

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-Deed)

Business Month: **May, 2022**

Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 19/05/2022 12:00:00A2

Mobile No: 01690151130

Medical:

Medical submitted

PolicyNo **103256013-9**

Age at Entry

57 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan

FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM

Table & Term

01-16

Supplementary Cover

NILL. 0.00

Proposer's Name

MOHTARAMA MYNUR BEGUM

Proposer's Address

**D/O: NUR MUHAMMED
VILL: SHUKKUR COLONY
P.O. PATHANIA GODA THANA: CHANDGAON
DIST: CHATTOGRAM 01690151130**

Extra Loading:

Tk. 0

Include CL Lien 35% For 6 Year to this Policy.

Sum Assured

754,000

SEVEN LAC FIFTY FOUR THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR Policy Option

C

Basic Premium: **60,093.00**

Suspense: **0.00**

Total Premium

By PR- 891096

24/05/2022,

60,094.00

SIXTY THOUSAND NINETY FOUR 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

BELAL HOSSEN, HUSBAND, 39 YRS

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

,, Yrs.

Date of FPR:

19/05/2022

FPR No:

ECB-1171-22

RiskDate:

01/06/2022

Date of Proposal

19/05/2022

Proposal No:

ECB-1171-22

Date of Commencement

24/05/2022

Premium due date:

ON THE DATE OF 24 MAY IN EVERY YEAR

Last premium due date

24/05/2037

Next Due Date:

24/05/2023

Date Of Maturity

24/05/2038

Special Provision

ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :

- 1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 24/05/2026
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 24/05/2030
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 24/05/2034
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 24/05/2038

SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up

103001472/10300576/1030426/103101/10300/103087/103086

Checked
MR. MONIRUL ISLAM
D.V.P. ID NO-0978
RUPALI LIFE INS. CO. LTD.
Chattoogram Servicing Center, Ctg.

Countersigned
MR. RAJIBUL KARIM
E.V.P (Admin) ID No-307
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Chattoogram Servicing Center

Managing Director

SCAN COMPLETE



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Ekok Bima

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (ঝুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL Lien 35% For 5 Year

বীমা পত্র নং	প্রস্থাপন নং	বীমা শুরুর তারিখ	ঝুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিছির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গ্রহীত টাকা
103256013-9	ECB-1171-22	24/05/2022	01/06/2022	01-16	Yty	891096	60094
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 37	MOHTARAMA MYNUR BEGUM D/O: NUR MUHAMMED VILL: SHUKKUR COLONY P.O.: PATHANIA GODA THANA: CHANDGAON DIST: CHATTOGRAM 01690151130			 শাখা Chomohoni এফ পি আর Service Cell (ECB 4312) ইস্যুর তারিখ ECB-117 1-22 19/05/2022		24/05/2022	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
754000	60094	0	0	60094	0	NILL.	60094
সাংগঠনিক কোড নং :	103001472/10300576/1030426/103101/103100/103087/103086						পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ 24/05/2023

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 Kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-FPR)

Business Month: **May, 2022**

Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 19/05/2022 12:00:00A Mobile No: 01690151130 Medical: Medical submitted.
PolicyNo **103256013-9** Age at Entry 37 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 MOHTARAMA MYNUR BEGUM

Proposer's Address D/O:NUR MUHAMMED
VILL:SHUKKUR COLONY
P.O.:PATHANIA GODA THANA:CHANDGAON
DIST:CHATTOGRAM 01690151130
Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 35% For 6 Year to this Policy.

Sum Assured 754,000 SEVEN LAC FIFTY FOUR THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 60,093.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 891096 24/05/2022,,
60,094.00 SIXTY THOUSAND NINETY FOUR 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 BELAL HOSSEN, HUSBAND, 39 YRS

Prv. Policyno 1: Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name ,, Yrs.

Date of FPR: 19/05/2022 FPR No: ECB-1171-22 RiskDate : 01/06/2022

Date of Proposal 19/05/2022 Proposal No: ECB-1171-22 Date of Commencement 24/05/2022

Premium due date: ON THE DATE OF 24 MAY IN EVERY YEAR

Last premium due date 24/05/2037 Next Due Date: 24/05/2023 Date Of Maturity 24/05/2038

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :
1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 24/05/2026
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 24/05/2030
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 24/05/2034
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 24/05/2038
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001472/10300576/1030426/103101/103100/103087/103086

Checked

Countersigned

Rupali Life Insurance Company limited

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

19/05/2022

	<u>FPR No:</u>	ECB-1171-22	<u>SC Code:</u>	ECB		
<u>Policy No:</u>	<u>FPR Date:</u>	19/05/2022	<u>SC Name:</u>	Chowmuhoni Service C		
<u>Proposal No:</u>	<u>Com Date:</u>	19/05/2022	<u>Office Code:</u>	ECB4312		
<u>Proposal Date:</u>	<u>Risk Date:</u>	19/05/2022	<u>Office Name:</u>	Chomohoni Service Ce		
01.06.22						
<u>Sum Assured</u>	<u>Table & Term</u>	<u>Mode</u>	<u>Total Premium</u>	<u>Total Paid</u>	<u>Suspense</u>	<u>Next Due Date</u>
754,000.00	01-16	Yly	60,094.00	0.00	60,094.00	19-May-2023

Sum Assured In word: SEVEN HUNDRED FIFTY-FOUR THOUSAND

Premium In word: SIXTY THOUSAND NINETY-FOUR

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

MOHTARAMA MYNUR BEGUM

S/O: LATE MOFJOL AHAMMED
VILL: CHAN MIA TENDOL ER BARI, BOKTAPUR
P.O.: BOKTAPUR THANA: FATIKCHHARI
DIST: CHATTOGRAM

Medical

Age & Date of Birth

37 13/10/1985

Special Clause:

AGE ADMITTED

Chain Set up:
103001472/10300576/1030426/103101103100/1030
87/103086

Life Prem: 60,094.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

PR No:	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

Nominee:

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Comission
Information for
calculation:

Tair	Com	Tax	Net Com
FA	: 17307.07	- 865.35	= 16441.72
UM	: 5192.12	- 259.61	= 4932.52
BM	: 3461.41	- 173.07	= 3288.34

5% Source Tax: 1298.03
Net Payable: 24662.58

19/May/2022

153

*Accepted With 35% (Thirty five)
Constant lien of Sum Assured
for 1st 06 (Six) years of the Term*

Accepted 19/05/22

Md. *Abdullah*
Senior President
Incharge (Underwriting)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.

Md. *Gaziul Haque*
Executive Officer (Underwriting)
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office, Dhaka.



রাপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

कर्मिष्ठोत्तर/काइज कर्मि

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

পিএবিএক্স : ৮-৪-১৬৩২২৬৩৭ : ব্রাক্স : ২০-৭৭ : ০৬৩২৬৩৭

891096

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR नं ४

তাবলিখ ৪:

72 | 20 | 82

5	1	6	2	0	1	5	1	1	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ধন্যবাদ সহকারে ছন্দাব/জনাব।

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা
নিকট হতে

BR 2019

॥७॥

अश्विना (कथोश)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

285

এর মাধ্যমে প্রস্তাবিত/বীজ্যাত নর

এদ্ব বিপন্নীতে গ্রহণ করা চইল।

উক্ত টাকা :

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

ਅਕਤੀ

धार्मिक/मान्यधिक/ऐजमासिक/मासिक

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপেক্ষে 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/ড্রিডিং/অর্ডার নগদী করণ স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোম্পানী)

आनारकली अखिलद.डीन

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার
স্বাক্ষর ও সীল

রূপালী জাতিশ্রেণিরাপদ্ধ জীবন

D. AKHTARUL ALAM

500

Rupali Life Ins. Co. Ltd.

Chittagong.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

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

প্রস্তাবপত্র নং

ECB-1171-22

জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

206246889

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
ডাঃ মোহাম্মদ হুমায়ুন কবীর	এফ.এ	103001472	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 ঘমামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : মুন্সুর বেগম MYNUR BEGUM
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : মুন্সুর হুমায়ুন কবীর ইংরেজীতে : MUNSUR MUHAMMED
 (ঘ) মাতার নাম : বিবী জোহরা ইংরেজীতে : BIBI JOHRA
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) :
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : এম.এ. হুমায়ুন কবীর (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : মুন্সুর কবীর
এম.এ. হুমায়ুন কবীর ৪৯/৩৬, কাকরাইল ৪৯/৩৬ পাটনয়া রোড, চান্দা গাঁও
লাল (৪৯/৩৬) - ঢাকা চট্টগ্রাম
 মোবাইল নং : ০১৬৩০১৫১১৩০ মোবাইল নং :

৩। জন্ম তারিখ : ১৩.১০.১৯৮৫ বয়স : ৩৭ জন্মস্থান : ঢাকা জাতীয়তা : বাংলাদেশী
 ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন? নি

৪। (ক) বীমা অংক : ৮৮,০০০/- (খ) তালিকা নং : ৩৩ মেয়াদ : ১০ বৎসর
 (গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ বার্ষিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
 (ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং টাকা

৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছা থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
☒ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)
 ৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? স্বতন্ত্র ও নিবন্ধিত আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ১,৩০,০০০/- আয়ের উৎস কি? স্বতন্ত্র ও নিবন্ধিত
 (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নি
 (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?	স্বাক্ষর তারিখ লিখুন

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) বেনাদ হোসেন বয়স ৩৭ সম্পর্ক স্বামী
 (২) নি বয়স নি সম্পর্ক নি
 (খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম নি বয়স নি সম্পর্ক নি

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 প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
 (খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/ব্যক্তি সম্পর্কে জানানোর থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্বায়ত্ত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা	১	১৩০	স্বাস্থ্য	১৩৩	হৃদরোগ	৭ দিন	২০২০
মাতা	০১	১৩০	স্বাস্থ্য				
ভাই	০২	৪০, ৩২	স্বাস্থ্য				
বোন	০৬	৩০, ৩৩, ৩৩	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	০২	৩০	স্বাস্থ্য				
ছেলে	০৪	৩৫, ৩৪, ৩০, ২	স্বাস্থ্য				
মেয়ে							

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 ঠিকানাসহ বিবরণ লিখুন।	(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>২</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>না</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) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>সামান্য রকম</u> (ঘ) <u>না</u>																		
১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</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 স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রুকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরেসী, 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, দূর্ঘটনা, অস্তিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>না</td> <td>না</td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না	না
হ্যাঁ	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
না	না																		
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৬০</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৫"</u> ফু/মিঃ <u>৫'৫"</u> ই/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৮"</u> ইঃ সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩৫"</u> ইঃ সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩৩"</u> ইঃ সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>সাদা চামড়া, নাক</u>																			

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>মাইনুর রেজা</u>	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>ডিগ্রী</u>	বয়স : <u>৩৭</u>
খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>৩০,০০০/-</u>	ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? <u>২৫.০৮.২০২২</u>
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>ফ্রিল্যান্সিং ও ব্যবসা</u>	খ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>২০০৭</u>
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>হ্যাঁ</u>	গ) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন <u>না</u>
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>না</u>	ঘ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>বোম্বল হোসেন</u>
চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>হ্যাঁ</u>	ঙ) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>৪০,০০০/-</u>
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? <u>৪জন</u>	চ) তাঁর পেশা কি? <u>ব্যবসা</u>
জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? <u>না</u>	জ) তাঁর আয়ের উৎস কি? <u>ব্যবসা</u>
	ঝ) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্তপ্রতি 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 কার্যকর হ্রিমিয়ামের 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 স্থগিত রহিত ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : <u>মাইনুর রেজা</u>	পুরো নাম <u>মাইনুর রেজা</u>
পদবী : <u>এড</u>	কোড <u>১০৬০৪৫</u>
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর	কোড নং
পুরো নাম	

মাইনুর

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ : ০২/০৮/২২

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

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

কপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

অস্থায়ী ঘর বা পোকান ভাড়ার রচিদ

ভাড়াদিয়ার অংশ

১০/১০

নং-

গৃহ বা হোল্ডিং নং

মৌজা

পানা

জিলা

মালিক

মাসিক ভাড়া

মাসিক ভাড়া

১/১০০০

অস্থায়ী ভাড়াদিয়ার নাম

অস্থায়ী ভাড়াদিয়ার নাম

১/১০০০

পিতা

মাকিন

১০০০

মাহে

২০০২

১০০০/-

মোট

১০০০/-

টাকা

১০০০/-

কথায়

অর্থ মকদম-১০০০

মতিবুদ্দ

তারিখ :

২০/১০/২০২২

মালিক বা তাহার কর্মচারীর স্বাক্ষর

অস্থায়ী ঘর বা দোকান ভাড়ার রজিদ

ভাড়াটিয়ার অংশ

১০/১০/২০২২

নং-

গৃহ বা হোল্ডিং নং

মৌজা

থানা

জিলা

মালিক

মাইনু হুসেইন

মাসিক ভাড়া

১০০০/-

অস্থায়ী ভাড়াটিয়ার নাম

শাহিদা হুসেইন

পিতা

শাহিদা হুসেইন

সাকিন

হুসেইন

তারিখ

১০/১০/২০২২

২০২২

মোট

১০০০/-

টাকা

১০০০/-

কথায়

১০০০/-

তারিখ :

১০/১০/২০২২

মালিক বা তাহার কর্মচারীর স্বাক্ষর

মাইনু হুসেইন

অস্থায়ী ঘর বা দোকান ভাড়া রজিদ

ভাড়াটিয়ার অংশ

নং- _____ গৃহ বা হোল্ডিং নং- _____

মৌজা- _____ থানা- _____ জিলা- _____

মালিক- মাইনু চন্দ্র

মাসিক ভাড়া- ১০০০/-

অস্থায়ী ভাড়াটিয়ার নাম- মম্মিন মন্ডল

পিতা- সত্যীন্দ্র চন্দ্র সাকিন- (মম্মিন)

মাসে- ১০ ২০২২

মোট- ১০০০/- টাকা ১০০০/-

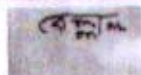
কথায়- অষ্ট-শত-৫০-পয়সা

তারিখ : ০৮/০৮/২০২২ স্বাক্ষর- মাইনু

মালিক বা তাহার কর্মচারীর স্বাক্ষর- _____



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



নাম: বেলাল হোসেন

Name: Belei Hossen

পিতা: আব্দুর রব

মাতা: আছিয়া বেগম

Date of Birth: 15 Feb 1983

ID NO: 1591904165136

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তিত্ব অথবা কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোলি অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/ছাতিং: তাজুর কলেনী, গ্রাম/রাঙ্গা: চান্দপাও, পাটানিয়া গোদা,
ডাকঘর: চান্দপাও - ৪২১২, চান্দপাও, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ১৮/০৬/২০০৮





রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্ট

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....
(গ) পেশা.....
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....
২। (ক) নিকটতম জন্মদিনের বয়স..... বৎসর
(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 পালগামী ইত্যাদি আছে কি?	না	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুজের 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 স্নায়বিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	না	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	না
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্লুবেসী, 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 ঠিকানা লিখুন।	না
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের 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		না

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	—	—	—	৬১	হৃদযন্ত্রের রোগ	২০২০	না
মা	১	৬১	স্বাস্থ্য				না
ভাই	২	৪১, ৩৫	স্বাস্থ্য				না
বোন	৬	৩২, ৩৬, ৩১	স্বাস্থ্য				না
স্বামী/স্ত্রী	১	৩২	স্বাস্থ্য				না
ছেলে	৪	১৬, ১৪, ১০, ৫	স্বাস্থ্য				না
মেয়ে	—	—	—				না

৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্যঃ

(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 তারিখঃ

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 চট্টগ্রাম তারিখ ২৬-৫-১৭ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর
মাইনুর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম মাইনুর হোসেন পরিচিতি প্রাদানকারী ৩০/৫/১৭
সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন না

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	না	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	না
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	না	(ক) আপেক্ষিক গুরুত্ব <u>১৫২</u> মিমি/সে	না
(গ) অকাল বার্মকের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	না
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	না
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা <u>৫'৫"</u> সে: মি/ফু:ই:	না
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন <u>৫৫</u> কিলো/পা:	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৭</u> সে: মি/ই:	না
(খ) গ্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩৫</u> সে: মি/ই:	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাতী বরাবর পেটের মাপ <u>৬৬</u> সে: মি/ই:	না
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	না	১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পরিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	না
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	না
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান <u>চট্টগ্রাম</u> তারিখ <u>২৬-৫-১৭</u>	না
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	না	পুরো নাম <u>মাইনুর হোসেন</u>	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>DR. M. A. KAMAL</u>	না
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	না	ডাক্তারী <u>MBBS, BCS, PGT, FRSH</u>	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	ডাক্তারীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২ ১১৫০৭</u>	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং <u>DR. M. A. KAMAL</u>	না
৬। গনোরিয়া, সিফিলিস, বৌন বা মুত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা <u>282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong.</u>	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	Mobile: 01673-720550	না



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MAINUR BEGUM

SEX ☒ M ☒ F AGE-37 years

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

DATE 26 05 2022

SL. No. 11

ECG REPORT

MODE

RATE

72 / MIN

RHYTHM

Sin

INTERVALS AND DURATIONS

PR

0.13 sec

QT

QS

0.12 sec

AXIS

P

QRS

T

WAVES

P

QRS

T

U

SECMENTS

ST:

PR:

OTHERS :

POSITION :

ELECTRO CARDIOGRAPHIC DATAS :

COMMENTS :

normal sinus

মাইনুর

12/05/22

COMMENTS (IF ANY) :



CHECKED BY

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

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

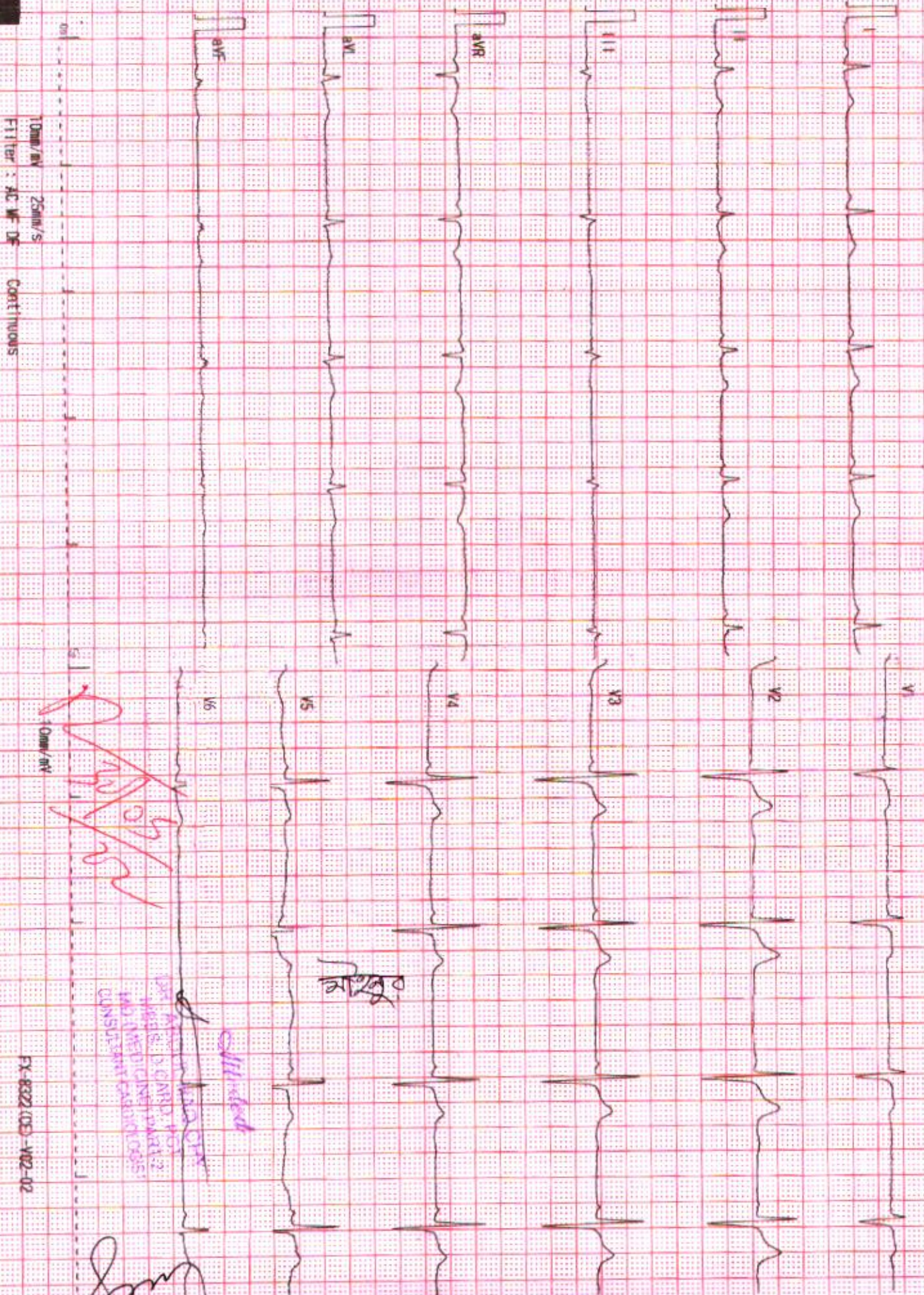
Date: 26/05/2022

10:44:32

ID : 11

Name: MAINUR BEGUM
Female: 37 years

HR 72



10mm/mV 25mm/s
Filter : AC W-DF Continuous

10mm/mV

EX-8322 (03) -V02-02



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MAINUR BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-37 years

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

DATE 26 05 2022

SL. No. 11

E. S.R. 10 mm fall in 1st hour.

HB. 10.0 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T. C. OF

White blood cell 7,000 per. cu. mm.

Red blood cell 4.7 per. cu. mm.

Platelet Count 2,80,000 per. cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per. cu. mm.

D.C. Normal Values Adult)

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

Reticulocyte Count

P. C. V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M. P. (Thick & Thin Film)

PFT :

NORMAL VALUES

HAEMOGLOBIN

Men = 13.0-18.0 gm / dl.
Women = 11.5-16.5 gm / dl.
Infant (full - term) = 13.5-19.5 gm / dl.
Infant, 1yr. = 11.0-13.0 gm / dl.
Children 3-6 yrs. = 12.0-14.0 gm / dl.
Children 10-12 yrs. = 11.5-14.5 gm / dl.

E.S.R.

05 - 15 mm in 1st hour.
RBC - 4.5 - 5.5 per. cu. mm.

Total Count (W. B. C.)

Adult = 4.5 - 10.0 thousands / cu. mm.
infant, (full-term) = 10 - 26 thousands / cu. mm.
infant, 1 yr = 6 - 18 thousands / cu. mm.
Children, 4 - 7 yrs = 5 - 15 thousands / cu. mm.
Children, 8 - 12 yrs. = 4.5 - 13.5 thousands / cu. 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):

স্বাক্ষর

CHECKED BY

DR. M. ADULLAH 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 : MAINUR BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-37 years

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

DATE 26 05 2022

SL.No. 11

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

SPERMATOZOA :

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) :

স্বাক্ষর



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



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



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MAINUR BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-37 years

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

DATE 26 05 2022

SL.No. 11

BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	83mg/dl (4.61 mmo l/l)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

Handwritten signature and date: 30/05/22

Handwritten signature

COMMENTS (IF ANY) :

Handwritten signature
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

জাতীয় পরিচয়পত্র আবেদন ফর্ম (KYC Profile Form)

(বাংলাদেশ সরকার কর্তৃক প্রস্তুতকৃত) (সংস্করণ: ২০১৮)

১. আবেদনকারীর নাম (পূর্ণ):

একর সৈয়দ

বীমা গ্রাহকের
ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচয়:

জন্ম তারিখ:	২০২০/০৫/২৫	জন্ম তারিখ:	০৬/০০/৭৮
পিতার নাম:	মুহাম্মদ (একর সৈয়দ)		
মাতার নাম:	মিসেস বেগম		
পিতা/পরিবার:	বেগম-একর সৈয়দ		
জাতীয়তা:	বাংলাদেশি		
টেলিফোন (বাস):		টেলিফোন (অফিস):	
মোবাইল:	০১৬৯০১৫১১৩০	ফ্যাক্স:	
ইমেইল:			

৩. পরিচয়পত্র:

কেন্দ্রীয় পরিচয়পত্র নং:	কেন্দ্রীয় পরিচয়পত্র	কেন্দ্রীয় পরিচয়পত্র
১) কেন্দ্রীয় পরিচয়পত্র নং:	৪১৭০৪৭৬৭৬০	না <input type="checkbox"/>
২) পাসপোর্ট নং:		হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
৩) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং:		না <input type="checkbox"/>
৪) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে):		না <input type="checkbox"/>
৫) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং:		না <input type="checkbox"/>
৬) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে):		না <input type="checkbox"/>

এই ফর্ম পূরণ করার ক্ষেত্রে বর্ণিত সকল তথ্যই সত্য এবং সত্যিভাবেই যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি খোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি ফোডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সন্তুষ্টি সাপেক্ষে তাদের বিকল্প গ্রহণযোগ্য সমাধানের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়পত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি ফোডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার শ্রেষ্ঠা প্রতিষ্ঠানের সন্মতি সাপেক্ষে উপরের ৬ হতে ৮ নম্বর ত্রয়িকে বর্ণিত দলিলাদির অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফর্মের উপস্থিতিতে তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৪. স্বাক্ষর:

একর সৈয়দ

৫. আবেদনকারীর বর্তমান ঠিকানা:

কুমিল্লা জেলা, কুমিল্লা সদর উপজেলা, কুমিল্লা সদর

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত):

একর সৈয়দ

বীমাকারী ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলর, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের প্রোগ্রেসিভ কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, মেয়র ও পৌর কাউন্সিলর, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, দৈনিক পাবলিক, অধাসবকারি/স্বাধীনতা/স্বাধীনতা সংস্থা জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তা এবং বাংলাদেশ সরকার জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদূর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাকে বুঝাবে।

১০. তারিখ

২৫/০৩/২০২১

ব্রিজে

১১. গ্রাহকের অর্থের উৎস :

১২. গ্রাহকের ঠিকানা বাসাইয়ের পত্রিকতা :

১৩. প্রিন্সিপাল প্রদত্ত পত্রিকতা :

মাসিক

ত্রৈমাসিক

ষাণ্মাসিক

বার্ষিক

অন্যান্য

১৪. প্রিন্সিপালের পরিচয় :

৬০০৮৮

১৫. প্রিন্সিপাল পরিচয়ের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (ডকুমেন্ট)

৬৮৮

(খ) নথি

৭৮৮০০০

১৬. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	ব্রজেন চন্দ্র
পিতার নাম :	
মাতার নাম :	
স্বামী/স্ত্রীর নাম :	
পেশা :	জনু তারিখ :
বর্তমান ঠিকানা :	
স্থায়ী ঠিকানা :	
দায়িত্ব পরিচালনা নং (যদি সহ) :	
জাতীয়তা (যদি) :	টেলিফোন (যদি) :
মোবাইল :	ফ্যাক্স :
ই-মেইল :	

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
সত্যায়িত মনোনীত
ব্যক্তির ছবি

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

১৭. বীমা গ্রাহকের বৃত্তি নির্ধারণ :

☐ নিম্ন

☐ উচ্চ

[মন্তব্য অংশে বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের বৃত্তি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের বৃত্তি নির্ধারণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত বর্ণনা বিবেচনায় রাখতে হবে। গ্রাহকের বৃত্তি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজনক ইত্যাদি অত্যন্ত বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহকের উচ্চ বা নিম্ন বৃত্তি সম্পর্কে হিসেবে প্রণীত করতে হবে। গ্রাহকের ক্ষেত্রেও অনুপ্রাণিত করে বিস্তারিত বর্ণনা দাতা কর্তৃক বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়িত্বের নিবিষ্ট বৃত্তি নির্ধারণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ বৃত্তি পূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৮. মন্তব্য :

প্রিন্সিপাল কর্তৃক/প্রিন্সিপাল ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

अवकाश कर्षणान्तरात्का- १०००।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

আমি, শ্রীমান
 প্রবাসীত সম্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার স্বনামধন্য কোম্পানিতে
 একটি ৭৫৪০০০ (নব্ব্বাশী হাজার ২২০০০) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।
 আমি ২০০০ করি এবং উক্ত ৩৫০০০০ হতে আমার বার্ষিক আয় ৩৬০০০০
 টাকা, ব্যয় হয় ২৪০০০০ টাকা। সব খরচ মিটিয়ে পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন
 অসুবিধা হবে না।

অতএব মহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি হাতে স্বাক্ষর করতে পারি
তাহার বিধিত বিধান আপনার যেন আশ্রয় হয়।

নিবেদক/নিবেদিকা

22/2/20.



বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- | প্রশ্ন নম্বর | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন | প্রশ্নোত্তর |
|--------------|---|---------------|
| ০১। | আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ? | ৪৩ মাস |
| ০২। | তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ? | ৩১/০৫/২০১৮ |
| 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। | হু |
| ০৪। | আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্থতার অধিকারী ? | হু |
| ০৫। | আপনি কি নিশ্চিত যে, তার অভ্যাস ও জীবন যাত্রা স্বাভাবিক এবং
তার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয় ? | হু |
| ০৬। | তার পেশার সঠিক বিস্তারিত বিবরণ লিখুন ? | এক ডাক্তার |
| ০৭। | তার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ? আপনি কি মনে
করেন প্রস্তাবিত বীমা অংক তার আয়ের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ ? | হু |
| ০৮। | তার আয়ের উৎস কি ? | এক ডাক্তার |
| ০৯। | তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ? | ৩৫০০০০/২৬০০০০ |
| ১০। | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা
কি ? | বীমা |
| ১১। | প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা
অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ? | হু |
| ১২। | চেহারা দুটে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে
হয় কি ? | হু |
| ১৩। | আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক
সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি
বিদ্যমান ? | হু |
| ১৪। | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি ? | হু |
| ১৫। | আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি ? | হু |
| ১৬। | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার
বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি ? | হু |

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