

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-Deed)

Business Month: **December, 2021** EPZ Agency Office[ECB4315] S.Cell:Chowmuhoni Servi

Entry Date 20/12/2021 12:00:00AM Mobile No: 01883874803 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254355-0** Age at Entry 28 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 JAMAL UDDIN

Proposer's Address S/O:MAFIUR RAHMAN
HOUSE:NARAYANPUR MASJID BARI, VILL:
NARAYANPUR
P.O.LAKKHANPUR THANA:MONOHARGONJ
DIST:CHITTAGONG 01883874803

Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 10% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 600,000 SIX LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment HALF Policy Option C Basic Premium: 31,110.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 881167 20/12/2021,
31,110.00 THIRTY ONE THOUSAND ONE 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 ELMA JAHAN AYESHA, DAUGHTER, 07 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: HALIMA AKTER, MOTHER, 23 YRS.

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 20/12/2021 FPR No: ECB-E-2227/21 Risk Date: 12/01/2022

Date of Proposal 20/12/2021 Proposal No: ECB-E-2227/21 Date of Commencement 20/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 20 DECEMBER AND JUNE IN EVERY YEAR

Last premium due date 20/06/2033 Next Due Date: 20/06/2022 Date Of Maturity 20/12/2033

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

Organization Set-up: 103001044/10300434/1030340/102643/102184/101217/100899

Checked
MB. MGINUL ISLAM
J.V.P. ID NO-0976
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.
Chat. gram Servicing Center, Ctg.

Countersigned
MAKSUMUL RAHMAN
J.E.V.P (ADMIN) ID NO.-307
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Chattogram Servicing Center

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০৬০
 প্রধান প্রিমিয়ায়ের আকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

Ekok Bima

ফাইল নং

Include CL Lien 40% For 4 Year

বীমা নং	প্রাপ্তি নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিশোধ ও মেসাম	কিস্তির পরিশোধ	নি. আও./বি. এর নং	পুলিট টাক
103254355-0	ECB-E-222721	20/12/2021	12/01/2022	01-12	Hy	881167	31110

বীমাপ্রাপ্তকর

নাম ও ঠিকানা :

বীমাপ্রাপ্তকর

বয়স :

JAMAL UDDIN
 S/O:MAFUJUR RAHMAN
 HOUSE:NARAYANPUR MASJID BARI VILL.
 NARAYANPUR
 P.O.:LAKKHANPUR THANA,MONOHARGONJ
 DIST:CUMILLA 01863874803

বীমা অংক

মূল প্রিমিয়াম

সহযোগী প্রিমিয়াম

অতিরিক্ত প্রিমিয়াম

মোট প্রিমিয়াম

উত্তর জমা

অগ্রিম বীমা

মোট :

600000

31110

0

0

31110

0

NILL

পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রাপ্তির তারিখ

সার্বজনিক কোড নং :

103001044/10300434/1030340/102643/102184/101217/100899

20/05/2022

বীমাপ্রাপ্তকর

ভারপ্রাপ্ত

AGE ADMITTED

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-FPR)

Business Month: **December, 2021** EPZ Agency Office[ECB4315] S.Cell:Chowmuhoni Servi

Entry Date 20/12/2021 12:00:00AM Mobile No: 01883874803 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254355-0** Age at Entry **28 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 JAMAL UDDIN

Proposer's Address S/O:MAFIJUR RAHMAN
HOUSE:NARAYANPUR MASJID BARI, VILL:
NARAYANPUR
P.O.LAKKHANPUR THANA:MONOHARGONJ
DIST:CUMILLA 01883874803

Extra Loding:
Tk. 0 Include CL Lien 10% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 600,000 SIX LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment HALF Policy Option C Basic Premium: **31,110.00** Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 881167 20/12/2021,,
31,110.00 THIRTY ONE THOUSAND ONE 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 ELMA JAHAN AYESHA, DAUGHTER, 07 YRS

Guardian's Name GUARDIAN: HALIMA AKTER, MOTHER, 23 YRS

Child's Name ,, Yrs.

Date of FPR: 20/12/2021 FPR No: ECB-E-2227/21 RiskDate : 12/01/2022

Date of Proposal 20/12/2021 Proposal No: ECB-E-2227/21 Date of Commencement 20/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 20 DECEMBER AND JUNE IN EVERY YEAR

Last premium due date 20/06/2033 Next Due Date: 20/06/2022 Date Of Maturity 20/12/2033

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

Organization Set-up: 103001044/10300434/1030340/102643/102184/101217/100899



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 09.11.20

OFFICE INFORMATION

Proposal No. 2227/21 Proposal Date
Policy No. 103254355 Branch Code
R. No. Branch Name

ORGANIZATION

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

POLICY RELATED INFORMATION

Date 12.01.22 Date of Commencement 20.12.21
Age of Birth 20.01.1999 Age & Proof Code 20 01

Assured/Pension/Annuity (In Taka) 60000/-

In Word SIXTY THOUSAND TAKE ONLY

& Term 61 12 Mode of Payment H/S

Installment Premium (In Taka) 3110/-

In Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALADING

	Code	Premium
F/E or O/E	<u> </u>	<u> </u>
EM	<u> </u>	<u> </u>

Installment Premium (In Taka): 3110/-

In word

Option C

Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name JAMAL UDDIN

Proposer's Present Address Slr - MOFIZUR RAHMAN
Clr - NARAJAN PUR MO
VILLI - NARAJAN PUR
Plr - LAUKHAN PUR
THANA - MONDHAR GON
COMMITTEE

Nominee's Name Age & Relation ELMA JAHAN (WIFE)

Guardian's Name Age & Relation HALIMA AKTER - 23

OTHERS INFORMATION

Medical 01 Std/S.Std. 01

Sex 01 01

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age

Proof Sex

No. of extra Policies

Mbr - 8787 - 874803

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

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

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Pre
<u>20.12.21</u>	<u>881167</u>	<u>311</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount

Premium Rate % 80.70
109.70

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বর্ণনা :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 40% (B)
constant limit of sum
for 1st-04 years of the

Abdul
President, ID, No-1
(Underwriting)
Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

Md. Gazi
Executive Officer
Rupam
Head Office

al Adviser :

12/11/22



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

পিএবিএক্সঃ ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্সঃ ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

০১৪৪১-৪৭৫৪০১

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

881167

PR নং :

তারিখঃ ২০-১২-২০

স্বাক্ষর

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

এর

নিকট হতে - ১৩২১০১

টাকা

পরমা (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

ব্রজেন চন্দ্র হাজার

ব্রজেন চন্দ্র হাজার

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

২০-১২-২০

গচ্ছতি

বার্ষিক/বাৎসরিক/প্রেমাসিক/মাসিক।

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড 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 করণ স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

MD. TAHERUL ISLAM

রূপালী জীবন-ভিরাগদ-জীবন

General Manager Office Chattergram,

Rupali Life Insurance Co. Ltd.

ক্ষমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার

MD. TAHERUL ISLAM

UG-7 (Cash)

CE&F, Chattergram, Chattergram,

Rupali Life Insurance Co. Ltd.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

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

সার্ভিস সেল কোড নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

২২২৭/২৩

১০৬২৫৪৬৫৫-১

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
১০৩০০ ২০ ৪৪	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।

- (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : মোহাম্মদ উদ্দিন
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : JAMAL UDDIN
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোহাম্মদ রেহমান ইংরেজীতে : MOHAMMAD RAHMAN
(ঘ) মাতার নাম : লিখন আরা বেগম ইংরেজীতে : ROWSON ARA BEGUM
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : বাস্তবায়ন ইন্ডাস্ট্রি
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/অধোগকারীর নাম :

- (ক) স্থায়ী ঠিকানা : নরায়নপুর মজলিদ বাড়ি
গ্রামঃ নরায়নপুর পোঃ নরায়নপুর
থানাঃ মনহুসা জেলাঃ কুমিল্লা
মোবাইল নং : ০১৮৪৩-৮৭৫৪০৩
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা :
মোবাইল নং :

- জন্ম তারিখ : ০২/১০/১৯৮৪ বয়স : ৩৯ জন্মস্থান : কুমিল্লা জাতীয়তা : বাংলাদেশি
ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? জন্মসনদ

- (ক) বীমা অংক : ১০,০০০/- সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
(খ) তালিকা নং : ০১ মেয়াদ : ২২ বৎসর : ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (পিডিএবি)
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☐ বার্ষিক ☒ খান্যাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন ☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
(ঘ) জমানকৃত টাকার বিবরণ : পি, আর নং : ০১ টাকা :

- (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? সহযোগী বীমা আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ২৫০০০/- আয়ের উৎস কি? স্ব ব্যবসায়
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজে
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বত্বের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

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

- 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?	বৃদ্ধির তারিখ লিখুন

- (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) ইলিয়াহ জাহান আবেদা বয়স : ০৭ মাস সম্পর্ক : মেয়ে
(২) হালিমা আক্তার বয়স : ২৬ সম্পর্ক : মাতা
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : হালিমা আক্তার বয়স : ২৬ সম্পর্ক : মাতা

- (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাবীন 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।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত	মৃত
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা
পিতা	০১	৫৫	স্বাস্থ্যকালীন
মাতা	০১	৫০	স্বাস্থ্যকালীন
ভাই	০১	২০	স্বাস্থ্যকালীন
বোন	০১	২৬	স্বাস্থ্যকালীন
স্বামী/স্ত্রী	০১	২৬	স্বাস্থ্যকালীন
ছেলে	০১	০৭	স্বাস্থ্যকালীন
মেয়ে	০১	০৭	স্বাস্থ্যকালীন

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 ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।</p>	<p>(ক) <u>১১৭</u> (খ) <u>২</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>৪</u></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) <u>.....</u> (খ) <u>.....</u> (গ) <u>.....</u> (ঘ) <u>.....</u></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) <u>.....</u> (খ) <u>.....</u></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 স্নায়বিক 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 ডায়েবেটিকস্, 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, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<p>হ্যাঁ <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> বলুন <u>.....</u> <u>.....</u> <u>.....</u> <u>.....</u> <u>.....</u> <u>.....</u> <u>.....</u> <u>.....</u> <u>.....</u></p>
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৬৫</u> কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫</u> ফু/মিঃ <u>৫</u> ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৬</u> ইঃ <u>.....</u> সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩৫</u> ইঃ <u>.....</u> সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩৮</u> ইঃ <u>.....</u> সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>.....</u></p>	<p><u>.....</u></p>

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

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

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

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

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

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

(ক) স্বাক্ষর :	পূরো নাম : <u>জামাল উদ্দিন</u>
পদবী :	ঠিকানা : <u>.....</u>
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর :	কোড নং : <u>.....</u>
পূরো নাম :	তারিখ : <u>.....</u>

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

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

জাপানী জীবন-নিরাপদ জীবন

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ

(ইপজমনি ফরম-৩)

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়

৪ নং সেকশন প্য ইউনিয়ন পরিষদ

উপজেলা : হাতিগন জেলা : চাঁদপুর, বাংলাদেশ।

জন্ম সনদ

[বিধি ৯ জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (ইউনিয়ন পরিষদ) বিধিমালা, ২০০৬]

(জন্ম নিবন্ধন বহি থেকে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং- ০০৬

নিবন্ধন তারিখ : ৩/১২/০৭

সনদ ইস্যুর তারিখ : ৩/১২/০৭

নিবন্ধন নং : ০২৩৩৩৬

ব্যক্তিগত পরিচিতি নং- ২৩৩৪১৩৩৪৩৫০২৩৩৩৬

নাম : হামিদা আক্তার

জন্ম তারিখ : অংকে (খ্রীঃ) ২/২/১৯৯৪ লিঙ্গ : ☒ নারী ☐ পুরুষ

কথায় (খ্রীঃ) ব্রহ্ম ব্রহ্ম চন্দ্রিকা চন্দ্রিকা

জন্ম স্থান : গ্রাম-আকদিয়া ইউনিয়ন-৪ নং সেকশন প্য

উপজেলা : হাতিগন জেলা : চাঁদপুর দেশ : বাংলাদেশ।

পিতার নাম : শ্রীঃ সিল্লান হোসেন জাতীয়তা : বাংলাদেশী।

মাতার নাম : শ্রীঃ হামিদা কুমার জাতীয়তা : বাংলাদেশী।

স্থায়ী ঠিকানা : শ্রীঃ আকদিয়া পোঃ মোহাম্মদ

উপজেলা : হাতিগন জেলা : চাঁদপুর, বাংলাদেশ।

প্রস্তুতকারীর স্বাক্ষর ও নামসহ সীল
২০/১২/০৭

কার্যালয়ের সীলমোহর
২০/১২/০৭

নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল
২০/১২/০৭

A.I.T-TR-NO.

M.T-TR-NO.

DATE

৩০
০৬/০৬/২০২০

২০১০

জন্ম ২০২০ হইতে ৩০শে জুন ২০২১

চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন

চট্টগ্রাম।

ফোন : পি এ বি এক্স ৬১৬৫০১, ৬১৬৫০৮, হটলাইন : ১৬১০৮

www.ccc.org.bd

লাইসেন্স ইস্যুর বিবরণ		
ক্রম নম্বর	প্রদার্ত নম্বর	ইস্যুর তারিখ
৬২৪	৩৮	২০/০৬/২০২০



No.

126415

ট্রেড লাইসেন্স
(TRADE LICENCE)পূর্ববর্তী টি.এল নং-
তারিখ :

স্থানীয় সরকার (সিটি কর্পোরেশন) আইন ২০০৯ (২০০৯ সনের ৬০ নং আইন) এর ধারা ৮৪ এ প্রদত্ত ক্ষমতাবলে সরকার প্রদীত চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন আদর্শ কর তফসিল ২০১৬ এর ১০নং অনুচ্ছেদ অনুযায়ী পেশা, ব্যবসা-বাণিজ্য এবং জীবিকা বৃদ্ধির উপর কর আদায়ের লক্ষ্যে নিম্নবর্ণিত ব্যক্তি/প্রতিষ্ঠানের অনুকূলে ট্রেড লাইসেন্স ইস্যু করা হইল। যার কার্যকরিতার মেয়াদ ৪ এবং ৫ পৃষ্ঠায় উল্লেখিত সময় পর্যন্ত বলবৎ থাকিবে।

১। মালিকের নাম :

ডাঃ মোহাম্মদ উদ্দীন

২। পিতা/স্বামীর নাম :

মুফিজুর রহমান

৩। মাতার নাম :

রোশন আরা বেগম বেবী

৪। মালিকের ঠিকানা :

বর্তমান বসবাসের ঠিকানা

হোডিং নং :

রোড নং :

থানা :

চট্টগ্রাম

(পোস্ট কোড)

স্থায়ী/রেজিস্টার্ড ঠিকানা

হোডিং নং/গ্রাম :

রোড নং/পোস্ট অফিস :

থানা :

জেলা :

৫। ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম :

বিজ্ঞানিক প্রকৌশল

৬। পরিশোধিত মূলধন (লিমিটেড কোম্পানীর ক্ষেত্রে) : টাকা

৭। ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের ঠিকানা

ফোন ও ই-মেইল (যদি থাকে) :

৮। টি.আই.এন. (সনদ)

৯। ব্যবসার ধরন

১০। আদর্শ কর তফসিল ২০১৬ এর ক্রমিক নং-

১১। ট্রেড লাইসেন্স/নবায়ন ফি (বার্ষিক) :

হাল ফি

বকেয়া ফি

সরচার : লাইসেন্স প্রতি মাসিক ১০০ টাকা বা ট্রেড লাইসেন্স ফি এর ১০% (যা হোক)

মোট

১২। সাইনবোর্ড কর

(টাকা অঙ্কে)

(কথায়)

১৩। রশিদ বই নম্বর

লাইসেন্সধারীর নিকট হইতে সকল বকেয়া পাওরা রশিদ নম্বর

(লাইসেন্সটি

নম্বর ডি. আর

P=৭৫৪

পৃষ্ঠায় লিপিবদ্ধ করা হইয়াছে।

তারিখ : ২০/০৬/২০২০

এর মাধ্যমে আদায় করা হইয়াছে।

পৃষ্ঠায় লিপিবদ্ধ করা হইয়াছে।

তারিখ : ২০/০৬/২০২০

এর মাধ্যমে আদায় করা হইয়াছে।

পৃষ্ঠায় লিপিবদ্ধ করা হইয়াছে।

তারিখ : ২০/০৬/২০২০

এর মাধ্যমে আদায় করা হইয়াছে।

পৃষ্ঠায় লিপিবদ্ধ করা হইয়াছে।

সিটি কর্পোরেশন
অনুমতি প্রাপ্ত পরিদর্শক
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন

সিটি কর্পোরেশন
অনুমতি প্রাপ্ত পরিদর্শক
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন

আফিয়া
প্রশাসনিক কর্মকর্তা
এস.সি.ও. নবমোহা, সিল
১৯০৮
০৬

সিটি কর্পোরেশন
অনুমতি প্রাপ্ত পরিদর্শক
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন



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

- (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....
(গ) পেশা.....
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....
(ক) নিকটতম জন্মদিনের বয়স.....
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালকপ্রাপ্ত/বিধবা.....
(গ) বীমাকৃত টাকা.....
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

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

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৫৫	সুস্থ				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 :
মা	১	৫০	সুস্থ				
ভাই	১	৩০	সুস্থ				
বোন	১	—	—				
স্বামী/স্ত্রী	১	২৬	সুস্থ				
ছেলে	—	—	—				
মেয়ে	১	৭ মাস	সুস্থ				

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 করিছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান তারিখ ৩-১-২০২০

বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করছেন। (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

JAMALUDDIN
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?	না	৮। প্রাপ্ত বয়স পরীক্ষা ফল	২০১৯
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন ২০১৯ সালের	২০১৯
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা ৫'৫" সে: মি: / ফু: ই:	৫'৫"
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ৬৫ কে: মি: / পা:	৬৫
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩১ সে: মি: / ই:	৩১
(খ) গ্ৰীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ২৬ সে: মি: / ই:	২৬
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ২৪ সে: মি: / ই:	২৪
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 স্বাস্থ্যবান?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান	৩-১-২০২০
৫। (ক) নাকির গতি কত? ধরণ কেমন?	না	পুরো নাম	
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১২০/৮০	ভিত্তি	১৯৮২, ১১০৭
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	ভিত্তির তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	১৯৮২, ১১০৭
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550
৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা	
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		



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : JAMAL UDDIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-28 years

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

DATE 03 01 2022

SL.No. 17

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

HB. 14.1 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 10,600 per. cu. mm.

Red blood cell 5.1 per. cu. mm.

Platelet Count 3,25,000 per. cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	49%	40	-	75%
Lymphocyte	41%	20	-	45%
Monocyte	07%	2	-	10%
Eosinophil	03%	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, 1 yr. = 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) :

JAMAL UDDIN

Attended



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 : JAMAL UDDIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-28 years

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

DATE 03 01 2022

SL. No. 17

PHYSICAL

COLOUR : Straw

SEDIMENT : Nil

SP.GRAVITY : 1012

PHYSICAL

REACTION : Acidic

SUGAR : Nil

ALBUMIN : Nil

EXCESS OF PHOSPHATE : Nil

ACETONE :

UROBILINOGEN :

BILE SALTS :

BILL PIGMENTS :

KETONE BODIES :

MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-2hpf

RBC : Nil

EPITHELIAL CELLS : 1-2/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) :

JAMAL UDDIN

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

ন্যূনতম প্রোফাইল ফর্ম (NYC Profile Form)

এই ফর্মটি পূরণ করে নিম্নোক্ত তথ্য প্রদান করতে হবে।

বৈধ প্রাপ্তকর
ছবি

একক বীম

৩০৬২৪৪৩৪৪-০

জামাল হুসাইন
মুহিত ০৪২২৩
বোকালা ডায়া বোকা
হুসাইন হুসাইন
হুসাইন হুসাইন

জন্ম তারিখ: ০২/০২/১৯৮২

০১৪৪৩৪৩৪৪০৩

টেলিফোন (অফিস):

আবাস:

কপি গৃহীত

ক) প্রাপ্তকর পরিচয়পত্র নং:	৬০০৩১৪৪৩৩৩	হ্যাঁ <input checked="" type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
প্রাপ্তকর নং:	বোকালা	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
ক) প্রাপ্তকর প্রদান নং:		হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
ক) প্রাপ্তকর প্রদান (E-TIN) (অন্য বাক্য):		হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
ক) প্রাপ্তকর প্রদান নং:	বোকালা	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
ক) প্রাপ্তকর (নির্দিষ্টকর উল্লেখ করতে হবে):		হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>

এই ফর্মটি পূরণ করার ক্ষেত্রে বর্ণিত দলিলাদি হতে আৱশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রাপ্তকর পূর্ণাঙ্গ প্রাপ্তকর প্রাপ্তকর জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোন্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করা হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিকল্প বীমা কার্যকরী সত্তাটি সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি বা ব্যক্তি বা ব্যক্তি পরিচয় প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রাপ্তকর পলিসি হোন্ডারের আলোকচিত্রসহ (অন্য প্রাপ্তকর উপরে পৃষ্ঠার সভাচালনা) হতে হবে। এছাড়া, প্রাপ্তকর বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে প্রাপ্তকর পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার ক্ষেত্রে প্রতিষ্ঠানের সত্তাটি সাপেক্ষে উপরে ম হতে চ নম্বর জমিতে বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই সত্তাটি উল্লিখিত তথ্যাদি অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

নাম: হুসাইন হুসাইন হুসাইন হুসাইন
হুসাইন হুসাইন হুসাইন হুসাইন

প্রাপ্তকর/বর্তমান ঠিকানা:

প্রাপ্তকর পেশা (নির্ধারিত):

হুসাইন

প্রাপ্তকর প্রাপ্তকর সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন ফেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব প্রাপ্তকর প্রাপ্তকর কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ডায়স চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পাবলিক সনদের মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান প্রাপ্তকর শিক্ষক, জাতীয় সৈনিক পরিষদের সম্পাদক, নেটবি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়তশাসিত/স্ট্রাকচার্ড সংস্থার জাতীয় বেতন ফেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব প্রাপ্তকর কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন ফেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব প্রাপ্তকর কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

39212

4. सुभाष - सुभाष सुभाष

मसुदा 3 दिनांक 30

月夜

१. आर्य समाज के संस्थापक :

1. ଅନିଚିତ୍ତମ ପ୍ରଦାନ ପଦ୍ଧତି :

मानिक

ত্রৈলোক্য

2

1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

୧୦. ତ୍ରିସିଦ୍ଧାନ୍ତେଷୁ ପରିଚାଳନା :

1022207

୧୧. ପ୍ରିୟିତାମ ପରିଶୋଧକ ସାଧନ :

(କ) ଷାଞ୍ଚ (ତଥାଦିଅନ୍ତ)

2/3/22

(ग) नमः

200 000

১২. বনোনিউ ব্যক্তি সংশ্লিষ্ট তথ্য

2020-21 09/12/21

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	শ্রীমান কান্তি কান্ত	
পিতার নাম :	শ্রীমান কান্ত কান্ত	
মাতার নাম :	শ্রীমতী কান্ত কান্ত	
স্বামী/স্বাধীন নাম :	শ্রীমান কান্ত কান্ত	
পেশা :	জন্য তারিখ :	
বর্তমান ঠিকানা :	শ্রীমান কান্ত কান্ত	
স্থায়ী ঠিকানা :	শ্রীমান কান্ত কান্ত	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :	শ্রীমান কান্ত কান্ত	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	ফ্যাক্স :	
ই-মেইল :	শ্রীমান কান্ত কান্ত	

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

१०. दीया धारक के बूँदों का निर्धारण : ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ उच्च

| মনস্তত্ত্ব অংশে বিষয়ীকেন্দ্রিক (Subjective) বিবেচনার গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মতলাভ করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, আর্থিক মান, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজনকী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও নিয়ন্ত্রিত্বের নিরিখে ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

Handwritten signature: 2-13-87

অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিগ ১ স্বাক্ষর)

১৫. ১১. ২০১৮

১৬. ১১. ২০১৮

১৭. ১১. ২০১৮

১৮. ১১. ২০১৮

১৯. ১১. ২০১৮

২০. ১১. ২০১৮

২১. ১১. ২০১৮

২২. ১১. ২০১৮

২৩. ১১. ২০১৮

২৪. ১১. ২০১৮

২৫. ১১. ২০১৮

২৬. ১১. ২০১৮

২৭. ১১. ২০১৮



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ২০৬২৫৪৬৫৫-০ তারিখ
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম বয়স ২৬
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ডাকঘর থানা
- জেলা যোগাযোগের ঠিকানা :

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	২২ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৩/৭/২০২২
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 ?	সাবান
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 ?	সাবান
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	২৪০০০০/১২০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	সেবা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্টে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে হয় কি ?	না
১৩।	আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান ?	না
১৪।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি ?	না
১৫।	আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি ?	হ্যাঁ
১৬।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি ?	হ্যাঁ

- বীমা প্রতিনিধির স্বাক্ষর ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
- পুরো নাম ➤ পুরো নাম
- পদবী কোড নং ➤ পদবী কোড নং
- স্থান ➤ অফিসের নাম
- ➤ ঠিকানা