

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-Deed)

Business Month: **November, 2021**

Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuho

Entry Date: 13/12/2021 12:00:00AM Mobile No: 01818822524 Medical: Medical submitted.
PolicyNo: **103253887-9** Age at Entry: **31 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: **ABDUR RAHIM**

Proposer's Address: **S/O MD. YOUNUS
C/O-MONJUR BUILDING, NOYA MOSJID CHAR
CHAKTAI
P.O. CHAKTAI THANA-BAKALIA
DIST: CHATTOGRAM 01818822524**

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 15% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured: **500,000** FIVE LAC TAKA ONLY

Mode Of Payment: YEAR Policy Option: C Basic Premium: **39,300.00** Suspense: 0.00

Total Premium: By PR- 877764 29/12/2021,
39,300.00 THIRTY NINE THOUSAND THREE HUNDRED TAKA ONLY

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

Nominee's Name: **HAFSA AKTER, DAUGHTER, 01 YRS.**

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name: **GUARDIAN: SABINA AKTER, MOTHER, 26 YRS.**

Child's Name: , Yrs.

Date of FPR: 13/12/2021 FPR No: **ECB-E-1751/21** Risk Date: 26/12/2021

Date of Proposal: 29/11/2021 Proposal No: **ECB-E-1751/21** Date of Commencement: **29/11/2021**

Premium due date: **ON THE DATE OF 29 NOVEMBER IN EVERY YEAR**

Last premium due date: 29/11/2036 Next Due Date: 29/11/2022 Date Of Maturity: 29/11/2037

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 29/11/2025
 - 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 29/11/2029
 - 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 29/11/2033
 - 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 29/11/2037
- SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.**

Organization Set-up: 103000243/10300021/10300020/100406/100650/102208/100266

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

MD. MONIRUL ISLAM
J.E.V.P (ADMIN) ID NO.-307
Rupali Life Insurance Co. Lt'
Chattoogram Servicing Center

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Ekok Bima

Include CL Lien 45% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL Lien 45% For 5 Year							
বীমাপত্র নং	প্রাপ্তবপত্র নং	বীমা শুরুর তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিছির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103253887-9	ECB-E-1751/21	29/11/2021	26/12/2021	01-16	Yty	877764	39300
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা :	ABDUR RAHIM S/O:MD. YOUNUS C/O-MONJUR BUILDING, NOYA MOSJID			শাখা	Khatungonj Agency Office(ECB4314)		0
বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 31	CHAR CHAKTAI P.O.:CHAKTAI THANA:BAKALIA DIST:CHATTOGRAM 01818822524			এক পি আর নং	ECB-E-17 51/21 13/12/2021		0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ভূত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
500000	39300	0	0	39300	0	NILL.	39300
সাংগঠনিক কোড নং :						পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ	
103000243/10300021/1030020/100406/100650/102208/100266						29/11/2022	

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: **November, 2021** Khatunganj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhan

Entry Date 13/12/2021 12:00:00AI Mobile No: 01818822524 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103253887-9** Age at Entry **31 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 **ABDUR RAHIM**

Proposer's Address **S/O-MD. YOUNUS
C/O-MONJUR BUILDING, NOYA MOSJID CHAR
CHAKTAI
P.O. CHAKTAI THANA:BAKALIA
DIST:CHATTOGRAM 01818822524**

Extra Loading: **Tk. 0** Include CL Lien 45% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured **500,000 FIVE LAKH TAKA ONLY**

Mode Of Payment **YEAR** Policy Option **C** Basic Premium: **39,300.00** Suspense: **0.00**

Total Premium **By PR- 877764 29/12/2021,**
39,300.00 **THIRTY NINE THOUSAND THREE HUNDRED TAKA ONLY**

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

Nominee's Name **HAFSA AKTER, DAUGHTER, 01 YRS**

Guardian's Name **GUARDIAN: SABINA AKTER, MOTHER, 26 YRS.**

Child's Name **, Yrs.**

Date of FPR: **13/12/2021** FPR No: **ECB-E-1751/21** Risk Date: **26/12/2021**

Date of Proposal **29/11/2021** Proposal No: **ECB-E-1751/21** Date of Commencement **29/11/2021**

Premium due date: **ON THE DATE OF 29 NOVEMBER IN EVERY YEAR**

Last premium due date **29/11/2036** Next Due Date: **29/11/2022** Date Of Maturity **29/11/2037**

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 29/11/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 29/11/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 29/11/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 29/11/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: **103000243/10300021/1030020/100406/100650/102208/100266**

fd

Checked

Countersigned



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

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

POLICY SUMMARY

DATE :

OFFICE INFORMATION

al No. 1731/21 Proposal Date 29/11/21
No. 103253887-9 Branch Code 1032
No. 103253887-9 Branch Name 1032

ORGANIZATION

103000243 D.C. 103000243
R.C. 103000243
DV.C. 103000243
C.C. 103000243

POLICY RELATED INFORMATION

Date 26/12/21 Date of Commencement 29/11/21
of Birth 01.02.91 Entry Age & Proof Code 31.1
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 5,00,000/-
In Word Five Lakhs

e & Term 01 16 Mode of Payment Y
Installment Premium (In Taka) 39300/-
In Word Three Thousand Nine Hundred and Thirty

SUPPLEMENTARY COVER

Code Premium
DIAB/PDAB 103000243 103000243
HB 103000243 103000243

EXTRALODGING

Code Premium
F/E or O/E 103000243 103000243
EM 103000243 103000243

Installment Premium (In Taka): 39300/-
In word Three Thousand Nine Hundred and Thirty
cy Option 103000243
t Premium Due Date 103000243

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Abdur Rakhim
Proposer's Present Address Sto:- Md. Younus, 103253887-9, Mangur Building, Naya Masjid choro char, pro:- chakdai, p.s:- Bakaria, etg.
Nominee's Name Hafsa Akter, 03 Month
Age & Relation 26 y. Mat
Guardian's Name Sabrina Akter, 26 y. Mat
Age & Relation 26 y. Mat

OTHERS INFORMATION

Medical 103000243 Std/S.Std. 103000243
Sex 103000243

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth 103000243 Age 103000243
Proof 103000243 Sex 103000243
No. of extra Policies 103000243

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No. Cession Number Amc
103000243 103000243 103000243
103000243 103000243 103000243

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date Receipt No. Pre
29/11/21 877764 39
103000243 103000243 103000243
103000243 103000243 103000243

Suspense Amount 103000243
Premium Rate % 80.60

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Previous Policy / Policies :

বীমার বিবরণ :

Sum assured : 650,000

" " : 500,000

" " : 1150,000

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

পেমাগতনামি, কার্ড স্ট
ও ৬টি Special for
আপেক্ষে FPK রপ্তা

Accepted with 75%
Lien of sum assured
05 (Five) years of the

Md. 
Senior Vice President
In-charge (Underwriting)
Bangladesh Life Insurance Co. Ltd.

TAB
Date
On
Rupab

Adviser :



Pre

Pol

F.J

F.A

U.M

B.M

B.C

Risk

Date

Sum

Taka

Tabl

Life

Taka

Tota

Taka

Pol

Nex



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।
পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

877764

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

PR নং:

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

তারিখঃ ২০২১/১২/২২

ধন্যবাদ সহকারে জ্ঞান/জানাবা

নিকট হতে ২০২১/১২/২২ টাকা

পরমা (কথায়)

২০২১/১২/২২ এর

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নাং

এর মাধ্যমে প্রাপ্তাবশ্য/বীমাপত্র নাং

উক্ত টাকাঃ ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/খান্মাধিক/ট্রেমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপক্ষে 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 স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কর্মতান্ত্রিক কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও সীল

Suf



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

জীবন বীমার আবেদনপত্র

वीमापत्त न

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ,এ	১০৬০০২৪৩		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) : মোহন চন্দ্র
(খ) নামের বঙ্গান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মো. ইকবাল ইংরেজীতে :
(ঘ) মাতার নাম : সত্যবতী ইংরেজীতে :
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) :
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : মোহন চন্দ্র নিম্নোক্ত

[illegible]

৩। জন্ম তারিখ ০৪/০২/১৯৯৮ বয়স ৬২ জন্মস্থান বিষ্ণুপুর জাতীয়তা মঙ্গোলীয়
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? স্বাক্ষর ০৪/০২/১৯

৪। (ক) বীমা অংক
 (খ) তালিকা নং মেয়াদ বৎসর
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
 (ঘ) ভ্রমাকৃত 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? ন্যূনতম আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ৩০,০০০ আয়ের উৎস কি? স্বাক্ষর
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? জিহ
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

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	বীমা পত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	বুঁকির তারিখ লিখুন
স্বাধীনতা সড়ক	০০৬২০২৮০	১৫০০০০০	০৬ - ১২		২০২০

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) হাসনা, আফতাব বয়স ০৩.৯৯ সম্পর্ক মেয়ে
(২) দাবিনা- আফতাব বয়স ২৩ সম্পর্ক দাদা
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম _____ বয়স _____ সম্পর্ক _____

<p>১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।</p> <p>(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) আপনার কোন প্রকার বিশেষজ্ঞকৃত শিশু বা সামরিক/বে-সামরিকভাবে প্রত্যাখ্যাত বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়া বা অবদান আছে কি?</p> <p>(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/ব্যক্তি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।</p>	<p>১</p>
---	--	----------

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীক	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৫৭	৫৫				
মাতা	০১	৫২	৫				
ভাই	০৫	৩২, ২৬, ২৫, ২৪, ২২	৫				
বোন	—	—	—				
স্বামী/স্ব	০১	২৬	৫৫				
ছেলে	০১	৫	৫				
মেয়ে	০১	০৬	৫				

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

<p>১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানাসহ বিবরণ লিখুন।</p>	<p>(ক) (খ) (গ)</p>																				
<p>১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?</p>	<p>(ক) (খ) (গ) (ঘ)</p>																				
<p>১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) (খ)</p>																				
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্রীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়বেটিস, 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, অস্ত্রিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">হ্যাঁ</th> <th style="width: 50%;">না</th> </tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> </table>	হ্যাঁ	না
হ্যাঁ	না																				
.....																				
.....																				
.....																				
.....																				
.....																				
.....																				
.....																				
.....																				
.....																				
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? ইঞ্চি/সে. মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ইঞ্চি/সে. মিঃ শ্বাসত্যাগের পর ইঞ্চি/সে. মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ইঞ্চি/সে. মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন</p>	<p>..... ইঞ্চি/সে. মিঃ ইঞ্চি/সে. মিঃ ইঞ্চি/সে. মিঃ</p>																				

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

কোন ব্যক্তি প্রাপ্য কমিশন (সম্পূর্ণ বা আংশিক) দেয়ার প্রলোভন দেখিয়ে অন্য কাউকেও জীবন বা সম্পত্তির উপর বীমা গ্রহণ, পুনর্বহাল বা চালু রাখার জন্যে বীমা কোম্পানীর ঘোষণাপত্রে প্রকাশিত রেয়াতের অতিরিক্ত কোনরূপ রেয়াত প্রদান করতে পারবে না। এই আইন অমান্যকারীকে বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।	সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।
---	-----------------------------------

<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 সম্ভাব্য?</p>	<p style="text-align: center;">মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা</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 স্ত্রী 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, উপরোল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সমস্ত কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর বুকিং রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

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

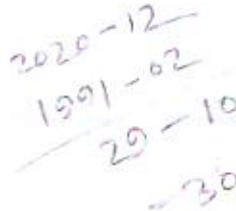
বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণের সময় বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত ইসলামী জীবন বীমা)
 পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০
 রেজি নং : C-39345(1303)/99

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন



2021-11-30
1991-2-30
30-9-



Sd/- Morsedul Alam
 Divisional Co-ordinator (Dm)
 Rythu Life Ins. Co. Ltd.
 Khatungang Office, Chhatungang



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

সার্ভিস সেল কোড নং ২৬২০

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

প্রস্তাবপত্র নং ২৪৬৪/২০

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং ২০৬২৫২২৮২-৭

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ	২০৬০০০২৪৬		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) : মহম্মদ হুসৈন
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : Mohammad Hossain
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ মাহমুদ হুসৈন ইংরেজীতে : Mohammad Hossain
 (ঘ) মাতার নাম : মোঃ মাহমুদা হুসৈন ইংরেজীতে : Mohammad Hossain
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : মহম্মদ হুসৈন সিডি (দায়িত্ব)
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : মহম্মদ হুসৈন সিডি (দায়িত্ব)

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : মহম্মদ হুসৈন, মাহমুদ হুসৈন, সিডি
হাউস : দায়িত্ব সিডি (দায়িত্ব)
পূর্ব - মোঃ মাহমুদ হুসৈন, মাহমুদ হুসৈন
 মোবাইল নং : ০১৮১ ৪৪২২৫২৪
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : মহম্মদ হুসৈন সিডি (দায়িত্ব)
হাউস : দায়িত্ব সিডি (দায়িত্ব)
মোঃ মাহমুদ হুসৈন, মাহমুদ হুসৈন
 মোবাইল নং : ০১৮১ ৪৪২২৫২৪

৩। জন্ম তারিখ : ০১/০২/২০১২ বয়স : ১০ জন্মস্থান : সিডি (দায়িত্ব) জাতীয়তা : মহম্মদ হুসৈন
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জন্মপত্র, মৃত্যু সনদ

৪। (ক) বীমা অংক : ৫,৫০,০০০/-
 (খ) তারিখ : ০৬ মেয়াদ : ১২ বৎসর : ১২
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ 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? নিজ জীবন ☐ অনুমিত বার্ষিক আয় কত? ৬,৫০,০০০/- আয়ের উৎস কি? জাতীয়
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্থানের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

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

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

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

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মোঃ মাহমুদ হুসৈন বয়স : ০৪ সম্পর্ক : পিতা
 (২) মোঃ মাহমুদ হুসৈন বয়স : ২৫ সম্পর্ক : মাতা
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : মোঃ মাহমুদ হুসৈন বয়স : ২৫ সম্পর্ক : মাতা

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং : ১০০০ 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 বায়ু বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে বা সশস্ত্র বাহিনীর সদস্য হওয়া আছে কি? না
 (খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বাক্য উপস্থাপন করলে লিখুন : না

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের ইতিহাস	মৃত্যুর সন
পিতা	০১	৫৬	স্বাস্থ্য				
মাতা	০১	৫১	স্বাস্থ্য				
ভাই	০৫	৬১, ২৭, ২৫, ২৬, ২৮	স্বাস্থ্য				
বোন							
স্বামী/স্ত্রী	০১	২৫	স্বাস্থ্য				
ছেলে	০১	০৪	স্বাস্থ্য				
মেয়ে							

৬০০০/-

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১১।	(ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?	(ক)	
	(খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড?	(খ)	
	(গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(গ)	
১২।	(ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।	(ক)	
	(খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি?	(খ)	
	(গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন?	(গ)	
	(ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?	(ঘ)	
১৩।	(ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন।	(ক)	
	(খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(খ)	
১৪।	আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।	হ্যাঁ	না
	(ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শ্বাসযুক্তিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া।	বলুন	
	(খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, থুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ।		
	(গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া।		
	(ঘ) প্রীহা বা যকৃতের কোন রোগ।		
	(ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি।		
	(চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ।		
	(ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ।		
	(জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া।		
	(ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।		
১৫।	(ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?.....কেজি/পাঃ	(খ) আপনার উচ্চতা কত?.....ফু/মিঃইঞ্চ/সেমিঃ
	(খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পরইঞ্চসেমিঃসেমিঃ
	(ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত?ইঞ্চসেমিঃসেমিঃ
	(ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন		

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

নাম :

ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু?.....

খ) আপনার মাসিক আয় কত?.....

গ) আপনার আয়ের উৎস কি?.....

ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল?.....

ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন?.....

চ) আপনি কি বিবাহিতা?.....

ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন?.....

জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা?.....

वयस :

ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?

ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?

ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন

ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি?

ড) তাঁর মাসিক আয় কত?

ঢ) তাঁর পেশা কি?

ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি?

ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

প্রাথমিক

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে যে কোন দায় প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে প্রাকৃত 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 হুঁকির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর স্বাক্ষর : স্থান ঢাকা পুরো নাম মোস্তাফিজ
 পদবী Dr. E কোড 100266 ঠিকানা
 (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : স্থান ঢাকা পুরো নাম ডঃ এম
 পুরো নাম Dr. Mostafizul Alam

বিঃদ্রঃ: বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন ঘটা হিচাবে প্রাপ্তবয়সীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।
Khotanguri Office, Chittagong.

(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 সীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম
(গ) পেশা
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা
২। (ক) নিকটতম জন্মদিনের বয়স বৎসর
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/ত্যাগপ্রাপ্ত/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, হীপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুই পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	১/	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	১/
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	১/	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	১/
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	১/	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	১/
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া পুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	১/	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	১/
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	১/	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এস্সরে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন।	১/
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদন্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	১/	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	১/
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যাধি, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	১/		

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	কোন শরীরিক রোগ	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
বাবা	১	৫৭	৬৮.৫			
মা	১	৫২	৫			
ভাই	৫	২৮, ২৮, ২৮, ২৮, ২৮	৫			
বোন	১	—	—			
স্বামী/স্ত্রী	১	২৮	—			
ছেলে	১	৫	৫			
মেয়ে	১	৬ মাস	৫			

- 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) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :

ঘোষণা

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

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোল্লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান তারিখ 28.12.21
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

DR. M. A. KAMAL
MBBS, BCS, FCI, FRCGS
282, Connaught College Road,
Agrabad, Chittagong.
Mobile: 01673-720550

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদানকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	হ্যাঁ	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	হ্যাঁ
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক হৃদ্রত ১২০/৮০ সুপার নরমাল রেস্ট	হ্যাঁ
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	হ্যাঁ	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	হ্যাঁ	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'০.০০ সেঃ মিঃ/ফুঃ	হ্যাঁ
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) ওজন ৬০ কেঃ মিঃ/পাঃ	হ্যাঁ
৩। (ক) পাকস্থলী, অত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ২৪ সেঃ মিঃ/ইঃ	হ্যাঁ
(খ) প্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩২ সেঃ মিঃ/ইঃ	হ্যাঁ
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাস্তী-খরারির পেটের মাপ ৩০.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ	হ্যাঁ
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পরিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	হ্যাঁ
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	স্থান তারিখ 28.12.21	হ্যাঁ
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭৬, নিয়মিত	পূরো নাম	হ্যাঁ
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লারোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	হ্যাঁ	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	হ্যাঁ
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক	১১০/৭০	ডিগ্রী	হ্যাঁ
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	হ্যাঁ
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	হ্যাঁ	কোড নং	হ্যাঁ
৬। গনোরিয়া, সিনিটিস, বৈন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	হ্যাঁ	বর্তমান ঠিকানা	হ্যাঁ
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।	হ্যাঁ	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, FCI, FRCGS 282, Connaught College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	হ্যাঁ



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : ABDUR RAHIM

SEX ☒ M ☐ F AGE-31 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 102

EXAMINATION OF:

X-RAY CHEST P/A VIEW

Trachea is central in position.

Cardiothoracic ratio is normal.

Diaphragm is normal in position. Both CP angles are normal.

Both lung fields are clear. No active lesion is seen.

Bony thorax reveals no abnormality.

Impression : Normal Chest skiagram.

COMMENTS (IF ANY):

আঃ বারিয়া

Attested



CHECKED BY

DR. J. BARUA
MBBS, PGT
BMDC Reg. No-46852
EXSENIOR RADIOLOGIST & SENOLOGIST

DR. J. BARUA
MBBS, PGT
BMDC Reg. No-46852
EXSENIOR RADIOLOGIST & SENOLOGIST
CONSULTANT



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : ABDUR RAHIM

SEX ☒ M ☐ F AGE-31 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 102

ECG REPORT

MODE

RATE

72 / MIN

RHYTHM

sin

INTERVALS AND DURATIONS

PR

0.13 sec

QT

QS

0.11 sec

AXIS

P

QRS

T

WAVES

P

QRS

T

U

SECMENTS

ST:

PR:

OTHERS :

POSITION :

ELECTRO CARDIOGRAPHIC DATAS :

COMMENTS :

normal sinus

12/23/21

COMMENTS (IF ANY) :

ডাঃ রহিম



CHECKED BY

DR. ABDUL HAQ CHY.
MBBS, D.CARD, PGT
MD (MEDICINE) PART-2
CONSULTANT CARDIOLOGIST

DR. ABDUL HAQ CHY.
MBBS, D.CARD, PGT
MD (MEDICINE) PART-2
CONSULTANT CARDIOLOGIST
CONSULTANT

Date: 14/12/2021

18:21:12

ID: 102

Name: ABDUR RAHIM
Male : 31 years

HR 72



ডাঃ রাহিম

Collected

DR. ABDUL HAD CHY
MBBS, D. CARD. PG1
MD (MED. CLINE) PART 2
CONSULTANT CARDIOLOGIST

EX-822 (03) -W02-02



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : ABDUR RAHIM

SEX ☒ M ☐ F AGE-31 years

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

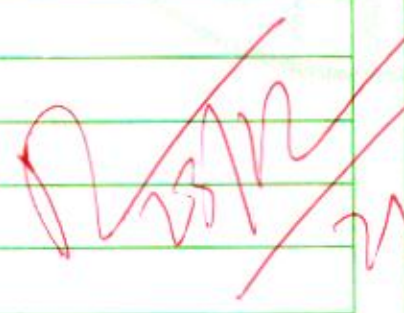
DATE 14 12 2021

SL.No. 102

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 : 3-4/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) :

ডাঃ বখির

Attested



CHECKED BY

DR. M.A. ULLAH SAYED
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)
BMDC Reg. No-27743
CLINICAL PATHOLOGIST

DR. M.A. ULLAH SAYED
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)
BMDC Reg. No-27743
CLINICAL PATHOLOGIST
CONSULTANT



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : ABDUR RAHIM

SEX ☒ M ☐ F AGE-31 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 102

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

HB. 12.0 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 8,000 per.cu.mm.

Red blood cell 4.5 per.cu.mm.

Platelet Count 2,85,000 per.cu.mm.

Cir. Eosinophil Count per.cu.mm.

D.C Normal Values Adult)

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

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M.P. (Thick & Thin Film)

PFT :

NORMAL VALUES

HAEMOGLOBIN

Men	=13.0-18.0 gm / dl.
Women	=11.5-16.5 gm / dl.
Infant (full - term)	=13.5-19.5 gm / dl.
Infant, 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) :

Dr. M.A. Ullah Sayed

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

Dr. M.A. Ullah Sayed
CHECKED BY



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : ABDUR RAHIM

SEX ☒ M ☐ F AGE-31 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 102

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	84mg/dl (4.66 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

[Handwritten signature in red ink]

COMMENTS (IF ANY) :

[Handwritten text in Bengali: "স্বাঃ স্বাস্থ্য"]


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

(माहिती अधिकार विभाग, प्रतिनिधित्व, प्रमाण, प्रमाण, प्रमाण)

एक दिन

2020666-9

আম্রব বৃত্তি

অনু তারিখ : ০৩-০২-১৯৯৩

25/7/20

59074

কল্যাণ বৈষ্ণব
কল্যাণ বৈষ্ণব

7/11/2017

২০১৭/১৮

575

27, on (2007)

पुस्तिका (२०००)

01818822524

टेलीफोन (अंश):

154

NOTES

4. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* contents were determined using a spectrophotometer (Shimadzu UV-1601) at 663 nm and 646 nm, respectively.

२५. लाठीच नटिक्कल्ल नः

8684400637

५) सामाजिकीकरण

ସୋମ୍ବ :

२) धर्म निरक्षण मन्त्र नर

খ) ই-টিন আই.এন (E-TIN) (যদি থাকে) :

6) इरेडिबल पाइन्डिंग ना

૬) ખનાના (નિર્નિહાર કલ્પ કશ્વ શબ્દ) :

ক' হতে ৭ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত মনোনামি হতে আশঙ্ক্যভাৱে যে কোনো একটি মনিল প্রধান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূৰ্বক মনিলি হোমলার জন্মে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্ৰের অতিৰিক্ত মনিলি হোমলার আশোকচিহ্নই অন্য যে কোনো পৰিচিতি পত্ৰ হোমল কৰাৰে হ'ব। আশোকচিহ্নৰ পৰিচিতি পত্ৰ না থাকিলে সে বিষয়ে বীমাৰূপীৰ সন্ততি গাণপেক তালৈক নিকট এইগণযোগ্য সমাজৰ প্ৰাধান্য ৰাখি। সন্ততিৰ প্ৰাপ্ত পৰিচয়ৰ প্ৰত্যয়নপত্ৰ প্ৰদান কৰাৰে হ'ব। উক্ত পৰিচিতি পত্ৰ বা প্ৰত্যয়নপত্ৰ মনিলি হোমলৰ আশোকচিহ্নৰ (আশোকচিহ্নৰ উপৰে পৃষ্ঠায় সজাৰনসহ) হ'ব হ'ব। এছাড়া, প্ৰত্যেক বীমা প্ৰতিষ্ঠান দৰাৰতৰাৰে প্ৰাৰ্থকৰ পৰিচিতিৰ বিষয়ে নিৰ্দিষ্ট হ'ওৱাৰ লগে প্ৰতিষ্ঠানৰ সন্ততি গাণপেক উপৰে ৭ হতে ৮ নম্বৰ ক্ৰমিক বৰ্ণিত মনিলিমসহ অতিৰিক্ত আৱে কোনো মনিলমি এই এৰ কৰাৰে উদ্ধৃতিত তথ্যনিৰ অতিৰিক্ত তথ্য সজাৰ কৰাৰে পাৰে।

8. द्वितीय टिप्पणी :

5. ଆବଶ୍ୟକ/ ବର୍ତ୍ତମାନ ଟିକାଣା :

৬. গ্রাহকের পেশা (যিহাযিত) :

পদ্মানাথ হাতি বগতে সংসদ সদস্য, সিনিয়র বর্গ্যবর্গ্যের মেম্বর, ডেপুটি মেম্বর ও হাতিবিল্লরণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের গাজেট কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেম্বর ও পৌর হাতিবিল্লরণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, নেটবি পাবলিক, আদালতকর্মী/শারতশাসিত/রাজ্যীয় সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তা/পদ এহং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তা/পদকে বৃত্তার।

20/02/2020

2232 3 दिनांक 32

1272

১০. বিমিশ্রিত ধনাত্মক পদ্ধতি : হারিস বৈজ্ঞানিক সামাজিক ধর্মিক এককালীন

১০. প্রিমিয়ারেব পৰিমাণ :

02002

১১. ত্রিবিধা অতিশোধের মাধ্যমে :

(ক) ব্যাংক (ডাকনিসহ)

25/11

500000

22. ସାମାଜିକ ଚାଳି ସମ୍ପର୍କିତ ତଥ୍ୟ :

মনোনির্ভর ব্যক্তির নাম :	২৪৬৮৭৯০১২৩৪৫৬৭৮৯০	
পিতার নাম :		
মাতার নাম :		
বাসী/দ্বীর নাম :		
পেশা :	জন্ম তারিখ :	
বর্তমান ঠিকানা :		
পুরানো ঠিকানা :		
আত্মীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :		
টেলিফোন (বাংলা) :	টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	ফ্যাক্স :	
E-মেইল :		

বীমা প্রদান কার্য
সম্পর্কিত মনোনিবেশ
কাজের ছবি

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

१७. वीणा शास्त्रकर्म बेंकि निर्धारण : निम्न उच्च

[মস্তব্য অংশে বিষয়ীকোক্তক (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের স্বীকৃতি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের স্বীকৃতি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা নিঃসারণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের প্রকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজনকী ইত্যাদিগুহ অল্যান্য বিশেষ নিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উক্ত স্বীকৃতি সম্পর্ক হিসাবের প্রণীকরণ করতে হবে । চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুকূলভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নির্দিষ্ট স্বীকৃতি নিরূপণ করতে হবে । গ্রাহক উক্ত স্বীকৃতিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে ।]

१८। बहुवचन :

পলিমি সহপুষ্টি কর্মকর্তা/ প্রিন্সিপাল/ ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ) *Dre*



ଅନୁମାନନକାରୀ କର୍ମକାର୍ତ୍ତୀ ଥାନ୍ତି
(ନିମ୍ନ ଓ ଉପର)

তারিখ :- / / ইং

ব্যবসায়

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

শ্রীঃ,

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

৳ ২০০,০০০ (দুই লাখ টাকা) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ৩৫৫৫৫৫ করি এবং উক্ত ০.৫৫ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ৩৫০,০০০

টাকা, ব্যয় হয় ১৫০,০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন
সন্দেহ নেই।

এই ঘোষণার প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরে ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে বীমাটি করতে পারি

স্বাক্ষর করি।

৳ঃ ৩৫৫৫৫৫



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

> প্রস্তাবপত্র নং 206256669-7 তারিখ

> প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম চম্বুদেব প্রসাদ বয়স ৩০

> স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম হাটহাট, পোস্তা, মহালক্ষ্মী, হুগলি, পশ্চিমবঙ্গ, ভারত থানা ১৮৮০

> জেলা পূর্ব মেদিনীয়া। যোগাযোগের ঠিকানা : (শ্রীমতী সত্যব্রত কলিতা)

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	১২ দিন হতে, ৩৪ দিন আগের
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৩৪ দিন আগের
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?	কৃষক
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?	কৃষক
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	৩৫০০০/১৫০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	জায়ে
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাদৃষ্টে 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 Mr. Md. Kamal Hossain পুরো নাম

> পদবী Director কোড নং > পদবী কোড নং

> স্থান Dhaka কোড নং > অফিসের নাম কোড নং

> > ঠিকানা কোড নং