND, 42 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name „ Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2738/21 Risk Date: 26/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2738/21 Date of Commencement 30/12/2021

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

Last premium due date 30/12/2036 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2037

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 30/12/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000440/10300075/1030060/100406/100650/102208/100266

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 10.01.20

OFFICE INFORMATION

osal No. 273821 Proposal Date
y No. 103254870-6 Branch Code
R. No. F- Branch Name

ORGANIZATION

103000440 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 26.01.22 Date of Commencement
e of Brith 22.07.1988 Country Age & Proof Code 18 of
n Assured/Pension/Annuity (In Taka) 425,000
a In Word FOUR LAC TWENTY FIVE THOUSAND TAKA ONLY
le & Term of 16 Mode of Payment SI
e Installment Premium (In Taka) 34000
a In Word

SUPPLEMENTARY COVER

Code Premium
DIAB/PDAB
HB

EXTRALODGING

Code Premium
E or O/E 21 850
EM

al Installment Premium (In Taka): 34850
a In word
icy Option C
t Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name SARKHANA
Proposer's Present Address w/o. MD. AKTER -
C/O. JAKER GONDALHA
VILL - FILER MAR SARI
18 NODOKA. P/O. - CHOK
THAKA - BAKALIA. D.
Nominee's Name Age & Relation MD. AKTER - 42 (FATHER)
Guardian's Name Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical 69 Std/S.Std. of
Sex 02 67

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies
MH - 67

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No. Cession Number Am

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date Receipt No. Prem
30.12.21 883808 348

Suspense Amount
Premium Rate % 82.00

Milw.
Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

ববরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with F
2% and 35% (Twenty five
ben of Sumassured
4 (four) years of.

Md. ~~Abul Kalam~~
Sector Vice President (S.V.P.) No-10
Incharge (Underwriting)
Rajshahi Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

Medical Adviser :

[Handwritten signature]



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

--	--	--	--	--	--	--	--

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

883898

PR নংঃ

তারিখঃ

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে

টাকা

পরাসা (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিসি

এর

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বিমাপত্র নং

উক্ত টাকাঃ

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

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 স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে. অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কম্পিউটার/ফাইল কপি



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

প্রস্তাবপত্র নং

২৭৬৪৮৮

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

২০৬২৫৪৪৭০-১

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ	১০৬০৪৪৮০		ডি.সি	
	ইউ.এম			আর.সি	
	বি.এম			ডি.ভি.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 হুমায়ুন কবীর

(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : MUHAMMAD HUMAYUN KABIR

(গ) পিতা/স্বামীর নাম : আবুল কালাম আজাদ ইংরেজীতে : ABUL KALAM AZAD

(ঘ) মাতার নাম : সুখাদেবি ইংরেজীতে : SUKHADEBI

(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সফটওয়্যার ইঞ্জিনিয়ার

(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : সফটওয়্যার ইঞ্জিনিয়ার, সফটওয়্যার কোম্পানী

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : হুমায়ুন কবীর, পিতা: আবুল কালাম আজাদ, মোতা: হুমায়ুন কবীর, মোবাইল নং : ১৭০০০০০০০০

(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : হুমায়ুন কবীর, পিতা: আবুল কালাম আজাদ, মোতা: হুমায়ুন কবীর, মোবাইল নং : ১৭০০০০০০০০

৩। জন্ম তারিখ : ২২/০৭/২০১৬ বয়স : ৬ বছর ৬ মাস ৬ দিন

ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন? জাতীয় পরিচয়পত্র

৪। (ক) বীমা অংক : ৪,২৫,০০০/-

(খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ১৫ বৎসর

(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষান্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন

(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি আর নং : ১০০০০০০০ টাকা

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নিয়মিত আর্থিক সাহায্য

(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ

(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) না

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?	বুকের তারিখ লিখুন
<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মো: বশরত আলী বয়স : ২৫ সম্পর্ক : ৪৩ (পিতা)

(২) মো: ওবইদুল বয়স : ২২ সম্পর্ক : ৪৩ (পিতা)

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : মো: আবুল কালাম আজাদ বয়স : ৪২ সম্পর্ক : ৪৩ (পিতা)

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানী তে বিবেচনাবীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন। না

(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন। না

(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি? না

(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বুকের সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন। না

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের নাম	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৬৫	সুস্থ	৫২	হৃদরোগ	১৫-০৫-২০০২	
মাতা	০১	৬৫	সুস্থ	৫২	হৃদরোগ	১৫-০৫-২০০২	
ভাই	০২	৪৪	সুস্থ	৫২	হৃদরোগ	১৫-০৫-২০০২	
বোন	০২	৪৭-৪৯	সুস্থ	৫২	হৃদরোগ	১৫-০৫-২০০২	
স্বামী/স্ত্রী	০১	৪২	সুস্থ	৫২	হৃদরোগ	১৫-০৫-২০০২	
ছেলে	০৩	২৫-৩২-৩৮	সুস্থ	৫২	হৃদরোগ	১৫-০৫-২০০২	
মেয়ে	০১	২৫	সুস্থ	৫২	হৃদরোগ	১৫-০৫-২০০২	

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 ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>২ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে</u> (গ) <u>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>বাসন্ত জ্বরে</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 স্নায়বিক 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) গ্ৰীবা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঁজের 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।	<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>
হ্যাঁ	না																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<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>৬৫</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৬"</u> মিঃ/৫'৬" সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণ শ্বাস নেওয়ার পর <u>৬৫</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৬৫</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৬৪</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>কোন চিহ্ন নেই</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 : <u>সমিমা</u>	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>মেম্বার</u>	বয়স : <u>৬৫</u>
খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>২৫,০০০</u>	ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>স্বামীর আয়ের উপর নির্ভরশীল</u>	চ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন <u>না</u>
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল?	ট) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>আবদুল হক</u>
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন?	ড) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>২৫,০০০</u>
চ) আপনি কি বিবাহিতা?	ঢ) তাঁর পেশা কি? <u>স্বামীর</u>
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন?	ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি? <u>স্বামীর আয়ের উপর নির্ভরশীল</u>
জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা?	ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা <u>না</u>

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক
<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>

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 অধিদপ্তরপক্ষে 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 যথাবিধিত বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে ধার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিধিত বিবেচনার পর ঋণের রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : <u>সমিমা</u>	পুরো নাম : <u>সমিমা হোসেন</u>	সাক্ষিনা
পদবী : <u>মেম্বার</u>	ঠিকানা : <u>৬৫, ৬৬, ৬৭, ৬৮, ৬৯, ৭০, ৭১, ৭২, ৭৩, ৭৪, ৭৫, ৭৬, ৭৭, ৭৮, ৭৯, ৮০, ৮১, ৮২, ৮৩, ৮৪, ৮৫, ৮৬, ৮৭, ৮৮, ৮৯, ৯০, ৯১, ৯২, ৯৩, ৯৪, ৯৫, ৯৬, ৯৭, ৯৮, ৯৯, ১০০</u>	প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : <u>সমিমা</u>	পূরো নাম : <u>সমিমা হোসেন</u>	তারিখ : <u>০০/০০/০০</u>

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাত্রাহকের বর্তমান দেশ বা বিদেশে চাকুরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

(শ্রীয়াহ 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
NATIONAL ID CARD / জাতীয় পরিচয় পত্র



নাম: সখিনা
Name: Sakhina

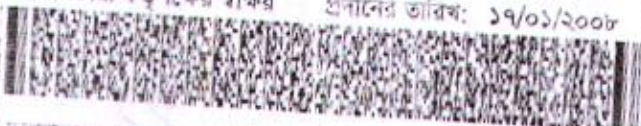
স্বামী: আখতার
মাতা: রায়জন

Date of Birth: 22 Jul 1983

ID NO: 1591017009374

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা-
তোষাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।
ঠিকানা: বাড়ি নং: খাজা বিল্ডিং, রাজ্জা নং/নাম: ডি সি রোড, খাজা হোটেল মোড়,
ডাকঘর: চকবাজার - ৪২০৩, ঢাকা নগর, ৫ টিগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, ৫ টিগ্রাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ১৭/০১/২০০৮



(Signature)

Md. Morshedul Alam
Divisional Co-ordinator (Dev)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Khairungu Office, Chittagong.

2021-12
1983-07
38-05
= 38



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.....
(গ) পেশা.....
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....
(ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স.....
(খ) অববাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালকপ্রাপ্ত/বিধবা.....
(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, পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	হ্যাঁ	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	হ্যাঁ
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	হ্যাঁ	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	হ্যাঁ
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	হ্যাঁ	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	হ্যাঁ
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	হ্যাঁ	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	হ্যাঁ
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	হ্যাঁ	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এম্বুলে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন।	হ্যাঁ
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদন্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	হ্যাঁ	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	হ্যাঁ
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যাধি, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	হ্যাঁ		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		টীকা
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	
বাবা	—	—	—	৫২	৩০/০৫/২০০১	৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	১	৬৭	৫/৫	—	—	(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
ভাই	০	৪৪	৫	—	—	(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
বোন	২	৪৭, ৪০	৫	—	—	(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
স্বামী/স্ত্রী	০	৪২	৫	—	—	(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
ছেলে	৬	১৫, ১২, ১০	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 সত্যভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান তারিখ ১৪/১২/২২
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

মকিনা
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রদানকারী

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 গুরুত্ব ২০২২ সালের ১৪/১২/২২	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 তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	না
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'৩" সেঃ মিঃ/ফুঃ	না
(গ) গ্লাভ কোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ৬৫ কিলো/পাঃ	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়ঃ ২৬ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ২৬ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ২৪" 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) জ্বপিত কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	না
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান তারিখ ১৪/১২/২২	না
৫। (ক) নাকির গতি কত? ধরন কেমন?	৭৬/১১/২০	পূরো নাম	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রোরেসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	না
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১২০/৭০	ডিম্বী M. A. KAMAL	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	১২	ডিম্বীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ১৭৪২, ১১/১০/০৭	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং	না
৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, FGT, FRSM 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	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



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SOKINA

SEX ☒ M ☐ F AGE-38 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 97

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

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

T.C.OF

White blood cell 10,100 per. cu. mm.

Red blood cell 4.7 per. cu. mm.

Platelet Count 2,75,000 per. cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C Normal Values Adult

Polymorph	50%	40	-	75%
Lymphocyte	40%	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) :

সকিনা

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 : SOKINA

SEX ☒ M ☐ F AGE-38 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 97

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 :
[Handwritten signature]

MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-2/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 1-3/hpf
MUCUS :
SPERMATOOZOA :
PARASITES :
MICRO ORGANISMS : Nil
FUNGUS :
CRYSTALS Nil
CALCIUM OXALATE :
URIC ACID :
TRIPLE PHOSPHATE :
AMOR PHOS PATES :
CASTS Nil
HYALINE :
EPITHELIAL :
GRANULAR :
FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :

সকিনা



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 : SOKINA

SEX ☒ M ☐ F AGE-38 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 97

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	81mg/dl (4.5 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

23/01/22

COMMENTS (IF ANY) :



CHECKED BY

Attended

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

তারিখ : / / ইং

স্বাক্ষর

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

জনাব,

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

একটি ৪২৫০০০ (চার লাখ বার্বিক পঁচাত্তর হাজার) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ৪৫২২৮ করি এবং উক্ত ৩৮৮ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ১৬০০০

টাকা, ব্যয় হয় ৩০০০০ 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 বিহীন বিধান আপনার খেয়াল আশ্রয় 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 ২০৬২ ৫৪৬৭০-৮ তারিখ
- > প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম সাহিন বয়স ২৬
 > স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম মুন্সিগঞ্জ ডাকঘর ২২৬৬০৮ থানা মুন্সিগঞ্জ
 > জেলা মুন্সিগঞ্জ যোগাযোগের ঠিকানা : ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	২৬ মাস
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	১৪ 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 সুস্থতার 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 ?	চাকুরী
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 ?	চাকুরী
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৪০০০০/১০০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	ডালা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্টে 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 > সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
- > পুরো নাম মিস্ট্রী মনজি কৈলাশচন্দ্র > পুরো নাম
- > পদবী ডি.এ. > পদবী কোড নং
- > স্থান মুন্সিগঞ্জ > অফিসের নাম
- > > ঠিকানা
-