

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: Medical: Medical submitted.

Policy No: **103255841-9** Age at Entry: **19 YRS. AGE NOT ADMITTED(0**

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: **MOHTARAM MD. SOHEL**

Proposer's Address: **S/O: KUTI MIA
VILL: HOSSEN COLONY, PATANIA CHUNAR
DAL ROAD
P.O. KHALIFA PARA, THANA: CHANDGOAN
DIST: CHATTOGRAM** Extra Loading: **Tk. 0** Include CL Lien 30% For 06 Year to this Policy.

Sum Assured: **310,000** **THREE LAC TEN THOUSAND TAKA ONLY**

Mode Of Payment: **YEAR** Policy Option: **C** Basic Premium: **24,242.00** Suspense: **0.00**

Total Premium: **By PR- 889753** **26/04/2022.** **24,242.00** **TWENTY FOUR THOUSAND TWO HUNDRED FORTY TWO 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: **BIBI RAHIMA, MOTHER, 55 YRS**

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-1018-22** Risk Date: **16/05/2022**

Date of Proposal: **26/04/2022** Proposal No: **ECB-1018-22** 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: **26/04/2038** 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-0976
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.
Chattoogram Servicing Center, Ctg.

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

Managing Director

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: Medical: Medical submitted.
PolicyNo **103255841-9** Age at Entry 19 YRS. AGE NOT ADMITTED(0

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 MOHTARAM MD. SOHEL

Proposer's Address S/O KUTI MIA
VILL. HOSSEN COLONY, PATANIA CHUNAR
DAL ROAD
P.O.: KHALIFA PARA, THANA: CHANDGOAN
DIST: CHATTOGRAM

Extra Loding:

Tk. 0

Include CL Lien 30% For 06 Year to this Policy.

Sum Assured 310,000 THREE LAC TEN THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 24,242.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 889753 26/04/2022.,
24,242.00 TWENTY FOUR THOUSAND TWO HUNDRED FORTY TWO 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 BIBI RAHIMA, MOTHER, 55 YRS

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name .. Yrs.

Date of FPR: 25/04/2022 FPR No: ECB-1018-22 RiskDate : 16/05/2022

Date of Proposal 26/04/2022 Proposal No: ECB-1018-22 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

Red

Checked

Countersigned



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Ekok Bima

Include CL Lien 30% For 06 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুকিং গ্রহণ পত্র)

ফাইল নং

বীমাপত্র নং	প্রভবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুকিং তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি, আর/বি, এম নং	গৃহীত টাকা
103255841-9	ECB-1018-22	26/04/2022	16/05/2022	01-16	Yly	889753	24242
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 19	MOHTARAM MD. SOHEL S/O: KUTI MIA VILL: HOSSEN COLONY, PATANIA CHUNAR DAL ROAD P.O.: KHALIFA PARA, THANA: CHANDGOAN DIST: CHATTOGRAM			শাখা এফ পি আর নং ইস্যুর তারিখ	Chomohoni Service Cell (ECB4312) ECB-101 8-22 25/04/2022	26/04/2022	0 0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	বোনাস	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
310000	24242	0	0	24242	0	NILL	24242 পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সংগঠনিক কোড নং :	103001472/10300576/1030426/103101/103100/103087/103086						26/04/2022

পরিচালকের স্বাক্ষর

AGE NOT ADMITTED

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

Rupali Life Insurance Company limited

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

25/04/2022

Policy No: FPR No: ECB-1018-22 SC Code: ECB
 Proposal No: ECB-1018-22 FPR Date: 25/04/2022 SC Name: Chowmuhoni Service C
 Proposal Date: 25/04/2022 Com. Date: 25/04/2022 Office Code: ECB4312
 Risk Date: 25/04/2022 Office Name: Chomohoni Service Ce

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
310,000.00	01-16	Yly	24,242.00	0.00	24,242.00	25-Apr-2023

Sum Assured In word: THREE HUNDRED TEN THOUSAND

Premium In word: TWENTY-FOUR THOUSAND TWO HUNDRED FORTY-TWO

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAM MD. SOHEL

Age & Date of Birth

19 30/08/2003

Special Clause:

AGE NOT ADMITTED

103255841-9

Life Prem: 24,242.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Chain Set up:
 103001472/10300576/1030426/103101/103100/1030
 87/103086

PR No:	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

Nominee:

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Commission
 Information for
 calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 6981.70 - 349.08 = 6632.61

UM : 2094.51 - 104.73 = 1989.78

BM : 1396.34 - 69.82 = 1326.52

5% Source Tax: 523.63

Net Payable: 9948.92

25/04/2022

335

POSTED BY
 IT DEPT.

Md. Abdullah
 Senior Vice President (No-10)
 Incharge (Underwriting)
 Rupali Life Insurance Co. Ltd.
 Head Office

Md. Gaziul Haque
 Executive Officer (No-11)
 Underwriting
 Rupali Life Insurance Co. Ltd.
 Head Office, Dhaka.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার/ফাইল কপি

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

৪৪৪৭৫৩

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

৯৮২

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং :

২৬/০৪/২২

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

তারিখ :

মে: মেহেল

এর
পরিসংখ্যান
৮৪২১২৩৪০

নিকট হতে ২৪২৪২৫ টাকা

ধন্যবাদ সহকারে জন্মাবলি

দুইশত বৈশ্বিক নিয়ন্ত্রণ

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি না

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবপত্র/বীমাপত্র না

উক্ত টাকা :

- ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম
- ২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/খান্মাসিক/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 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/ডিডি/পে.অর্ডার নগদী করণ স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

৯৮

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীকন

কম্পিউটার/ফাইল কপি

স্বাক্ষর ও সীল

MD. AKHTARUDDIN

CEO (F&A)

ID NO. 0333

Rupali Life Ins Co. Ltd.

Chittagong.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

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

প্রস্তাবপত্র নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

दीक्षापत्र नं०

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
(মো: ৯৮৬/৫৬৭৮৯ ২০০০)	এফ.এ	1০৩০৫৪২		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 কলিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা, কাটাকাটি ও ফ্লুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : শ্রী মোহাম্মদ
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : MR. SOHEL
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : কুটি মিঞা ইংরেজীতে : KUTTI MIA
(ঘ) মাতার নাম : চিচি রহিমা ইংরেজীতে : GIBI ROHIMA
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : কৃষক
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : হুদি দোকান

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা :	(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : <u>ডায়েরী মহলা</u> <u>১১ম, বারিষিমা রোড, দাশুপাড়া, চাঁদপুর জেলা</u> <u>মহিলাসহকারী চান্সলাউ চাঁদপুর</u> মোবাইল নং :
-------------------------------	---

৩। জন্ম তারিখ ১৫/০৬/২০০৭ বয়স ১৯ জন্মস্থান বেঙ্গাল জাতীয়তা বাংলাদেশী
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

৪। (ক) বীমা অংক
 (খ) তালিকা নং মেয়াদ বৎসর.....
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ হানুাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং..... টাকা.....

৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? অনুমানিক বার্ষিক আয় কত? আয়ের উৎস কি?
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? ৩৫০০০০০ ব্যাংক
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

৭। ২ বছর পলিসি চালু থাকা সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

৮। আপনার বা আপনার পরিবারের কারো জীবনের উপর অন্য কোন জীবন বীমা থাকলে বিবরণ দিন।

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাদীনে গৃহীত হয়েছে?	স্বাক্ষর তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) বয়স সম্পর্ক

(২) বয়স সম্পর্ক

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম বয়স

<p>১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাবীন 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 <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>১</p> <p>২</p>	<p>(ক) আপনার কোন প্রকারে বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বেসামরিক নৌ অঞ্চল বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?</p> <p>(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/ঝুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।</p>	<p>হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>১</p> <p>২</p>
--	---	---	---

পারিবারিক ইতিহাস ৪

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৮০	বিশ্রাম				
মাতা	০১	৮৫	কোমল				
ভাই	—	—	—				
বোন	০১	৩০.২৮	বিশ্রাম				
স্বামী/স্ত্রী	০১	১৮	কোমল				
ছেলে	—	—	—				
মেয়ে	—	—	—				

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

<p>১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?</p> <p>(খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড?</p> <p>(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>না</u></p> <p>(খ) <u>২</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে</p> <p>(গ) <u>না</u></p>																		
<p>১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।</p> <p>(খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি?</p> <p>(গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন?</p> <p>(ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?</p>	<p>(ক) <u>না</u></p> <p>(খ) <u>না</u></p> <p>(গ) <u>সর্বশেষ ২০১৫</u></p> <p>(ঘ) <u>না</u></p>																		
<p>১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন।</p> <p>(খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) <u>না</u></p> <p>(খ) <u>না</u></p>																		
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।</p> <p>(ক) মৃগী, মুচুর্সা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলাযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া।</p> <p>(খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্লুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ।</p> <p>(গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া।</p> <p>(ঘ) প্লীহা বা যকৃতের কোন রোগ।</p> <p>(ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়াবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।</p> <p>(চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ।</p> <p>(ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ।</p> <p>(জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া।</p> <p>(ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>
হ্যাঁ	না																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																		
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৬৫</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৫"</u> ফু/মিঃ <u>১৬৫</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ</p> <p>(খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৫"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩৫"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ</p> <p>(ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>২৮"</u> ইঞ্চি/সেঃ মিঃ</p> <p>(ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>স্বাক্ষর</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।
---	-----------------------------------

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা	
<p>নাম :</p> <p>ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু?</p> <p>খ) আপনার মাসিক আয় কত?</p> <p>গ) আপনার আয়ের উৎস কি?</p> <p>ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল?</p> <p>ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন?</p> <p>চ) আপনি কি বিবাহিতা?</p> <p>ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন?</p> <p>জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা?</p>	<p>বয়স :</p> <p>ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?</p> <p>খ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?</p> <p>গ) আপনি কি কোন জী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন</p> <p>ঘ) আপনার স্বামীর নাম কি?</p> <p>ঙ) তাঁর মাসিক আয় কত?</p> <p>চ) তাঁর পেশা কি?</p> <p>ছ) তাঁর আয়ের উৎস কি?</p> <p>জ) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা</p>
বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং
বীমা অংক	

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত 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 সত্বে 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 ধার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম তদানীন্তন দিন; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর চুক্তির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

<p>(ক) স্বাক্ষর : <u>মোঃ কবির হোসেন</u> স্থান <u>কুমিল্লা</u> পুরো নাম <u>মোঃ কবির হোসেন</u></p> <p>পদবী <u>ED</u> কোড <u>103085</u> ঠিকানা</p> <p>(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর</p> <p>পুরো নাম</p>	<p>প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর <u>মোঃ কবির হোসেন</u></p> <p>তারিখ :</p>
--	---

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে



OFFICE OF THE REGISTRAR GENERAL, BIRTH AND DEATH REGISTRATION
LOCAL GOVERNMENT DIVISION

[Back to Previous Page \(/\)](#)

BIRTH REGISTRATION RECORD VERIFICATION

REGISTRATION DATE	REGISTRATION OFFICE	ISSUANCE DATE
30 JANUARY 2014	WARD-04	30 JANUARY 2014
DATE OF BIRTH	BIRTH REGISTRATION NUMBER	SEX
30 AUGUST 2003	20031591604101739	MALE

নিবন্ধনাধীন ব্যক্তির নাম	মোঃ সোহেল	REGISTERED PERSON NAME	MD. SOHEL
মাতার নাম	বিবি রহিমা	MOTHER'S NAME	
মাতার জাতীয়তা	বাংলাদেশী	MOTHER'S NATIONALITY	BANGLADESHI
পিতার নাম	কুঠি মিয়া	FATHER'S NAME	
পিতার জাতীয়তা	বাংলাদেশী	FATHER'S NATIONALITY	BANGLADESHI
জন্ম স্থান	চট্টগ্রাম, বাংলাদেশ	PLACE OF BIRTH	



NB: This record is retrieved from Birth and Death Registration Database. Location of the Register office : Ward-04, Chattogram City Corporation, Chattogram. everify.bdris.gov.bd (<https://everify.bdris.gov.bd/>) is the official website to verify the record

[Back to Previous Page \(/\)](#)

© 2022 - Developed and maintained by Office of the Registrar General, Birth and Death Registration





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



নাম: বিবি রহিমা
Name: BIBI RAHIMA
স্বামী: কুটি মিয়া
মাতা: বিবি হনুফা
Date of Birth: 03 Feb 1957
ID NO: 1591904651122

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী বাতীলকরণ
কোথাও শাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: হোসেন কলোনী, গ্রাম/রাস্তা: পেট্রানিয়া পোদা রোড, বলিফা
পাড়া, ডাকঘর: চান্দপাও - ৪২১২, চান্দপাও, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন,
চট্টগ্রাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ১০/০৬/২০০৮





রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্ট

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....
 (খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....
 (গ) পেশা.....
 (ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....
 ২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর
 (খ) অববাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/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 মূগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাপলামী ইত্যাদি আছে কি?	না	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	না
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	না	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	না
(ক) মূগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	না	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	না
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	না	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	না
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	না	(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।	না
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের কোন রোগ।	না	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	না
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	না		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৫০	স্বাস্থ্য				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন? (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন (ঘ) গুণন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন। (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মা	১	৫৫	স্বাস্থ্য				
ভাই	—	—	—				
বোন	২	৬০.২৬	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	১	৩৫	স্বাস্থ্য				
ছেলে	—	—	—				
মেয়ে	—	—	—				

ঘোষণা

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

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোল্লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান ৬৭/২১৫ তারিখ ২৬/৮/২২ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

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

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম ৬৭/২১৫ পরিচিতি প্রাদনকারী ৬৭/২১৫

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন ৬৭/২১৫

(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) গ্ৰীহা 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 ইসক্লেরোসিসের 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 লিখে লিখুন।</p>	<p>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব <u>১.০১১</u> সঙ্গার <u>৬৭/২১৫</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' ৫"</u> সে: মি: / ফু: ই:</p> <p>(খ) ওজন <u>৬৫০</u> কিলো/পাঃ</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ব শ্বাস নিয়া <u>৩২"</u> সে: মি: / ই:</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩০০</u> সে: মি: / ই:</p> <p>(ঘ) নাড়ী বরাবর পেটের মাপ <u>২৬"</u> সে: মি: / ই:</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? <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>বিশদ বিবরণের স্থান</p> <p>স্থান <u>৬৭/২১৫</u> তারিখ <u>২৬/৮/২২</u></p> <p>পুরো নাম <u>৬৭/২১৫</u></p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>৬৭/২১৫</u></p> <p>জিহ্বা <u>৬৭/২১৫</u></p> <p>জিহ্বার তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২, ১১৪০৭</u></p> <p>কোড নং <u>৬৭/২১৫</u></p> <p>বর্তমান ঠিকানা <u>৬৭/২১৫</u></p>
--	---

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



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. SHOHEL

SEX ☒ M ☐ F AGE-19 years

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

DATE 28 04 2022

SL. No. 25

PHYSICAL

COLOUR : Straw
SEDIMENT : Nil
SP. GRAVITY : 1012

PHYSICAL

REACTION : Acidic
SUGAR : Nil
ALBUMIN : Nil
EXCESS OF PHOSPHATE : Nil
ACETONE :
UROBILINOGEN :
BILE SALTS :
BILL PIGMENTS :
KETONE BODIES :

MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-3/hpf
RBC : Nil
EPITHELIAL CELLS : 0-4/hpf

MUCUS :

SPERMATOZOA :

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) :

CM 20

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)

(বাংলাদেশ জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (সহিচ্ছ)

১. বীমা পলিসির নাম/প্রকার

পলিসি বেকারের নাম/পলিসি নং

এককীয়
২০৬২ ৪৫৬৪২-২

বীমা গ্রাহকের
ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি:

গ্রাহকের নাম	মোঃ হোসেন	জন্ম তারিখ	৬০/৬/২০০৬
পিতার নাম	হুমায়ুন কবীর		
মাতার নাম	ফিরোজা হুমায়ুন		
স্বামী/স্ত্রীর নাম	হুমায়ুন কবীর		
জাতীয়তা	বাংলাদেশি		
টেলিফোন (বাসা)		টেলিফোন (অফিস)	
মোবাইল		ফ্যাক্স	
ইমেইল			

৩. পরিচিতিপত্র:

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং	১৫০/০০৫৬৫১১২২	কপি গৃহীত	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"/>

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

৪. স্থায়ী ঠিকানা:

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা:

৬. গ্রাহকের পেশা (নিম্নোক্ত):

হোসেন হুমায়ুন কবীর
চৌধুরী হোসেন হুমায়ুন কবীর
চৌধুরী
২
কৃষক

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

১. প্রাপ্তকাল ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) : স্বাধীন

৭. গ্রাহকের অর্ধের উৎস : মহাশয় ৩ বিবাহিত

৮. অর্ধের উৎস ব্যতীতের পদ্ধতি : নিম্ন

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

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ : ২৪২৪২৮

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :
 (ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ) : এসএম
 (খ) নগদ : ৩০০০০৮

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য : শ্রী শ্রী কুটিয়া সম্পর্ক : ৫৫ ম

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	
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 সত্যায়িত মনোনীত ব্যক্তির ছবি

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

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মতব্য অংশে বিবর্তীকেন্দ্রিক (Subjective) বিবেচনার গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতে হবে। ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্ধের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতে বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের পরিধি ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নির্দিষ্ট তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

পলিসি-সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/ বিশেষজ্ঞ ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

স্বাক্ষর/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 ৬২০,০০০ (ছয় লাখ দুইশত টাকা) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক। আমি স্বাক্ষর করি এবং উক্ত ৬২০,০০০ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ৬৬০,০০০ টাকা, ব্যয় হয় ২২০,০০০ 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

১২০৩ মোঃ মোঃ ২০



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 ৫৫৬-৪২-৭
 > প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মোঃ ওমর হোসেন
 > স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম মাদারিয়া ডাকঘর চুনারাঘাট থানা চান্দ্রাবাড়ী
 > জেলা চাঁদপুর। যোগাযোগের ঠিকানা : মোঃ ওমর হোসেন
 চাঁদপুর

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	২৩ দিন যাবৎ
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	০৪ 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?	স্বাক্ষর
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?	স্বাক্ষর
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	৩৬০০০০/২২০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	লক্ষ্য
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
 > পুরো নাম মোঃ ওমর হোসেন
 > পদবী চি.এ. কোড নং ১
 > স্থান চান্দ্রাবাড়ী
 > সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
 > পুরো নাম
 > পদবী কোড নং
 > অফিসের নাম
 > ঠিকানা