

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-Deed )

Business Month: December, 2021 Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhoon

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AM Mobile No: 01889883115 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103254917-0 Age at Entry 42 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan THREE PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFIT FOR 12 YEARS TERM

Table & Term 03-12 Supplementary Cover NULL. 0.00

Proposer's Name MOHAMMAD AMIR HOSSEN

Proposer's Address S/O-LATE ABDUL SATTAR  
HOUSE-BACCHU BARI, BATLIHALI, VILL:  
MOTIHARNA  
P.O. DAMPARA THANA-KHULSHI  
DIST:CHATTOGRAM 01889883115

Extra Loading: Tk. 1200 Include CL Lien 45% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 400,000 FOUR LAC TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 39,600.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883931 30/12/2021,  
40,800.00 FORTY THOUSAND EIGHT HUNDRED TAKA ONLY

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

Nominee's Name AYESHA BEGUM, WIFE, 41 YRS

Priv. Policy no 1: Priv. Policy no 2:

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-278521 Risk Date: 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-278521 Date of Commencement 30/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 30/12/2032 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2033

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :  
1) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025  
2) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029  
3) 50% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2033  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001269/10300523/1030031/102205/100679/100252/100266

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

  
Countersigned  
MANSUR 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 কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০

Ekok Bima

ফাইল কপি

Include CL Lien 45% For 4 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

Print dt: 30/01/2022

বীমাপত্র নং	প্রতিবন্ধ নং	বীমা শুরুর তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এর নং	গৃহীত টাকা
103254917-0	ECB-E-2785/21	30/12/2021	27/01/2022	03-12	Yiy	883931	40800
বীমাত্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাত্রাহকের বয়স : 42	MOHAMMAD AMIR HOSSEN S/O: LATE ABDUL SATTAR HOUSE: BACCHU BARI, BATLIHALI, WARD-1 MOTIJHARNA P.O.: DAMPARA THANA: KHULSHI DIST. CHATTOGRAM 01889883115				শাখা এক পি আর নং ইস্যুর তারিখ	Khatungonj Agency Office (ECB4314) ECB-E-27 85/21 15/01/2022	30/12/2021  0  0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত করা	সহযোগী বীমা	মোট : 40800
400000	39600	0	1200	40800	0	NILL	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং :	103001269/10300523/1030031/102206/100679/100252/100266						30/12/2022

পরিচালকের স্বাক্ষর

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

AGE ADMITTED

Occupation Extra: 3

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-FPR )

Business Month: **December, 2021** Khatungonj Agency Office[ECB4314] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date 15/01/2022 12:00:00AI Mobile No: 01889883115 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254917-0** Age at Entry 42 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan THREE PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFIT FOR 12 YEARS TERM

Table & Term 03-12 Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name MOHAMMAD AMIR HOSSEN

Proposer's Address S/O LATE ABDUL SATTAR  
HOUSE-BACCHU BARI, BATLIHALI, VILL:  
MOTIHAUNA  
P.O. DAMPARA THANA-KHULSHI  
DIST:CHATTOTGRAM 01889883115

Extra Loading:  
Tk. 1200 Include CL Lien 15% For 1 Year to this Policy.

Sum Assured 400,000 FOUR LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 39,600.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 883931 30/12/2021,  
40,800.00 FORTY THOUSAND EIGHT HUNDRED TAKA ONLY

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

Nominee's Name AYESHA BEGUM, WIFE, 41 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 15/01/2022 FPR No: ECB-E-2785/21 Risk Date : 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2785/21 Date of Commencement 30/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 30/12/2032 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 30/12/2033

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE :  
1) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2025  
2) 25% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029  
3) 50% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2033  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001269/10300523/1030031/102206/100679/100252/100266

  
Checked

\_\_\_\_\_  
Countersigned





# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

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

## POLICY SUMMARY

DATE: 23/11/22

### OFFICE INFORMATION

Proposal No.	2785/21	Proposal Date	
No.	103253917	Branch Code	
& No.	F-	Branch Name	

### ORGANIZATION

103001269	D.C	
	R.C	
	DV.C	
	C.C	

### POLICY RELATED INFORMATION

Date	27/01/22	Date of Commencement	30/12/21
of Birth	12.11.1980	Entry Age & Proof Code	42 07
Assured/Pension/Annuity (In Taka)	400,000/-		
In Word	Four LAC TAKA ONLY		
& Term	on	Mode of Payment	SI
Installment Premium (In Taka)	39600/-		
In Word			

### SUPPLEMENTARY COVER

	Code	Premium
DIAB/PDAB		
HB		

### EXTRALODGING

	Code	Premium
F/E or		1200
EM		

Installment Premium (In Taka):	40800/-
In word	
Option	
Premium Due Date	

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name	MD. ANIL HOSSAIN,
Proposer's Present Address	SIBI LATE: ASDWL SATT CLUB - CAECHU BARE, VIL: MOTI JAROA, P/O - DAMPARA, TITANAI KHULSHI, DISTRICT
Nominee's Name Age & Relation	AJSHA REHMAN - 41 (WIFE)
Guardian's Name Age & Relation	

### OTHERS INFORMATION

Medical	BY	Std/S.Std.	BY
Sex	01		07

### CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth		Age	
Proof		Sex	
No. of extra Policies			
MRS. 0788 988 3115.			

### PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

### PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
30/12/21	883931	40800

Suspense Amount	
Premium Rate %	101.00

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

ous Policy / Policies :

আর বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with O/E @  
45% (forty five) comtm  
summoned for 1st 04 (fe  
of the term.

~~528~~ 27/12/11

lical Adviser :

২৭/১২/১১





রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

০৬৩২৬৩৫-২০-৭৭ঃ ডাক নং-৪-১৬৩২৬৩৫ঃ ইটবিটশি

कम्पिउटिङ्ग/यहैन कम्पि

883931

টাকা প্রাপ্তির বসিদ্

PR ११००

5	1	1	8	8	8	8	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

তারিখ : ০০/০২/২৩

धनानाद महकाने अनान/अनावा

७

নিকট হতে .....	টাকা .....	পয়সা (কথায়) .....
<i>Ten thousand</i>	<i>Three</i>	<i>Five</i>

টাকা বসদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিসি নং .....

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হয়।

উক্ত টাকাঃ

২। প্রিন্সিপ্যালের দেয় তারিখ

ଅନୁକ୍ରମ

• वार्षिक/द्यानवारिक/त्रैमासिक/मासिक ।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিঃ 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 স্ট্যান্ডার্ড পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিভিডেন্ডে, অর্ডার নগদী করন স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)  
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

रूपानी जीवन-निद्राभद्र जीवन

কমতাপ্রাণি কর্মকর্তার  
স্বাক্ষর ও মীল





# 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

প্রস্তাবপত্র নং

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমাপত্র নং

৪০৮০০

২৭৮৮৮

২০৬২৫৪২৭-০

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
শ্রীমতী ১০৬০০২২৬১	এফ.এ	১০৬০০২২৬১	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 ঘুসামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : শ্রীমতী ১০৬০০২২৬১

(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : 37.

(গ) পিতা/স্বামীর নাম : ১০৬. আমলুন মাহমুদ ইংরেজীতে : 37.

(ঘ) মাতার নাম : আনোয়ারা হুসাইন ইংরেজীতে : 37.

(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : মহিলা - সিআইডি

(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম : মহিলা - সিআইডি

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ১০৬. আমলুন মাহমুদ (খ) যোগাযোগের ঠিকানা : ১০৬. আমলুন মাহমুদ

৩। জন্ম তারিখ : ১২/০৬/১৯৮০ বয়স : ৪২ জন্মস্থান : নিজস্ব জাতীয়তা : বাংলাদেশি

ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন? ৪২.০০০০

৪। (ক) বীমা অংক : ৪২.০০০০ ৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছা থাকিলে টিক চিহ্ন দিন : ৪২.০০০০

(খ) তালিকা নং : ০৬ মেয়াদ : ১২ বৎসর : ৪২.০০০০

(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ০৬ বার্ষিক ৪২.০০০০ ষান্মাসিক ৪২.০০০০ ত্রৈমাসিক ৪২.০০০০ এককালীন ৪২.০০০০

(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং টাকা : ৪২.০০০০

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? নিজস্ব (খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজস্ব

(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) ৪২.০০০০

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। ৪২.০০০০

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

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) ১০৬. আমলুন মাহমুদ বয়স : ৪২ সম্পর্ক : ৪২.০০০০

(২) ১০৬. আমলুন মাহমুদ বয়স : ৪২ সম্পর্ক : ৪২.০০০০

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : ৪২.০০০০ বয়স : ৪২.০০০০ সম্পর্ক : ৪২.০০০০

১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন। ৪২.০০০০

(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন। ৪২.০০০০

## পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
পিতা		২৬		৭০	২২/০৬/৮৬	২১/০৬/৮৬	২০২০
মাতা	০১	৬৬					
ভাই	০৬	৪৬.৪৪.৪০.					
বোন	০১	৪৬					
স্বামী/স্ত্রী	০১	৪২					
ছেলে	০৬	২০ ১৬, ১২					
মেয়ে	০১	২২					

৩০০০



**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>২২</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>২০১৬ সালে</u> (ঘ) <u>না</u>																				
১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(ক) <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, মুচুর্মা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্লুরেসী, 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 পুঁজের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<table border="1"> <tr> <th>হ্যাঁ</th> <th>না</th> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>হ্যাঁ</u></td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>	<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>
হ্যাঁ	না																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
<u>না</u>	<u>হ্যাঁ</u>																				
১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?..... (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ..... (গ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ..... (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন .....	(ক) <u>৬৫</u> কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৬"</u> মিঃ <u>২'৬"</u> সেঃ মিঃ (গ) <u>৩৬"</u> সেঃ মিঃ (ঙ) <u>না</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>মাঃ মোস্তফা হোসেন</u>	মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা
ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>৮ম শ্রেণি</u>	বয়স : <u>৪২</u> বছর
খ) আপনার মাসিক আয় কত? .....	ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
গ) আপনার আয়ের উৎস কি? .....	এ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?
ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? .....	ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন
ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? .....	ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি?
চ) আপনি কি বিবাহিতা? .....	ড) তাঁর মাসিক আয় কত?
ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? .....	ঢ) তাঁর পেশা কি?
জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? .....	ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি?
	ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা .....

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক
<u>কোম্পানী</u>	<u>১২৩৪৫৬৭৮</u>	<u>৯৮৭৬৫৪৩২১</u>

**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 স্বত্বকে 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 পৃথীত 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 স্বীকার রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষরী স্বাক্ষর : .....	স্থান : .....	পুরো নাম : .....
পদবী : .....	কোড : .....	জানা : .....
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : .....	স্থান : .....	পুরো নাম : .....
পুরো নাম : .....	স্থান : .....	পুরো নাম : .....

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান অবস্থান বা বিদেশে চাকরিতে 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 সরকার

NATIONAL ID CARD / জাতীয় পরিচয় পত্র



নাম: মোঃ আমির হোসেন

Name: Md Amir Hossen

পিতা: মোঃ আব্দুল সাব্বার

মাতা: আনোয়ারা বেগম

Date of Birth: 12 Mar 1980

ID NO: 19801594314324964

2021-12  
1980-03  
আ-০৩  
= ৩২

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তিগত জন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোল্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

স্বাক্ষর: বাসা/হোডিং: বাবুর্চাঙ্গী (বটালীহীল), গ্রাম/রক্ত: মতিজর্না, ডাকঘর: দামপাড়া  
- ৪০০০, খুলনা, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০১/১০/২০১৪



Md. Morshedul Alam  
Divisional Coordinator (Dev)  
Rumati Life Ins. Co. Ltd.  
Khairagarh Office, Chittagong





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

পাল্টা কার্ড / জাতীয় পরিচয় পত্র



নাম: আয়শা বেগম

Name: Ayesha Begum

স্বামী: মোঃ আমির হোসেন

মাতা: মফিয়া বেগম

Date of Birth: 14 Feb 1985

ID NO: 19851594314324965

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তির জন্য  
কোনও পাল্টা কার্ডে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাস/হোজিং: বাজুর বাড়ী, বাটালী হিল, গ্রাম/পাড়া: মতিবন্দী, ডাকঘর: নামগড়া  
- ৪০০০, খুলশী, ১৫গ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০১/১০/২০১৪



  
**Md. Morseddin Alam**  
Divisional Co-ordinator (Dev)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.  
Khatunganj Office, Chittagong





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

বাংলাদেশ রোড ট্রান্সপোর্ট অথরিটি  
সহকারী পরিচালক (ইঞ্জি) এর কার্যালয়  
ঢাকা মেট্রো সার্কেল-১, মিরপুর-১৩, ঢাকা-১২১৬

**প্রাণি স্বীকার রশিদ**



নবায়ন শাখা

১৭

ট্রাইভিৎ লাইসেন্স প্রদানের লক্ষ্যে  
তারিখ সকাল ৯.০০ ঘটিকায়  
আপুনের ছাপ ও ছবি উঠানোর নিমিত্তে আপনাকে  
স্ব-শরীরে হাজির হওয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

- ১। মার্ট কার্ড ট্রাইভিৎ লাইসেন্স বিতরণের তারিখ  
SMS এর মাধ্যমে জানিয়ে দেয়া হবে।
- ২। নির্ধারিত তারিখে ট্রাইভিৎ লাইসেন্স সংগ্রহ করার জন্য  
অনুরোধ করা হল।
- ৩। নির্ধারিত তারিখ হতে ৭ (সাত) দিনের মধ্যে সংগ্রহ  
না করলে ট্রাইভিৎ লাইসেন্স প্রাপ্তি বিলম্বিত হতে পারে।

ক্রমিক নং ৩৪৩ তারিখ ২৫.০২.২০২১ ট্রাইভিৎ লাইঃ নং DK0366948100006

রেফারেন্স নং DN-309244 প্রথম ইস্যুর তারিখ ২০.০৫.২০১৫ সালের প্রাণি HTR

নামঃ MB. AMIR. HOSSAIN ট্রাইভিৎ লাইসেন্স নবায়নের জন্য

অবেদনপত্রসহ প্রয়োজনীয় কাগজপত্র জমা রাখা হলো



২৪/২/২০২১  
লাইসেন্সিং কর্তৃপক্ষ  
বিআরটিএ, ঢাকা মেট্রো সার্কেল-১

**MD Morsedul Alam**  
Divisional Co-ordinator (Sec)  
Rural Life Ins. Co. Ltd.  
Khatungui Office, Chittagong





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

## ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্ট

- ১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম.....মোঃ হুমায়ুন কবীর.....  
(খ) পিতার নাম/স্বামীর নাম.....মোঃ আব্দুল হক.....  
(গ) পেশা.....স্বাধীন.....  
(ঘ) যোগাযোগের ঠিকানা.....১০০, ১০০.....  
(ক) সিকটতম জন্মদিনে বয়স.....৪২..... বৎসর  
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা  
(গ) বীমাকৃত টাকা.....৪০০,০০০.....  
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....০৬-১২.....  
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....হ্যাঁ.....  
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....না.....

### 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?	<input checked="" type="checkbox"/>	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	<input checked="" type="checkbox"/>
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	<input checked="" type="checkbox"/>	(ছ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও মাংসপেশীতে জখম।	<input checked="" type="checkbox"/>
(ক) মৃগী, অজ্ঞান, মানসিক বা স্নায়বিক বা ঘন ঘন মাথা ধরা।	<input checked="" type="checkbox"/>	(জ) ক্যান্সার, টিউমার, রক্ত বা চর্মের রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>
(খ) রক্ত বমন, পুরাতন কফ, ব্রংকাইটিস, যক্ষ্মা, নিউমোটিয়া প্রবেসী, শ্বাসযন্ত্রের কোন রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>	(ঝ) অন্য কোন প্রকার পীড়া বা রোগ?	<input checked="" type="checkbox"/>
(গ) এ্যাপেনডিসাইটিস, আলসার, পাকস্থলী ও অন্ত্রের কোন পীড়া বা ক্ষত।	<input checked="" type="checkbox"/>	৭। (ক) কোন প্রকার পীড়ার জন্য আপনি কি কখনও এম্বলারে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/>
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগণ্ডের কোন রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	<input checked="" type="checkbox"/>
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	<input checked="" type="checkbox"/>		

### পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান ধার্মিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৭০	হুদুদ	৭০	হৃদযন্ত্রের ব্যর্থতা	২০২০	৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অসুস্থ? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	১	৮৫	হুদুদ				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
ভাই	৩	৪৫, ৪৪, ৪০	হুদুদ				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
বোন	১	৪৬	হুদুদ				(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
স্বামী/স্ত্রী	১	৪০	হুদুদ				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
ছেলে	৬	২০, ১৬, ১২	হুদুদ				
মেয়ে	১	২	হুদুদ				



## 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 প্রস্তারিত 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 ২৬-১-২২  
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

আমি  
প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

### পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম আবদুল হক 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>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>৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?</p> <p>(খ) প্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?</p> <p>(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?</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>৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?</p> <p>(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রোরেসিসের 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 প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।</p> <p>৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?</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>৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল</p> <p>(ক) আপেক্ষিক ওজন <u>১৯.২</u> সগার <u>১৯.২</u> বমেন <u>১৯.২</u></p> <p>(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক? <u>হ্যাঁ</u></p> <p>(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত? <u>হ্যাঁ</u></p> <p>৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা <u>৫'২"</u> সে: মি: <u>১৬০</u> ই:</p> <p>(খ) ওজন <u>৫৬</u> কিলো/পাউন্ড</p> <p>(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া <u>৩৫</u> সে: মি: <u>৫৫</u> ই:</p> <p>শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩৫</u> সে: মি: <u>৫৫</u> ই:</p> <p>(ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ <u>৫৫</u> সে: মি: <u>৫৫</u> ই:</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? <u>হ্যাঁ</u></p> <p>বিশদ বিবরণের স্থান</p> <p>স্থান <u>চট্টগ্রাম</u> তারিখ <u>২৬-১-২২</u></p> <p>থুরো নাম <u>.....</u></p> <p>ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>.....</u></p> <p>ডিগ্রী <u>MBBS, BCS, PGT, FRSH</u></p> <p>ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২/১১৪৩৭</u></p> <p>কোড নং <u>.....</u></p> <p>বর্তমান ঠিকানা <u>DR. M. A. KAMAL</u> <u>MBBS, BCS, PGT, FRSH</u> <u>282, Commerce College Road,</u> <u>Agrabad, Chittagong.</u> <u>Mobile: 01673-720550</u></p>
--	---





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. AMIR HOSSAIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-42 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 240

E.S.R. 06 mm fall in 1st hour.

HB. 14.2 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 7,500 per.cu.mm.

Red blood cell 4.9 per.cu.mm.

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

Cir. Eosinophil Count per.cu.mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	52%	40	-	75%
Lymphocyte	38%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	04%	1	-	6%
Basophil	00%	0	-	<1%

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M.P. (Thick & Thin Film)

PFT :

## NORMAL VALUES

### HAEMOGLOBIN

Men = 13.0-18.0 gm / dl.

Women = 11.5-16.5 gm / dl.

Infant (full - term) = 13.5-19.5 gm / dl.

Infant, 1yr. = 11.0-13.0 gm / dl.

Children 3-6 yrs. = 12.0-14.0 gm / dl.

Children 10-12 yrs. = 11.5-14.5 gm / dl.

### E.S.R.

05 - 15 mm in 1st hour.

RBC - 4.5 - 5.5 per.cu.mm.

### Total Count (W. B. C.)

Adult = 4.5 - 10.0 thousands / cu.mm.

infant, (full-term) = 10 - 26 thousands / cu.mm.

infant, 1 yr = 6 - 18 thousands / cu. mm.

Children, 4 - 7 yrs = 5 - 15 thousands / cu.mm.

Children, 8 - 12 yrs. = 4.5 - 13.5 thousands / cu.

Total Platelet Count = 1,50,000 - 4,00,000 / cu. mm.

Total Cir. Eosinophil Count = 40 - 400 / cu. mm.

### Reticulocyte count :

Adult & Children = 0.2 - 2%

Infant = 2 - 6%

P.C.V. : Men = 40 - 50% Women = 30 - 48%

B.T. = 0 - 5 minutes, C.T. = 2 - 6 minutes

HEMATOLOGICAL REPORT

COMMENTS (IF ANY):

Carf

Attested



CHECKED BY

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

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

CONSULTANT





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. AMIR HOSSAIN

SEX ☒ M ☐ F AGE-42 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 240

## 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 : 1-2/hpf  
RBC : Nil  
EPITHELIAL CELLS : 1-3/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

**CRYSTALS** Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMOR PHOS PATES :

**CASTS** Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY):

Amir



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



তারিখ :-     /     /     ইং

বরাবর

ব্যবস্থাপনা 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 ৪০০০০০ (চার লক্ষ টাকা) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক। আমি ৫০০০০০ করি এবং উক্ত ৩০% হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ২০.০০০ টাকা, ব্যয় হয় ৫০০০০ 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 বিহীন বিধান আপনার যেন আজ্ঞা হয়।

নিবেদক/নিবেদিকা

৩০/১০/২০২১



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

## বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ১০৬২৫৪৯১৭-৩
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মোঃ আমির হোসেন তারিখ ২২
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ২৭২৭ ডাকঘর ৫৩৬২৭ থানা ৩৬২৭
- জেলা চাঁদপুর যোগাযোগের ঠিকানা : ৫০ বেনারী বাড়ি

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন?	২২ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৩/৬ দিন আগে
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও 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?	মিস্ত্রী/জি.জি.জি.
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?	জি.জি.জি.
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত?	১০০০০/১০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	পেন্সন
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাট্রে 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 মোঃ আমির হোসেন ➤ পুরো নাম .....
- পদবী D.V.E. কোড নং ..... ➤ পদবী ..... কোড নং .....
- স্থান ২৭২৭ ২৭২৭ ➤ অফিসের নাম .....
- ৫৩৬২৭ ➤ ঠিকানা .....