

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-Deed)

Business Month: **November, 2021** Pahartoli Agency Office[ECB4326] S.Cell:Chowmuhoni
 Entry Date: 19/12/2021 Entry Date: 19/12/2021 Mobile No: 01705046925 Medical: Medical submitted:
 Policy No: **103253868-2** Age at Entry: 20 YRS AGE ADMITTED(1)

Name of plan: **FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM**
 Table & Term: 01-12 Supplementary Cover: NIL 0.00

Proposer's Name: **AYESHA AKTER**
 Proposer's Address: **W/O:AKBAR MOSARAF HOSSEN, VILL:KASHIM SHAHEB ER VARA CHAR, 01, NO:JHET, INSIDE OF FIROUSHAH, P.O:UTTAR FIROUSHAH THANA:AKSARONA, DIST:CHATTGRAM** Extra Loading: TK. 700 Include CL Lien 30% For 4 Year to this Policy

Sum Assured: 350,000 THREE LAKH FIFTY THOUSAND TAKA ONLY
 Mode Of Payment: YEAR Policy Option: C Basic Premium: 35,910.00 Suspense: 0.00
 Total Premium: By PR- 8/5916 25/11/2021, 36,610.00 THIRTY SIX THOUSAND SIX HUNDRED TEN 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: **AKBAR MOSARAF HOSSEN, HUSBAND, 24 YRS**

Guardian's Name: GUARDIAN:
 Child's Name: , Yrs.
 Date of FPR: 13/12/2021 FPR No: ECB-E-1732/21 Risk Date: 26/12/2021
 Date of Proposal: 25/11/2021 Proposal No: ECB-E-1732/21 Date of Commencement: 26/12/2021
 Premium due date: ON THE DATE OF 26 DECEMBER IN EVERY YEAR
 Last premium due date: 26/12/2032 Next Due Date: 26/12/2022 Date Of Maturity: 26/12/2033

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 26/12/2024
 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/12/2027
 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 26/12/2030
 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 26/12/2033
 SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000430/10300052/1030047/101398/102899/100254/100268

fat

Checked

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

Countersigned

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

Managing Director

Lia



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ সিওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১১০০। 26/12/2021

Ekok Bima

Duplicate

ফাইল কপি

Include CL Lien 30% For 4 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	পৃথিত টাকা
103253868-2	ECB-E-1732/21	26/12/2021	26/12/2021	01-12	Yly	875916	36610
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 20	AYESHA AKTER W/O:AKBAR MOSARAF HOSSEN VILL:KASHEM SHAHEB ER VARA GHAR, NO JHEEL, INSIDE OF FIROJ SHAH P.O.:VITOR FIROZ SHA THANA:AKBAR SHA DIST:CHATTOGRAM 01995046925			 শাখা Pahartoli Agency এফ পি আর (ECB4326) ইস্যুর তারিখ ECB-E-17 32/21 13/12/2021		25/11/2021	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
350000	35910	0	700	36610	0	NILL.	36610
সংগঠনিক কোড নং : 103000430/10300052/1030047/101398/102899/100254/100268							26/12/2022

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: **November, 2021** Pahartoli Agency Office[ECB4326] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 13/12/2021 12:00:00AM Mobile No: 01995046925 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103253868-2** Age at Entry 20 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 12 YEARS TERM

Table & Term 01-12 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name AYESHA AKTER

Proposer's Address W/O:AKBAR MOSARAF HOSSEN
VILL:KASHEM SHAHEB ER VARA GHAR, VILL:
ON NO JHIL
P.O.FIROZSHA THANA:AKBARSHA
DIST:CHATTOGRAM 01995046925

Extra Loding: Tk. 700 Include CL Lien 30% For 4 Year to this Policy.

Sum Assured 350,000 THREE LAKH FIFTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 35,910.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 875916 25/11/2021,
36,610.00 THIRTY SIX THOUSAND SIX HUNDRED TEN 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 AKBAR MOSARAF HOSSEN, HUSBAND, 24 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 13/12/2021 FPR No: ECB-E-1732/21 Risk Date: 13/12/2021

Date of Proposal 25/11/2021 Proposal No: ECB-E-1732/21 Date of Commencement 25/11/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 25 NOVEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 25/11/2032 Next Due Date: 25/11/2022 Date Of Maturity 25/11/2033

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 25/11/2024
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2027
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2030
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/11/2033
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103000430/10300052/1030047/101398/102899/100254/100268

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 19.12.2021

OFFICE INFORMATION

Policy No. 1732/21 Proposal Date
Branch No. 103253868 Branch Code
Branch Name

ORGANIZATION

DC 103000430
RC
DVC
CC

POLICY RELATED INFORMATION

Policy Date 26/12/21 Date of Commencement 25/11/21

Birth 10.15.2002 Entry Age & Proof Code 20 09

Assured/Pension/Annuity (In Taka) 550,000/-

Word THREE LAC FIFTY THOUSAND

Term 09 12 Mode of Payment SI

Installment Premium (In Taka) 35910/-

Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALADING

Code	Premium
NE or O/E	<u>700</u>
EM	<u> </u>

Installment Premium (In Taka): 36610/-

Word

Option

Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name AJSHA AKTER

Proposer's Present Address W/O. ALBAR MOKARRAM
C/O. KASHEM SHAHEB
4 HOR. P/O. FIROZ SHAH
THANA - ALBAR SHAH
DIST. - C.T.T.

Nominee's Name Age & Relation MD. ALBAR MOKARRAM

Guardian's Name Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical 09 Std/S.Std. 07

Sex 02 07

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age

Proof Sex

No. of extra Policies

MR - 0700 0046925

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
<u>25/11/21</u>	<u>875916</u>	<u>36610</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount

Premium Rate % 104.60

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Previous Policy / Policies :

পূর্ব বীমার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with F/E
30% constant liene
for 1st 04 (four) ye

Md. Kullali
Senior Vice President
Incharge (Underwriting)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.

Medical Adviser :

23/12/21



कविअउटो/र/यहूईल कवि

০৬৫২৬৩৭-২০-৭৭ঃ জাঃ ৮-৮ঃ ০৬৫২৬৩৭ঃ জাঃ ৮-৮ঃ

টাকা প্রাপ্তির বসিদ

5267705640

20

Devin Larkin

অনাবাদি সহকারে অনাব/অনাব

নিকট হতে

७३

अग्रज (कथा)

11001201/2021

টাকা নগদ/চেক ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/নীতিপত্র সর

উক টকা : ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

प्राकृति

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

वार्धिक/बान्नाधिक/त्रैमासिक/मासिक

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপক্ষে এই টাকা অমানত 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 ডিভিডেন্ড, অর্ডার নগদী করন স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গণ্য হইবে।

টাকা গ্রহণকারীরা স্বাক্ষর (সীলমহ)

(কোষাধিক)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাপ্রাণ কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও স্বীকৃতি

MD. AKHTARUL ALAM
S.E.O (F&A)
ID No.-0339
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Chittagong.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

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

সার্ভিস সেল কোড নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

প্রস্তাবপত্র নং

২৭৬২/২১

বীমাপত্র নং

২০৬২৪৩৮৮৮-২

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
২০৬০০০৮৬০	এফ.এ		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): আব্দুল মোক্কেল হোসেন
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে): ABDUL MOKKEEL HOSEN
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম: আব্দুল মোক্কেল হোসেন ইংরেজীতে: ABDUL MOKKEEL HOSEN
 (ঘ) মাতার নাম: মুন্না ইংরেজীতে: MUNNA
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ): বিনিময়
 (চ) চাকরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম: বেকার

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা: ১০৬/১০৬, ১০৬, মিলি, ডিও
১০৬/১০৬, ১০৬, মিলি, ডিও
 মোবাইল নং: ১০৬/১০৬, ১০৬, মিলি, ডিও
 (খ) যোগাযোগের ঠিকানা: ১০৬/১০৬, ১০৬, মিলি, ডিও
 মোবাইল নং: ১০৬/১০৬, ১০৬, মিলি, ডিও

৩। জন্ম তারিখ: ১০/০৩/২০০২ বয়স: ২০ বছর জন্মস্থান: ঢাকা জাতীয়তা: বাংলাদেশি
 ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

৪। (ক) বীমা অংক: ৬,০০,০০০/-
 (খ) তালিকা নং: ০২ মেয়াদ: ২২ বছর
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি: বার্ষিক মাসিক 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? সঞ্চয় নিয়মিত মানসম্মত বার্ষিক আয় কত? ২০০,০০০/- আরের উৎস কি? বেকার
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন?
 (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 শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	বুকের তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) আব্দুল মোক্কেল হোসেন বয়স: ২৮ সম্পর্ক: স্বামী
 (২) মুন্না বয়স: ২৮ সম্পর্ক: স্বামী
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম: বয়স সম্পর্ক: স্বামী

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।
 (খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।
 (ক) আপনার কোন পেশা বা সামরিক/স্ব-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
 (খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/ঝুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা		৫০	স্বাস্থ্য	৫০	স্বাভাবিক	৭টি	২০০৬
মাতা		২৮,২৬,২৪	স্বাস্থ্য				
ভাই	৩	৬০,৬০,২২	স্বাস্থ্য				
বোন	৩	২৮	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী							
ছেলে	১						
মেয়ে	১						

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।	(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>১০</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>২</u>																										
১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?	(ক) (খ) <u>১</u> (গ) (ঘ) <u>১</u>																										
১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(ক) (খ) <u>১</u>																										
১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শাযুবিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্লীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার 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।	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">হ্যাঁ</td> <td style="width:50%;">না</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">বলুন</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> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন																							
হ্যাঁ	না																										
বলুন																											
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 ইঞ্চি সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ইঞ্চি সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাতী বরাবর পেটের মাপ কত? ইঞ্চি সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন	(ক) <u>৬৫</u> কেজি/পাউন্ড (খ) <u>৫'৮</u> ফু/মিঃ ইঞ্চি/সেঃ মিঃ (খ) <u>৩৫</u> ইঞ্চি সেঃ মিঃ। <u>৩৫</u> ইঞ্চি সেঃ মিঃ (ঘ) <u>৩০</u> ইঞ্চি সেঃ মিঃ (ঙ)																										

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

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

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

নাম : <u>আব্দুল্লাহ হাফিজ</u> 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 সন্তবা?	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা বয়স : <u>২০</u> ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>২০০৭</u> ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>আব্দুল জোজা হাফিজ</u> ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ঢ) তাঁর পেশা কি? গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা
--	--

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 সমস্ত কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়ার্কবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে গৃহীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর খুঁটির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : পুরো নাম পদবী ঠিকানা (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর কোড নং পুরো নাম	<u>আব্দুল্লাহ</u> প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর তারিখ :
--	---

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

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

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ

ইপজমনি ফরম-৩

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়

২নং রাজাপুর ইউনিয়ন পরিষদ

উপজেলা : দাগনভূঞা, জেলা : ফেনী, বাংলাদেশ।

জন্ম সনদ

নিবন্ধন বহি নং : ০৬ [বিধি ৯, জন্ম ও মৃত্যু বিবন্ধন (ইউনিয়ন পরিষদ) বিধিমালা, ২০০৬]

নিবন্ধন তারিখ : ৩০/১২/০৭ (জন্ম নিবন্ধন বহি থেকে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন নং : ০১/১৭৫০

সনদ ইস্যুর তারিখ : ৩০/১২/০৭

ব্যক্তিগত পরিচিতি নং : ২০০২৩০২২৮৩৭০১৮২৫০

নাম : আমেয়া আক্তার

জন্ম তারিখ : অংকে (খ্রীঃ) : ২০-০৩-২০০২ লিঙ্গ : ☒ নারী ☐ পুরুষ

কথায় (খ্রীঃ) : ২০ মে বি. দুর্গা শ্রমার দুর্গা

জন্ম স্থান : গ্রাম : বাগশিবি ইউনিয়ন : ২নং রাজাপুর

উপজেলা : দাগনভূঞা জেলা : ফেনী দেশ : বাংলাদেশ।

পিতার নাম : আহান উল্লাহ জাতীয়তা : বাংলাদেশ

মাতার নাম : বিবি হোসেনা জাতীয়তা : বাংলাদেশ

স্থায়ী ঠিকানা : বাগশিবি চৌ. মির্জা বাজা, দুমাসপুর
দাগনভূঞা, ফেনী।

Md. Shah Niazul Alam
Deputy Managing Director (Dev)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নথিভুক্ত সীল)

নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর

২০২১-১১
২০০২-০৬
১৭-০৬ ২২০

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়

জন্ম সনদ

[বিধি ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (সিটি কর্পোরেশন) বিধিমালা, ২০০৬]

(জন্ম নিবন্ধন বহি হইতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং: ০৮/১৭

নিবন্ধন তারিখ: ০১/১১/২০১৬
দিন মাস বৎসরসনদ ইস্যুর তারিখ: ০১/১১/২০১৬
দিন মাস বৎসর

ব্যক্তিগত পরিচিতি নং: ১৯৯৮১০৮১৬০৮১১৪০১৪

নাম: জাকব্ব মোকাম্মল হোসেন.

জন্ম ও বৈবাহিক সংখ্যা (২): ১১-০৮-১৯৯৮. ☐ পুং ☒ নারী

কথায় (প্রি): মহান মোকাম্মল হোসেন উল্লিখিত জাকব্ব মোকাম্মল হোসেন.

জন্মস্থান: বাগেরহাট.

বাংলাদেশ.

পিতার নাম: মোহা ইয়াকুব. জাতীয়তা: বাংলাদেশী.

মাতার নাম: বিনা বেগম. জাতীয়তা: বাংলাদেশী.

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম: কুটিয়ালা, ডাক: সদর, থানা: নড়িয়া, বাগেরহাট.

বর্তমান - পূর্ব ফিরেজুয়া, মিনা মসজিদ.

গ্রাম: জাকব্বিয়া, চট্টগ্রাম.

(নিবন্ধকর্তার স্বাক্ষর ও মোহরসহ সীল)

সিদ্ধিক উদ্দিন

নিবন্ধন সহকারী

১ উত্তর শাহাডতলী ওয়ার্ড

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন



নিবন্ধকের কার্যালয়ে সীলমোহর

(নিবন্ধকর্তার স্বাক্ষর ও মোহরসহ সীল)

মোঃ জহুরুল আলম জসিম

ডাউনলিয়ার

০৮ নং উত্তর শাহাডতলী ওয়ার্ড

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন।

Md. Shah Niazul Alam
Deputy Managing Director (Dev)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.

ব্যক্তিগত পরিচিতি সফলকর্ম: ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তিগত জীবন বীমা পরিকল্পনা প্রস্তুত করার জন্য) (পাইলট)

বীমা গ্রাহকের
ছবি

১. বীমা প্রদানকারী গ্রাহক প্রকৌশল

২. বীমা প্রদানকারী গ্রাহক প্রকৌশল

১৮৮
০০৩২৫৬৮৮৮-২ তারিখ: ০৩/০৭/২০

৩. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি

গ্রাহকের নাম	আফেদা আফতার	জন্ম তারিখ	২০/০৩/২০০২
পিতার নাম	কবির হোসেন		
মাতার নাম	আফতাবা বেগম		
১/১ গ্রাহক নাম	আফতাবা বেগম		
জাতীয়তা	বাংলাদেশি		
টেলিফোন (বাংলা)	০১৭৭ ৮০৭৬৭২৮	টেলিফোন (অফিস)	
মোবাইল		ফ্যাক্স	
ইমেইল			

৪. পরিচিতি পত্র:

বর্ণিত গৃহীত

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং:	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input checked="" type="checkbox"/>
খ) পাসপোর্ট নং:	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:	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে):	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>

কি হতে ৪ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি খোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। অংশেটিনসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সমস্তটি সাক্ষ্যে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরে পৃষ্ঠার সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সমস্তটি সাক্ষ্যে উপরে ৪ হতে ৮ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফর্মে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৫. স্বাক্ষর:

আফেদা আফতার

৬. অধিবাসী/বর্তমান ঠিকানা:

৭. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত):

চাকরি

পদাধিকার ব্যক্তি করতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুপরি গ্রেডের গ্রেডেটড 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, বোর্ডিং পাবলিক, অধ্যাপক/স্বাধীন/স্বাধীন সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুপরি গ্রেডের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুপরি গ্রেডের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

১. প্রাথমিক তথ্য (স্বাক্ষর/স্বাক্ষর) :

২. গ্রাহকের অর্থের উৎস :

৩. অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :

৪. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : মাসিক ☒ ষ্টেমসিক ☒ ঋণায়িত ☒ বার্ষিক ☒ অন্যান্য ☒

৫. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

৬. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (ডেবিট)

(খ) নগদ

৭. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	ডাক্তার মোস্তাফিজ	সম্পর্ক :	স্বামী
বিত্ত বিনামূলি :			
মাতৃগর্ভস্থ :			
পরিচালক/প্রাথমিক নাম :		জন্ম তারিখ :	২৪
পেশা :			
বর্তমান ঠিকানা :			
স্থায়ী ঠিকানা :			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :			
টেলিফোন (বাসা) :		টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :		কাজ :	
ই-মেইল :			

বীমা গ্রাহক তথ্য
সম্পর্কিত মনোনীত
ব্যক্তির ছবি

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

৮. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মতব্যা অংশে বিবর্তনশীল (Subjective) বিবেচনার গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মতব্যা করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাভোগী ইত্যাদির অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পর্কে হিসেবে শ্রেণীবদ্ধ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নির্ধারণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

৯. মতব্যা :

--

পরিচালক/সহকারী পরিচালক/বিশেষজ্ঞ/মানবজ্ঞানের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

Md. Shoh Niazul Alam
Deputy Managing Director (Dev)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০০২৫৩৪-৫৫-২ তারিখ ১০/০৭/২১
 ➤ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম ডাঃ ফজল আলী বয়স ২০
 ➤ স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম শাওলিয়া ডাকঘর থানা
 ➤ জেলা। যোগাযোগের ঠিকানা :

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	দীর্ঘ দিন আগে
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	১০/০৭/২১
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 সুস্থাস্থ্যের 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 ?	
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 ?	২৪০,০০০
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	১২০,০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	হ্যাঁ
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারা দৃষ্টে 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
 ➤ পদবী কোড নং
 ➤ স্থান
 ➤
 ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
 ➤ পুরো নাম
 ➤ পদবী কোড নং
 ➤ অফিসের নাম
 ➤ ঠিকানা.....

Dr. Shah Nazim Ali
 Deputy Managing Director (Dr.)
 Rupali Life Ins. Co. Ltd.

স্বাস্থ্য পলি 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 ৳৫০,০০০ (পঁচাত্তর হাজার) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।
আমি চাকুরী করি এবং উক্ত চাকুরী হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২৪০,০০০ টাকা, ব্যয় হয় ১২০,০০০ 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।

আমি
নিবেদক/নিবেদিকা

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 রীমার 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 ১৮.১১.১৯

বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। বীমাগ্রাহক 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 প্রাদানকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

(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>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>	<p>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব ১৯.১.১ সুপার এলবুমেন</p> <p>(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?</p> <p>(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</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>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>	<p>৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'১.৫ সেঃ মিঃ/ফুঃ ইঃ</p> <p>(খ) ওজন ৬৫.৫ কেঃ/পাঃ</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়ঃ ৩৪.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে ৩০.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ</p> <p>(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ৩৫.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>
<p>৩। (ক) পাকস্থলী, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) প্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?</p> <p>(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>	<p>১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</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>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>	<p>বিশদ বিবরণের স্থান</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>
<p>৫। (ক) নাকির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রেপেসিসের 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 প্রস্তাবকে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>	<p>স্থান তারিখ ১৮.১১.১৯</p> <p>পুরো নাম</p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল</p> <p>ডিগ্রী</p> <p>ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ১৭৪২-১১৭০৭</p> <p>কোড নং</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>
<p>৬। গনোরিয়া, সিফিলিস, যৌন বা মূত্রশালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>	<p>বর্তমান ঠিকানা</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>
<p>৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিম্নে লিখুন।</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>	<p>DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile:-01673-720550</p>	<p>১/</p> <p>২/</p> <p>৩/</p>



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : AYSHA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-20 years

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

DATE 14 12 2021

SL. No. 65

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

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

CRYSTALS Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMOR PHOS PATES :

CASTS Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

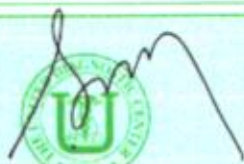
GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :

আরাম



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