

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-Deed)

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

Entry Date 13/12/2021 12:00:00A Mobile No: 01792882084 Medical: Medical submitted

Policy No 103253906-5 Age at Entry 22 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 PADMA BALA TRIPURA

Proposer's Address D/O KASAM TRIPURA  
HOUSE SHAH JAHAN BUILDING, 3TH  
FLOOR-12, VILL: CHOWMUNHONI  
PO: EPZ, CHATTGRAM-64100  
DIST: CHATTGRAM 01792882084

Extra Loading: Tk. 170 Include CL-Ten 30% For 4 Year and Pregnancy Clause Attach to this Policy

Sum Assured 340,000 THREE LAKH FORTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment: QUTE Policy Option C Basic Premium: 8,891.00 Suspense 0.00

Total Premium By 25/11/21 25/11/2021  
9,061.00 NINE THOUSAND SIXTY ONE 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 CHANDILATA TRIPURA, MOTHER, 40 YRS

Guardian's Name GUARDIAN

Child's Name .. Yrs.

Date of FPR 13/12/2021 FPR No: ECB-E-1770/21 Risk Date 26/12/2021

Date of Proposal 25/11/2021 Proposal No: ECB-E-1770/21 Date of Commencement 25/11/2021

Premium due date ON THE DATE OF 25 NOVEMBER, FEBRUARY, MAY AND AUGUST IN EVERY YEAR

Last premium due date 25/08/2033 Next Due Date 25/02/2022 Date Of Maturity 25/11/2033

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES, THE FOLLOWING BENEFITS SHALL BE PAYABLE:  
1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2024  
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2027  
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2030  
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/11/2033  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.


Organization Set-up: 103000568/10300286/1030344/102762/102184/101217/100899

  
Checked

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

  
Countersigned

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

  
Managing Director



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Print dt: 26/12/2021

Ekok Bima

Include CL Lien 30% For 4 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমা পত্র নং	প্রস্তুতপত্র নং	বীমা শুরুর তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103253906-5	ECB-E-1770/21	25/11/2021	26/12/2021	01-12	Qly	876144	9061
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 22	<b>PADMA BALA TRIPURA</b> <b>D/O: KASAM TRIPURA</b> <b>HOUSE: SHAH JAHAN BUILDING , 5TH</b> <b>FLOOR-02, VILL: NEWMORING</b> <b>P.O.: E.P.Z. THANA: BANDAR</b> <b>DIST: CHATTOGRAM 01792882084</b>			 শাখা <b>EPZ Agency</b> <b>Office (ECB4315)</b> ইস্যুর তারিখ <b>ECB-E-17</b> <b>70/21</b> <b>13/12/2021</b>		25/11/2021	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
340000	8891	0	170	9061	0	NILL.	9061
সাংগঠনিক কোড নং : 103000568/10300286/1030344/102762/102184/101217/100899						পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ	
						25/02/2022	

পরিচালকের স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

Include Pregnancy Clause

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-FPR )

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

Entry Date 13/12/2021 12:00:00AT Mobile No: 01792882084 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103253906-5** Age at Entry 22 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 PADMA BALA TRIPURA

Proposer's Address D/O:KASAM TRIPURA  
HOUSE-SHAH JAHAN BUILDING, 5TH  
FLOOR-02, VILL: NEWMORING  
P.O.E.P.Z. THANA:BANDAR  
DIST:CHATTOGRAM 01792882084

Extra Loading:

Tk. 170

Include CL Lien 30% For 4  
Year to this Policy.

Sum Assured 340,000 THREE LAKH FORTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment QUTE Policy Option C Basic Premium: 8,891.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 876144 25/11/2021,  
9,061.00 NINE THOUSAND SIXTY ONE 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.

**CHANDILATA**

Nominee's Name **CHANDRALATA TRIPURA, MOTHER, 40 YRS**

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 13/12/2021 FPR No: ECB-E-1770/21 Risk Date: 13/12/2021

Date of Proposal 25/11/2021 Proposal No: ECB-E-1770/21 Date of Commencement 25/11/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 25 NOVEMBER, FEBRUARY, MAY AND AUGUST IN EVERY YEAR

Last premium due date 25/08/2033 Next Due Date: 25/02/2022 Date Of Maturity 25/11/2033

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

- 1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2024
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2027
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2030
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/11/2033

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

Organization Set-up: 103000568/10300286/1030344/102762/102184/101217/100899

**2136**  
Checked

Countersigned



**RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.**

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

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

## POLICY SUMMARY

DATE: 19.12.2

## OFFICE INFORMATION

sal No.	1770121	Proposal Date	
No.	103253906	Branch Code	
2. No.	F50112	Branch Name	

## ORGANIZATION

10/05/2018	D.C	
	R.C	
	D.V.C	
	C.C	

## POLICY RELATED INFORMATION

Date 26.12.21 Date of Commencement                       
 of Birth 15.06.1999 Sex M Age & Proof Code 22 OF

Assured/Pension/Annuity (In Taka) ২,৫০,০০০/-

In Word THIRTY TWO  
TAKADA 1

Condition & Term	12	Mode of Payment	21/2
------------------	----	-----------------	------

Installment Premium (In Taka)	৳৪৪০১
-------------------------------	-------

In Word

## SUPPLEMENTARY COVER

	Code	Premium
DIAB/PDAB		
HB		

## EXTRALOADING

	Code	Premium
F/E or O/E		170
EM		

Installment Premium (In Taka): ৯০৬৮.

In word

Option Premium Due Date 

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name PADMA BALATRIPU

Proposer's Present Address: 101, SHAJAHAN BUILDING, CHENNAI 600 029, INDIA

Nominee's Name	CHANDI LATA TRIPURA
Age & Relation	

Guardian's Name	
Age & Relation	

### OTHERS INFORMATION

Medical  Std/S.Std. 

Sex

## CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth  Age

Proof	Sex
-------	-----

No. of extra Policies 

MB-07792882084.

### PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

### PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
25.11.21	876144	90

Suspense Amount 100

Premium Rate %	104.60
----------------	--------

Prepared by Milo

Verified by

# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

us Policy / Policies :

ার বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with F/E (a  
50% constant Lien of  
for 1st 04 (four) year  
81st pregnancy cla

Md. Abul Kalam  
Senior Vice President  
Incharge (Underwriting)  
Rupam Life Insurance Co. Ltd.

ical Adviser :

*[Handwritten signature]*





কম্পিউটার/হাইউজ কপি

876144

PR नं० ७७

0	1	7	9	2	8	8	2	0	8	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

তারিখ : ২৫/১১/২০২৪

10/12/1964

৭৯

[illegible]

টাকা

अग्रजा (कथाग्र)

216012 (K)

1812

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা : ১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

ਅਕਤੀ

वार्षिक/त्रैमासिक/द्विमासिक/ग्रामिक।

লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপেক্ষে এই টাকা আমানত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমাদানকারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে মধ্যাপ্ত যুক্ত পাকা রশিদ ইম্মা করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে অর্ডার নগদী করণ স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গণীত হইবে।

टीका ग्रहणकर्तृना याचक्र (जीणमह)

(কোষাধ্যায়)

आजायकारी अखिअमद झीन

रूपानी जीवन-विज्ञान जीवन

কর্মতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার  
স্বাক্ষর ও মূদ্রা







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) ..... (খ) ২/২ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) না
১২।	(ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?	(ক) ..... (খ) ..... (গ) ..... (ঘ) .....
১৩।	(ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বৎসরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।	(ক) ..... (খ) .....
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 কশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্লীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়েবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>হ্যাঁ না</p> <p>বলুন</p> <p>না</p> <p>না</p> <p>না</p> <p>না</p> <p>না</p> <p>না</p> <p>না</p> <p>না</p> <p>না</p> </div> </div>
১৫।	(ক) আপনার বর্তমান ওজন কত?.....৫০..... কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? ....৬'.... ফু/মিঃ ...৪'.... ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ....২৮.... ইঃ ..... সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ....২৬.... ইঃ ..... সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? ....৩৬.... ইঃ ..... সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন ১৯৭৫-৭৬ সালে কিছু তারিখ তিন	

## 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 : সাদ্ধাবানা সিধুঠা মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? ১০২.৫৫% বয়স : ২২

খ) আপনার মাসিক আয় কত? ১০২.৫৫% বা) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?

গ) আপনার আয়ের উৎস কি? ১০২.৫৫% ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?

ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? ১০২.৫৫% ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন

ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? ১০২.৫৫% ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি?

চ) আপনি কি বিবাহিতা? ১০২.৫৫% ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ১০২.৫৫%

ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? ১০২.৫৫% ঢ) তাঁর পেশা কি? ১০২.৫৫%

জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? ১০২.৫৫% গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? ১০২.৫৫%

ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা ১০২.৫৫%

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

## যোযনা

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

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

—প্রদত্ত টাকা  
প্রদত্ত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর  
তারিখঃ.....

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

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

### ରୂପାଳୀ ଜୀବନ-ନିରାପଦ ଜୀବନ





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
Government of the People's Republic of Bangladesh  
Temporary National ID Card / সাময়িক জাতীয় পরিচয় পত্র



পদ্ম বাল

নাম: পদ্ম বাল ত্রিপুরা  
Name: Padma Bala Tripura

পিতা: কসম ত্রিপুরা

মাতা: চান্দিলতা ত্রিপুরা

Date of Birth: 15 Jun 1999

ID NO: 2855878001

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি হল  
কোথাও পাতা পোনে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: গ্রাম/বাংলা: ব্রজেন্দ্র কাঁকরা পাড়া, ডাকঘর: মাটিরাঙ্গা - ৪৪৫০,  
মাটিরাঙ্গা, খাগড়াছড়ি

মাস ০১

প্রদানের তারিখ: ১৮/০৮/২০১৮

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ: ১৮/০৮/২০২০



মোঃ ইমামুল হোসেন  
জিলাসহকারী সচিব (জি)  
কোড নং- ১০০৮৯৯  
খাগড়াছড়ি ইলেক্ট্রনিক্স সেন্টার

2021-11  
1999-06  
22-05

# কর্মী পরিচিতি ফর্ম (KYC Profile Form)

(অতিরিক্ত তথ্যের জন্য পৃষ্ঠা ২-তে দেখুন) (পৃষ্ঠা ১)

১. কর্মীর নাম (পূর্ণ নাম)  
২. কর্মীর পদবী

৩. কর্মীর ছবি

৪. কর্মীর জন্ম তারিখ: ০৫/০২/৮০

৫. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা

৬. কর্মীর নাম: **সুদানু হিরুয়া**  
৭. কর্মীর পদবী: **কম্পিউটার হিরুয়া**  
৮. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা: **চান্দিনী হিরুয়া**  
৯. কর্মীর জাতীয়তা: **বাংলাদেশী**  
১০. কর্মীর মোবাইল নম্বর: **০১৭২৮৮২০৮৪**  
১১. কর্মীর ইমেইল: **০১৭২৮৮২০৮৪**

১২. কর্মীর পরিচয়পত্র

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং: **১০১০১০১০১০** ☒ হ্যাঁ ☐ না  
খ) পাসপোর্ট নং: **১০১০১০১০১০** ☒ হ্যাঁ ☐ না  
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং: **১০১০১০১০১০** ☒ হ্যাঁ ☐ না  
ঘ) ড-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে): **১০১০১০১০১০** ☒ হ্যাঁ ☐ না  
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং: **১০১০১০১০১০** ☒ হ্যাঁ ☐ না  
চ) অন্যান্য (নিম্নলিখিতের উল্লেখ করতে হবে): **১০১০১০১০১০** ☒ হ্যাঁ ☐ না

১৩. কর্মীর পদবী: **কম্পিউটার হিরুয়া**  
১৪. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা: **চান্দিনী হিরুয়া**  
১৫. কর্মীর জাতীয়তা: **বাংলাদেশী**  
১৬. কর্মীর মোবাইল নম্বর: **০১৭২৮৮২০৮৪**  
১৭. কর্মীর ইমেইল: **০১৭২৮৮২০৮৪**

১৮. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা

১৯. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা

২০. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা

২১. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা

২২. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা

২৩. কর্মীর বর্তমান ঠিকানা



১. প্রাথমিক তথ্য (নাম/বছর/ইউএসএ)

২. গ্রাহকের আয়ের উৎস

৩. আয়ের উৎস বাতায়নের পত্রিতা

৪. প্রিভিলেজ প্রদান পত্রিতা: মানসিক ☐ চৈতন্যবোধ ☐ স্বাভাবিক ☐ ব্যক্তিগত ☒ অফিসিয়াল ☐

৫. প্রিভিলেজের পরিমাণ:

৬. প্রিভিলেজ পরিশোধের ব্যয়:

(ক) ব্যয় (তথ্যাদেশ)

(খ) নগদ

৭. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য:

মনোনীত ব্যক্তির নাম:	চাক্ষুণ্য শ্রীমতী	সম্পর্ক:	মা
পিতার নাম:			
মাতার নাম:			
পরিবারের নাম:		জন্ম তারিখ:	২৫/০৬/৮৮
পেশা:			
বর্তমান ঠিকানা:			
স্থায়ী ঠিকানা:			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ):			
টেলিফোন (বাসা):		টেলিফোন (অফিস):	
মোবাইল:	০১৭২৬৬২০৬৮	ফ্যাক্স:	
ই-মেইল:			

বীমা গ্রাহক কর্তৃক  
সত্যায়িত মনোনীত  
ব্যক্তির ছবি

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

৮. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ: ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মতব্য অংশে বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মতব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতে হবে। ব্যক্তিগত প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের প্রকৃতি, ব্যবসায়ের প্রকার, হিসাবের প্রকৃতি সুবিধাজনক ইত্যাদি অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীবদ্ধ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুসরণ করে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতে বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিম্নমিত তদারকি করতে হবে।]

৯. মতব্য:

--

পঞ্জি সাংস্থি কর্মকর্তা/বিশেষণা  
(সিল ও তারিখ)  
Md. Shah Nazul Alam  
Deputy Managing Director (Ops)  
Rupati Life Ins. Co. Ltd.



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর  
(সিল ও তারিখ)



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

## বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ২০৩২৫৩০৬-৫ তারিখ ১০/১২/২১
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মদুবলী শেরা বয়স ২২
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম হাজরা বড়ো, পোস্তাঘর হাট হাজরা থানা মাইল, রাঙ্গা
- জেলা হাজরা, হাঙ্গামাড়া। যোগাযোগের ঠিকানা : ০১২৩৪৫৬৭৮৯

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	দীর্ঘ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	১০/১২/২১
০৩।	আপনি কি কখনও তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন ? যদি জেনে/শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন ? যদি অবগত থাকেন তাহলে তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
০৪।	আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও 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 ?	চাকুরী
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 ?	২৫০.০০০
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৫০.০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	অন্য
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 .....
- পুরো নাম .....
- পদবী ..... কোড নং .....
- স্থান .....
- .....

- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর .....
- পুরো নাম .....
- পদবী ..... কোড নং .....
- অফিসের নাম .....
- ঠিকানা .....

Mr. Shah Nazul Alam  
Deputy Managing Director (Dev)  
Rupali Life Ins. Co. Ltd.



জনাব,

রূপালী জীবন বীমা 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 ফনামধনা কোম্পানিতে

একটি ৩৪০,০০০ ( তিন লক্ষ চল্লিশ হাজার) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক

আমি স্বাক্ষর করি এবং উক্ত স্বাক্ষর হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ১৫০,০০০

টাকা, ব্যয় হয় ৫০,০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন

অসুবিধা হবে না।

অতএব মহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে বীমাটি করতে পারি  
তাহার বিহীত বিধান আপনার যেন আজ্ঞা হয়।

হুম্মান ফারুক

নিবেদক/নিবেদিকা

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

**रूपाली लाइफ इन्सिअरेंस कम्पनी लिमिटेड**  
**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.....  
 ৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....  
 ৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

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

## পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত		
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	
বাবা	১	৪৫	৬৫			
মা	১	৪০	৫			
ভাই	৬	২০, ২৬, ২৬	৫			
বোন	১	২৪	৫			
স্বামী/স্ত্রী						
ছেলে						
মেয়ে						

৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :	
(ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?	১১
(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?	২৫
(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন।	১৮
(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।	১৮
(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :	২৮ ১১ ২০



## ঘোষণা

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এদ্বারা ঘোষণা করিতেছি যে, প্রত্যেক প্রশ্নের প্রদত্ত উত্তর আমি জ্ঞানতঃ সত্য বলে বিশ্বাস করি। বর্তমানে আমি সম্পূর্ণ সুস্থ আছি এবং উল্লেখিত বিবৃতিতে কোন সত্য গোপন করি নাই। আমি এই ঘোষণার মাধ্যমে উল্লেখিত সমুদয় বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য আমার সাথে কোম্পানীর প্রস্তাবিত জীবন বীমার চুক্তি হিসাবে মানিয়া লইলাম। আমি আরও ঘোষণা করিতেছি, উপরোক্ত বিবৃতি ও জীবন বীমার আবেদনপত্রের কোন অসত্য বিবরণ থাকিলে প্রস্তাবিত বীমাচুক্তি বাতিল বলে গণ্য হবে ও প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানী কর্তৃক বাজেয়াপ্ত হইবে। অত্র ঘোষণার মাধ্যমে প্রত্যেক হাসপাতাল চিকিৎসক সার্জন বা অন্য কোন ওয়াকিবহাল ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান যাহারা আমার সম্বন্ধে জ্ঞাত আছেন তাহাদের প্রত্যেককে আমার সম্বন্ধে কোন শারীরিক ও মানসিক পীড়ার তথ্য জানা থাকিলে তাহা কোম্পানীকে অবগত করার অনুমতি দিলাম।

আমি ঘোষণা করিতেছি, উপরোল্লিখিত প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান ..... তারিখ 28.12.20

বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন। (বীমাগ্রাহক ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

### পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম ..... পরিচিতি প্রাদনকারী .....

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন .....

### (হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	না	৮। প্রশ্নাবলী পরীক্ষা ফল	হ্যাঁ
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন ১০২	হ্যাঁ
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রশ্নাবলী সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রশ্নাবলী আপনার নিজস্ব তত্ত্ববশত গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'৪"	হ্যাঁ
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ৫০	হ্যাঁ
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৬৬"	হ্যাঁ
(খ) গ্রীবা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ৬০"	হ্যাঁ
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ২০"	হ্যাঁ
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রশ্বাস ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	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?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	হ্যাঁ
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান ..... তারিখ 28.12.20	হ্যাঁ
৫। (ক) নাকের গতি কত? ধরণ কেমন?	৭২, ১০০/১০০	পুরো নাম .....	হ্যাঁ
(খ) ধমনীতে কোন ইসকোরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল .....	হ্যাঁ
(গ) রক্তচাপ ১ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১০০/৬০	ডিগ্রী ..... ১৭৪২, ১১৭০৭	হ্যাঁ
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং .....	হ্যাঁ
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	কোড নং .....	হ্যাঁ
৬। গনোরিয়া, সিলিটিস, যৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না	বর্তমান ঠিকানা .....	হ্যাঁ
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	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	হ্যাঁ





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : PODDU BALA TRIPURA

SEX ☒ M ☐ F AGE-22 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 51

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

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

**CRYSTALS** Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMORPHOS PATES :

**CASTS** Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :

- R.L.I

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