

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 12:00:00A1 Mobile No: 01824724511 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103255008-8** Age at Entry 39 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 HOSSNE ARA BEGUM

Proposer's Address W/O MD. JAHANGIR HOSSEN
HOUSE-RAIHAN JAMIDAR COLONY, BOW
BAZAR D.C. ROAD, 19 NO WORD
P.O. SADAR-4000 THANA BAKALLA
DIST: CHATTOGRAM 01824724511

Extra Loding: Tk. 610 Include CL Lien 45% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 320,000 THREE LAC TWENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 25,696.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883995 30/12/2021,
26,336.00 TWENTY SIX THOUSAND THREE HUNDRED THIRTY SIX 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. RAKIB, SON, 16 YRS

Prv. Policy no 1: Prv. Policy no 2:

Guardian's Name GUARDIAN: MD. JAHANGIR HOSSEN, FATHER, 44 YRS.

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-302621 Risk Date: 27/01/2022


Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-302621 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: 103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266


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


Countersigned
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-১০০০

Printed at 30/01/2022

Ekok Bima

ফাইল কপি

Include CL Lien 45% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

| বীমাপত্র নং | প্রদানপত্র নং | বীমা শুরু তারিখ | বুঁকির তারিখ | পরিকল্প ও মেয়াদ | কিস্তির পদ্ধতি | পি. আর/বি. এম নং | পূর্বীত টাকা |
|---|---|-------------------|---------------------|---|--|------------------|--------------|
| 103255008-8 | ECB-E-3026/21 | 30/12/2021 | 27/01/2022 | 01-16 | Yly | 883995 | 26336 |
| বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 39 | HOSSNE ARA BEGUM W/O:MD. JAHANGIR HOSSEN HOUSE:RAIHAN JAMIDAR COLONY, BO BAZAR D.C. ROAD,19 NO WORD P.O. SADAR-4000 THANA:BAKALIA DIST.CHATTOGRAM 01824724511 | | |  | শাখা Khatungonj Agency Office(ECB4314) ECB-E-30 26/21 15/01/2022 | 30/12/2021 | 0 |
| বীমা অংক | মূল প্রিমিয়াম | সহযোগী প্রিমিয়াম | অতিরিক্ত প্রিমিয়াম | মোট প্রিমিয়াম | উদ্ধৃত জমা | সহযোগী বীমা | মোট : |
| 320000 | 25696 | 0 | 640 | 26336 | 0 | NILL. | 26336 |
| সাংগঠনিক কোড নং : | 103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266 | | | | | | 30/12/2022 |

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

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:Chowmuhan

Entry Date 15/01/2022 12:00:00A1 Mobile No: 01824724511 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103255008-8** Age at Entry 39 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 HOSSNE ARA BEGUM

Proposer's Address W/O.MD. JAHANGIR HOSSEN
HOUSE:RAIHAN JAMIDAR COLONY, BOW
BAZAR D.C. ROAD,19 NO WORD
P.O. SADAR-4000 THANA:BAKALIA
DIST:CHATTOTGRAM 01824724511

Extra Loading: Tk. 610 Include CL Lien 15% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 320,000 THREE LAKH TWENTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 25,696.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883995 30/12/2021,
26,336.00 TWENTY SIX THOUSAND THREE HUNDRED THIRTY SIX 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. RAKIB, SON, 16 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: MD. JAHANGIR HOSSEN, FATHER, 44 YRS.

Child's Name „ Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-3026/21 Risk Date: 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-3026/21 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: 103000471/10300041/1030037/101095/102758/100545/100266

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 :

OFFICE INFORMATION

Proposal No. 3026/20 Proposal Date
Policy No. 103255008-8 Branch Code
R. No. Branch Name

ORGANIZATION

103000471 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Effective Date 27/01/22 Date of Commencement 30/12/21
Date of Birth 14.02.1953 Entry Age & Proof Code 30
Sum Assured/Pension/Annuity (In Taka) 320.000
Sum Assured/Pension/Annuity (In Word)
Policy Term 01 16 Mode of Payment Yly
Annual Installment Premium (In Taka) 25696/-
Annual Installment Premium (In Word)

SUPPLEMENTARY COVER

| | Code | Premium |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| DIAB/PDAB | <u> </u> | <u> </u> |
| HB | <u> </u> | <u> </u> |

EXTRALODGING

| | Code | Premium |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ✓ E/E or O/E | <u> </u> | <u>640</u> |
| EM | <u> </u> | <u> </u> |

Total Installment Premium (In Taka): 26336/-
Total Installment Premium (In Word)
Policy Option
Next Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Hossore ara Begum
Proposer's Present Address w/o - MD. Jahangir Hosse
elo - Raihan Jamidar Co
Bow bazar D. C. Road
p/o - Sadar 4000 Bakalia
Nominee's Name MD. Rakib - 16 Ym - Son
Age & Relation
Guardian's Name MD. Jahangir Hosseon - 44
Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical Std/S. Std.
Sex

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

| Policy No. | Cession Number | Age |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> |
| <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> |

PARTICULARS OF PAYMENTS

| Date | Receipt No. | Premium |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <u>30/12/21</u> | <u>883995</u> | <u>26</u> |
| <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> |
| <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> |

Suspense Amount
Premium Rate % 82.30

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with FIE@
45% (forty five) constant
of sum assured for 1st 05
years of the term.

~~SY~~ ~~24/10/17~~

adviser :

24/10/17
m



কম্পিউটার/ফাইল কপি

883995

PR नं० ००

[illegible]

তাব্লিখ ৪৪

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা
 নিকট হতে টাকা পয়সা (কথায়)

নিকট হতে

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

अयंजा (कथायं)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তুতকৃত বিমার্জন নং

উক্ত টাকার ০০

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রতিযোগিতার দেয় তারিখ

ଆହୁତି

वार्षिक/यान्त्रिक/त्रैमासिक/मासिक ।

কপালী 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 বৃদ্ধি 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/ডিভিডেন্ড/পে.অর্ডার নগদী করন স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

रूपाली जीवन-निरापद जीवन

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও মৌল



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

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

প্রস্তাবপত্র নং ৬৩২৬/২৩

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং 103255008-8

| উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম | পদবী | কোড নম্বর | উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম | পদবী | কোড নম্বর |
|------------------------|-------|-----------|------------------------|------|-----------|
| মহাঃ মাহিনা | এফ.এ | ৩০৬০০০৭১ | 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) : হোসনে আরা বেগম
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : Hosne Ara Begum
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ তাহাছার হোসেন ইংরেজীতে : Mohammad Tahazzar Hossain
 (ঘ) মাতার নাম : মুন্নাঃ আফিয়া বেগম ইংরেজীতে : Munna Afia Begum
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সফটওয়্যার ডেভেলপার
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : সফটওয়্যার ডেভেলপার

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : মোঃ রুহুল কামিল কান্দে
আবাস : কলকাতা পোস্ট অফিস ডিভিশন
ফোন : ০১৮২৪-৭২৫৫১১
 মোবাইল নং : ০১৮২৪-৭২৫৫১১
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : মোঃ বাহান তালুকদার
ফোন : ০১৮২৪-৭২৫৫১১
মোবাইল নং : ০১৮২৪-৭২৫৫১১

৩। জন্ম তারিখ : ১৩/০২/১৯৮৬ বয়স : ৩৭ জন্মস্থান : সিলেট জাতীয়তা : বাংলাদেশী

ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? অন, আই.ডি, কার্ড

৪। (ক) বীমা অংক : ৩,২০,০০০/- চিত্র নং : ৩
 (খ) তালিকা নং : ০২ মেয়াদ : ০৬ বৎসর : ০৬
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং টাকা : ০৬

৫। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নির্ভরতা/কিছু কিছু
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নির্ভরতা/কিছু কিছু
 (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) নির্ভরতা/কিছু কিছু

৬। ২ বছর পলিসি চালু থাকার 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? | ঝুঁকির তারিখ লিখুন |
|------------------|-------------|----------|---------------------|----------------------------|--------------------|
| ৮৮ | | | | | ৮৮ |

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মোঃ রাব্বি বয়স : ৩৬ সম্পর্ক : স্বামী
 (২) মোঃ তাহাছার হোসেন বয়স : ৩৮ সম্পর্ক : পিতা
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : মোঃ তাহাছার হোসেন বয়স : ৩৮ সম্পর্ক : পিতা

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

পারিবারিক ইতিহাস :

| আত্মীয় | সংখ্যা | জীবিত | | মৃত | | | |
|---------------|--------|------------|------------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------|
| | | বয়স | বর্তমান শারীরিক অবস্থা | মৃত্যুকালীন বয়স | মৃত্যুর কারণ | শেষ রোগের স্থায়ীতা | মৃত্যুর সন |
| পিতা | ০ | ৩৬ | না | ৬৫ | কর্ডিয়াক অ্যাটাক | ২০১০ | ২০১০ |
| মাতা | ০ | ৩৬ | না | ৪৬ | হৃদযন্ত্ররোগ | ২০০৭ | ২০০৭ |
| ভাই | ০২ | ৩০, ২৭ | না | | | | |
| বোন | ০৬ | ৪২, ৬৬, ৬৬ | না | | | | |
| স্বামী/স্ত্রী | ০২ | ৪৪ | না | | | | |
| ছেলে | ০২ | ১৬ | না | | | | |
| মেয়ে | ০২ | ৩২ | না | | | | |

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) ৫৪ (খ) ২৫ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) ১৮ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) ১২ (খ) ১২ (গ) ১২ (ঘ) ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) ১২ (খ) ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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, প্রুরেসী, 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 পুজের 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 জরম। | <table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> <tr> <td>১২</td> <td>১২</td> </tr> </table> | হ্যাঁ | না | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ | ১২ |
| হ্যাঁ | না | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১২ | ১২ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? ফু/মিঃ ইঞ্চি/সেঃ/মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ৩৫.২ ইঞ্চি সেঃ/মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ৩৫.২ ইঞ্চি সেঃ/মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ৩১.৭ ইঞ্চি সেঃ/মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন হাতের হাড়ের আঙুলের দাঁতের মোহর ওমু... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 পরিমান অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

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

নাম : হোসেন আমর-এসমু মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

| | |
|--|--|
| ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? | বয়স : ৬২ বছর |
| খ) আপনার মাসিক আয় কত? | ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? |
| গ) আপনার আয়ের উৎস কি? | এ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? |
| ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? | উ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন |
| ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? | ঊ) আপনার স্বামীর নাম কি? |
| চ) আপনি কি বিবাহিতা? | ড) তাঁর মাসিক আয় কত? |
| ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? | ঢ) তাঁর পেশা কি? |
| জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? | ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি? |
| | ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা |

| | | |
|-----------------------|-------------|----------|
| বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম | বীমাপত্র নং | বীমা অংক |
| ৩৮ | ৩৮ | ৩৮ |

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্তিত্ত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার নিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়ার্কবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্জিলে প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম ক্রয়াদি; সমুদায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রাপ্ত হওয়া না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন ন্যায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

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

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ : ০৫/১২/১২

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাত্রাহকের 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

ક્રપાલી જીવન-નિરાપદ જીવન

হোসেনা

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়
ওয়ার্ড-১৯

জন্মনিয়ম-৩

সিটি কর্পোরেশন: চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন
জেলা: চট্টগ্রাম, বাংলাদেশ।

জন্ম নিবন্ধন সনদ

[বিধি ৯ ও ১০ প্রযোজ্য]
(জন্ম নিবন্ধন বই হতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বই নম্বর: ২১

সনদ প্রদানের তারিখ: ২৮/১১/২০২১

নিবন্ধনের তারিখ: ২৮/১১/২০২১

জন্ম নিবন্ধন নম্বর:

২ ০ ০ ৫ ১ ৫ ৯ ১ ৬ ১ ৯ ১ ২ ৯ ২ ৮ ৩

নাম: মো: রাকিব

জন্ম তারিখ:

০১/১১/২০০৫

লিঙ্গ: পুরুষ

কথায়:

এক নভেম্বর দুই হাজার পাঁচ

সন্তানের ক্রম: ১

জন্মস্থান:

কুমিল্লা

স্থায়ী ঠিকানা:

উত্তর চান্দলা উত্তর চান্দলা দক্ষিণ চান্দলা
ব্রাহ্মণপাড়া, ব্রাহ্মণপাড়া, কুমিল্লা, চট্টগ্রাম বিভাগ

পিতার নাম:

মো: জাহাঙ্গীর হোসেন

পিতার জন্ম নিবন্ধন নম্বর:

১৯৮০১৫৯১৬১৯১২৬৩০১

পিতার জাতীয়তা: বাংলাদেশী

পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:

৬৪২৮৯৯৫৪৫

মাতার নাম:

হোসেনে আরা বেগম

মাতার জন্ম নিবন্ধন নম্বর:

১৯৮০১৫৯১৬১৯১২৬৩০২৬

মাতার জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:

৮২২৮৮৬৭০৮৪



নিবন্ধকের কার্যালয়ের সিলমোহর

নিবন্ধকের কার্যালয়ের সিলমোহর

নিবন্ধকের কার্যালয়ের সিলমোহর

২৮/১১/২০২১

MD. Rakib

Md. Mir Sabbir
Regional Co-ordinator (RC)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Khatungong Office, Chittagong



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..... বছর
(খ) অবিবাহিত/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 মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি? | ✓ | (চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি। | ✓ |
| ৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি? | ✓ | (ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম। | ✓ |
| (ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা শারীরিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা। | ✓ | (জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ। | ✓ |
| (খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্লুবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ। | ✓ | (ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ? | ✓ |
| (গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত। | ✓ | ৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এম্বলারে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকান লিখুন। | ✓ |
| (ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ। | ✓ | (খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন? | ✓ |
| (ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ। | ✓ | | |

পারিবারিক ইতিহাস

| আত্মীয় | সংখ্যা | জীবিত | | মৃত | | | ৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন? | |
|---------------|--------|------------|------------------------|-----------------|--------------|------------|--|----------|
| | | বয়স | বর্তমান শারীরিক অবস্থা | মৃত্যুকালে বয়স | মৃত্যুর কারণ | মৃত্যুর সন | | |
| বাবা | | | | ৬৫ | সর্জন | ২০২০ | | ✓ |
| মা | | | | ৪৬ | অসুস্থতা | ২০০৭ | | ✓ |
| ভাই | ২ | ৩০, ২৭ | ✓ | | | | (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? | ২ |
| বোন | ৬ | ৪২, ৩৩, ৩৬ | ✓ | | | | (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন | ✓ |
| স্বামী/স্ত্রী | ১ | ৪৪ | ✓ | | | | (ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন। | ✓ |
| ছেলে | ১ | ২১ | ✓ | | | | (ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ : | ১২/১২/২০ |
| মেয়ে | ১ | ১১ | ✓ | | | | | ২২ |

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 ১৯-১-১২
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দৃষ্ট করেছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

| | | | |
|---|--------|---|-------|
| ১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত? | না | ২। প্রশ্নাব পরীক্ষা ফল | না |
| (খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়? | হ্যাঁ | (ক) আপেক্ষিক ওজন ১৯.১.১২ সুপার | না |
| (গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি? | না | (খ) প্রশ্নাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? | হ্যাঁ |
| ২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন। | না | (গ) প্রশ্নাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? | হ্যাঁ |
| (খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন। | না | ৩। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'১১" সে: মি: / ১৬৫ সে: মি: | না |
| (গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি? | না | (খ) ওজন ৬৮.৫ কে:গ্রা/পাউ | না |
| ৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক? | হ্যাঁ | (গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩৫ সে: মি: / ৫৫ | না |
| (খ) গ্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি? | না | শ্বাস ত্যাগের পরে ৩৫ সে: মি: / ৫৫ | না |
| (গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ? | হ্যাঁ | (ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ৬২.৫ সে: মি: / ৫৫ | না |
| ৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক? | হ্যাঁ | 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? | হ্যাঁ |
| (খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন। | না | বিশদ বিবরণের স্থান | না |
| (গ) শ্বাসকষ্ট, গা কোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি? | না | স্থান তারিখ ১৯-১-১২ | না |
| ৫। (ক) নাকের গতি কত? ধরণ কেমন? | ৭১.৫৫ | পুরো নাম | না |
| (খ) ধমনীতে কোন ইসক্লোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি? | না | ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল | না |
| (গ) রক্তচাপ ১ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক। | ১১৫/৭৫ | জিহ্বা ১১.১.১২ | না |
| (ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন। | না | জিহ্বার তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ১৯৮২.১১.৫৭ | 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, PGT, FRSH 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 : HOSNEARA BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-39 years

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

DATE 19 01 2022

SL.No. 12

E.S.R. 12 mm fall in 1st hour.

Hb. gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell per cu. mm.

Red blood cell per cu. mm.

Platelet Count per cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

| | | | | |
|------------|-----|----|---|-----|
| Polymorph | % | 40 | - | 75% |
| Lymphocyte | % | 20 | - | 45% |
| Monocyte | % | 2 | - | 10% |
| Eosinophil | % | 1 | - | 6% |
| Basophil | 00% | 0 | - | <1% |

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M.B. (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. mm. |

| |
|--|
| 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) :

হোসনা বেগম



CHECKED BY

Attested

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

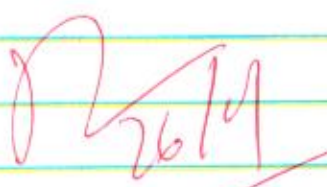
DR. M.A. ULLAH SAYED
MBBS, MCPS (CL. Path) MD (Ukraine)
BMDC Reg. No-27743
CLINICAL PATHOLOGIST
CONSULTANT



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

| | | | | |
|-------------------------------|----|-----|--|--------------|
| NAME : HOSNEARA BEGUM | | SEX | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | AGE-39 years |
| REFERRED BY : PROF/DR.: R.L.I | | | | |
| DATE | 19 | 01 | 2022 | SL.No. 12 |

| PHYSICAL | |
|---------------|-------|
| COLOUR : | Straw |
| SEDIMENT : | Nil |
| SP. GRAVITY : | 1012 |

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

| MICROSCOPIC | |
|--------------------|---------|
| PUS CELLS : | 2-4/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):



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



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

প্রস্তাবপত্র নং ৩০৬২৫৫০০৬-৬
 প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম হামিদুল হক চন্দা তারিখ ৩০
 স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম কুইলু ডাকঘর দেওদাং থানা দেওদাং
 জেলা কুমিল্লা যোগাযোগের ঠিকানা : কুমিল্লা ডিবি অফিস

| প্রশ্ন নম্বর | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন | প্রশ্নোত্তর |
|--------------|---|--------------|
| ০১। | আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন? | ১০ দিন |
| ০২। | তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল? | ১০ 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? | চাকরি |
| 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? | চাকরি |
| ০৯। | তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত? | ১৪৪০০০/৬০০০০ |
| 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 সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
 পুরো নাম পুরো নাম
 পদবী কোড নং পদবী কোড নং
 স্থান অফিসের নাম
 ঠিকানা
 -৪০