

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-Deed )

Business Month: **December, 2021** Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 27/01/2022 12:00:00AI Mobile No: 01861633778 Medical: Medical submitted.  
PolicyNo **103254853-7** Age at Entry 32 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 SALMA BEGUM  
Proposer's Address W/O:GOLAP HOSSEN  
VILL:DOUL KHAR  
P.O.DOALKHAR THANA:NANGALKOT  
DIST:CUMILLA 01861633778  
Extra Loding: Tk. 1600 Include CL Lien 35% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 800,000 EIGHT LAC TAKA ONLY  
Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 63,040.00 Suspense: 0.00  
Total Premium By PR- 883472 30/12/2021,  
64,640.00 SIXTY FOUR THOUSAND SIX HUNDRED FORTY 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 TASMINA AKTER RAKHI, DAUGHTER, 10 YRS

Prv. Policyno 1:

Prv. Policyno 2:

Guardian's Name GUARDIAN: GOLAP HOSSEN, FATHER, 37 YRS.

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 27/01/2022 FPR No: ECB-E-2721/21 RiskDate : 27/01/2022

Date of Proposal 30/12/2021 Proposal No: ECB-E-2721/21 Date of Commencement 27/01/2022


Premium due date: ON THE DATE OF 27 JANUARY IN EVERY YEAR

30-12-21


Last premium due date 30/12/2036 Next Due Date: 30/12/2022 Date Of Maturity 27/01/2038

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 27/01/2026  
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 27/01/2030  
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 27/01/2034  
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 27/01/2038  
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001240/10300509/1030394/102971/102970/102969/102968

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

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

  
Managing Director



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০১০

Print dt: 30/01/2022

Ekok Bima

ফাইল কপি

Include CL Lien 35% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর./বি. এম নং	গৃহীত টাকা
103254853-7	ECB-E-2721/21	27/01/2022	27/01/2022	01-16	Yly	883472	64640
বীমাপ্রার্থকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রার্থকের বয়স : 32	<b>SALMA BEGUM</b> W/O: GOLAP HOSSEN VILL: DOUL KHAR P.O.: DOALKHAR THANA: NANGALKOT DIST: CUMILLA 01861633778			 শাখা এফ পি আর নং ইস্যুর তারিখ		Chomohoni Service Cell (ECB4312) ECB-E-27 21/21 27/01/2022	30/12/2021 0 0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
800000	63040	0	1600	64640	0	NILL.	64640
সংগঠনিক কোড নং : 103001240/10300509/1030394/102971/102970/102969/102968							30/12/2022

পরিচালকের স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra. 2 Per

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা



# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-FPR)

Business Month: December, 2021

Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni

Entry Date 15/01/2022 12:00:00A2

Mobile No: 01861633778

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo 103254853-7

Age at Entry

32 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

SALMA BEGUM

Proposer's Address

W/O: GOLAP HOSSEN  
VILL: DOUL KHAR  
P.O. DOALKHAR THANA: NANGALKOT  
DIST: CUMILLA 01861633778

Extra Loading:

Tk. 1600

Include CL Lien 35% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured

800,000

EIGHT LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR

Policy Option

C

Basic Premium:

63,040.00

Suspense:

0.00

Total Premium

By PR- 883472

30/12/2021,

64,640.00

SIXTY FOUR THOUSAND SIX HUNDRED FORTY 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

TASMIN AKTER RAKHI, DAUGHTER, 10 YRS

Guardian's Name

GUARDIAN: GOLAP HOSSEN, FATHER, 37 YRS.

Child's Name

,, Yrs.

Date of FPR:

15/01/2022

FPR No:

ECB-E-2721/21

Risk Date:

26/01/2022

Date of Proposal

30/12/2021

Proposal No:

ECB-E-2721/21

Date of Commencement

30/12/2021

Premium due date:

ON THE DATE OF 30 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date

30/12/2036

Next Due Date:

30/12/2022

Date Of Maturity

30/12/2037

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 30/12/2025
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2029
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 30/12/2033
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 30/12/2037

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

Organization Set-up:

103001240/10300509/1030394/102971/102970/102969/102968

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 :

### OFFICE INFORMATION

Proposal No. 2721/21 Proposal Date                       
Policy No. 103254853-7 Branch Code                       
R. No.                      Branch Name                     

### ORGANIZATION

10300 1280 D.C.                       
                     R.C.                       
                     D.V.C.                       
                     C.C.                     

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 27.01.22 Date of Commencement 30.12.21  
Date of Birth 01.08.1989 Entry Age & Proof Code                      32  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 800,000  
In Word                       
& Term 01 16 Mode of Payment W/y  
Installment Premium (In Taka) 63040/-  
In Word                     

### SUPPLEMENTARY COVER

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

### EXTRALODGING

☒ F/E or O/E                      Code                      Premium 1600/-  
☐ EM                                                                 
Installment Premium (In Taka): 69640/-  
In word                       
Option                                            
Premium Due Date                     

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name Salma Begum  
Proposer's Present Address W/o - Golap Hossain  
Vill - Doul Khar  
p/o - Doul Khar  
p/s - Nangal Coat Dis: cu  
Nominee's Name Tasmin Akter Rakhi - 10 yrs  
Age & Relation                       
Guardian's Name Golap Hossain - 37 yrs - F  
Age & Relation                     

### OTHERS INFORMATION

Medical                      Std/S.Std.                       
Sex                                          

### CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth                      Age                       
Proof                      Sex                       
No. of extra Policies                     

### PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

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

### PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Prem
<u>30.12.21</u>	<u>883472</u>	<u>63040</u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>
<u>                    </u>	<u>                    </u>	<u>                    </u>

Suspense Amount                       
Premium Rate % 80.80

Prepared by

Verified by



# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

অস্বাস্থ্য নথি সহ  
SFR ইন্স ২০১০২,

Accepted with H/E  
and 35% (thirty &  
lien of sum insured for  
years of the term.

~~SFR~~

২৭/১০

Medical Adviser :

২০/১১  
✓



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ রূপালী লাইফ টাওয়ার ৫০, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০।  
পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

কম্পিউটার/ফাইল কপি

883472

## টাকা প্রাপ্তির রসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

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

PR নং :

তারিখ : ৩০/১১/১০২৩

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে - ২৪৩৪০ টাকা

চাফাফ (০১৫)

এর

পয়সা (কথায়) (০১৫২৪৩৪০)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

২৪৩৪০ টাকা

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

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

২। প্রিমিয়ামের দেয়া তারিখ

২৪৩৪০

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি : বার্ষিক/ষান্মাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী 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 টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)  
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

ক্ষমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার  
স্বাক্ষর ও সীল





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

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

বীমা পত্র নং

2922/22

2062286-06-0

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
২০৬০২২৪০	এফ,এ			ডি,সি	
	ইউ,এম			আর,সি	
	বি,এম			ডি,ডি,সি	
	বি,সি			সি,সি	

প্রত্যেক প্রশ্নের উত্তর প্রস্তাবকের নিজ হস্তাক্ষরে বা তার নির্দেশানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা, কাটাকাটি ও ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

১। (ক) প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের পূর্ণ নাম (বাংলায়) : সালমা বেগম SALMA BEGUM.  
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :  
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোহাম্মদ হোসেন ইংরেজীতে :  
(ঘ) মাতার নাম : মোহাম্মদ বেগম ইংরেজীতে :  
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : হুসিফ ডান  
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা : ১৯৯ - মিলিটারি, ১৯৯ - মিলিটারি, ১৯৯ - মিলিটারি (কার্টা)  
১৯৯ - মিলিটারি, ১৯৯ - মিলিটারি, ১৯৯ - মিলিটারি  
 মোবাইল নং : ০১৮৬১৬৩৩৭২৮

৩। জন্ম তারিখ ০১/০৬/১৯৮৮ বয়স ৩২ জনা স্থান কুমিল্লা জাতীয়তা বা. ম. প. ১৯৮৮/৮৯

ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন? ০১/৬/৮৮ তারিখ

৬। জন্ম তারিখ ০১/০৬/১৯৮৮ বয়স ৩২ জনা স্থান কুমিল্লা জাতীয়তা বা. ম. প. ১৯৮৮/৮৯

ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন? ০১/৬/৮৮ তারিখ

৪। (ক) বীমা অংক ৫০০.০০০/-  
(খ) তালিকা নং ০২ মেয়াদ ২৬ বৎসর  
(গ) কিস্তির পদ্ধতি ☒ বার্ষিক ☐ মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন  
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং ৬০৬.০০০/- আয়ের উৎস কি? ২০৬৬

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? স্বাস্থ্য, জীবন, সম্পদ  
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? বীমাগ্রহীতা  
(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।	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাধীনে গৃহীত হয়েছে?	যুক্তির তারিখ দিন
--	---------------------	----------------------------	-------------------

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শতাংশে গৃহাভ্যন্তরীণ

স্বাক্ষরিতঃ ২০... সমস্তকঃ ...

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মোহাম্মদ আবদুল হাকিম বয়স ১৫ বছর সম্পর্ক পিতা  
(২) মোহাম্মদ আবদুল হাকিম বয়স ১৫ বছর সম্পর্ক পিতা

(২) মোল্লার (মল্লার) বয়স ৬৭ সম্পর্ক

(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম

<p>১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।</p> <p>(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>খ্যা <input type="checkbox"/> ১৫</p> <p><input type="checkbox"/> ১৬</p>	<p>(ক) আপনার কোন প্রকারে বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/দৌ অথবা বিমল সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?</p> <p>(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত ঝুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।</p>
---	--	--

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্বাধীনতা	মৃত্যু
পিতা		৬২	স্বাস্থ্য				
মাতা		৫৬	স্বাস্থ্য				
ভাই	৬	৬৬, ৬০, ২৬	স্বাস্থ্য				
বোন	৪	৩৪, ২৬, ২৪, ২২	স্বাস্থ্য				
বাসী/স্বামী	৩	৬৭	স্বাস্থ্য				
ছেলে	২	২	স্বাস্থ্য				
মেয়ে	২	২৬, ২০	স্বাস্থ্য				



## ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

<p>১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?                  (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড?                  (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।</p>	<p>(ক) ২৮                  (খ) ৩৫ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে                  (গ) ৩৫</p>																								
<p>১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন।                  (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি?                  (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন?                  (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?</p>	<p>(ক) ৩১                  (খ) ৩৫                  (গ) ৩৫                  (ঘ) ৩৫</p>																								
<p>১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন।                  (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকালে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) ৩১                  (খ) ৩৫</p>																								
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।                  (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া।                  (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরেণী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন গীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ।                  (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা গীড়া।                  (ঘ) গ্রীহা বা যকৃতের কোন রোগ।                  (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়াবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি।                  (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ।                  (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যাপার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ।                  (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা গীড়া।                  (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td>বলুন</td> <td></td> </tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন		৫		৫		৫		৫		৫		৫		৫		৫		৫		৫	
হ্যাঁ	না																								
বলুন																									
৫																									
৫																									
৫																									
৫																									
৫																									
৫																									
৫																									
৫																									
৫																									
৫																									
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ২২০ কেজি/পাউন্ড? (খ) আপনার উচ্চতা কত? ৫' ৮" ফু/মিঃ ৫' ৮" ইঃ/সেঃ মিঃ                  (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ৬৬" ইঃ ..... সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ৬৪" ইঃ ..... সেঃ মিঃ                  (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ৬২" ইঃ ..... সেঃ মিঃ                  (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন ৫৫</p>	<p>২২০ ৫' ৮" ৬৬" ৬৪" ৬২" ৫৫</p>																								

## ২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

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

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।

সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।

<p>নাম : <u>হাসিনা বেগম</u>                  ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? <u>৫৫ (মুন্সী)</u>                  খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>২৫০০০০০০</u>                  গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>৩৫০০০০০০</u>                  ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? <u>৫৫</u>                  ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? <u>৫৫</u>                  চ) আপনি কি বিবাহিতা? <u>৫৫</u>                  ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? <u>৩৫০০০০</u>                  জ) আপনি কি এখন সন্তান সন্তবা? <u>৫৫</u></p>	<p>মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা                  বয়স : <u>৬২</u>                  বা) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? <u>৫/১০/২০</u>                  ঙ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? <u>২৫</u>                  ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন <u>৫৫</u>                  ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? <u>হাসিনা বেগম (২৫/১১/২০)</u>                  ড) তাঁর মাসিক আয় কত? <u>৫০,০০০০</u>                  ঢ) তাঁর পেশা কি? <u>৫৫</u>                  গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? <u>৫৫</u>                  ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা</p>
---	--

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম

বীমাপত্র নং

বীমা অংক

### ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সমস্ত কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক ধার্যকৃত প্রিমিয়ামের হারে পূর্তি হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো।

<p>(ক) স্বাক্ষর : <u>হাসিনা বেগম</u>                  পদবী : <u>মুন্সী</u>                  (খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : <u>হাসিনা বেগম</u>                  পুরো নাম : <u>হাসিনা বেগম</u></p>	<p>পুরো নাম : <u>হাসিনা বেগম</u>                  ঠিকানা : <u>হাসিনা বেগম</u>                  কোড নং : <u>হাসিনা বেগম</u></p>
---	--

১৬। বীমা গ্রহণের সময় বীমা গ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত ব্যাপারে কোম্পানীকে অবশ্যই অবহিত করতে হবে।


Rupali Life Insurance Co.  
 Chattogram Division Office


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

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন



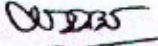
38586


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


  
নাম: ছামনা বেগম  
Name: Salma Begum  
স্বামী: গোলাপ হোসেন  
মাতা: খোদেজা বেগম  
Date of Birth: 01 Aug 1989  
ID NO: 19891918751000022

2021-10  
1989-08  
32-02  
= 32

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তিগত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।  
ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: দৌলখাড়, ডাকঘর: দৌলখাড় - ৩৫৮০, নাঙ্গলকোট, জুমিল্লা

  
প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ২৬/১০/২০১০



  
MD M. KADER  
JMD In-charge  
Rajshahi Division  
Chattogram





# 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.....  
(ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর  
(খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা  
(গ) বীমাকৃত টাকা.....  
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....  
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....  
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....

### নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

৫। আপনার পরিবারে মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	✓	(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 শারীরিক 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 এক্সরে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	✓
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের কোন রোগ।	✓	(খ) আপনি কি হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যনিবাসে কোন চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিয়াছেন? করিলে কখন, কোথায় ও কেন?	✓
(ঙ) বুক ধড়ফড় করা, হৃদযন্ত্রের কোন পীড়া বা ব্যাথা, অস্বাভাবিক রক্তের চাপ রক্তবাহী শিরার কোন রোগ।	✓		

### পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক)। আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?	
		বয়স	বর্তমান শরীরের অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন		
বাবা	১	৩১	৫৮					✓
মা	১	৫৬	✓					
ভাই	৩	৩৬, ৩০, ২৮	✓				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?	৩
বোন	৪	৩৪, ২৬, ২৪, ২২	✓				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন	✓
স্বামী/স্ত্রী	১	৩৭	✓				(ঘ) গুন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।	✓
ছেলে	১	২	✓				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :	৫
মেয়ে	১	২৬, ২০	✓					২



## 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 ..... তারিখ ১৬-১১-২১  
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করছেন। (বীমা গ্রহণের 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

### 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?	হ্যাঁ	৮। প্রশ্নাব পরীক্ষা ফল	
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন ১৯.২.২ স্ফায়	হ্যাঁ
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) প্রশ্নাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	হ্যাঁ	(গ) প্রশ্নাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	হ্যাঁ	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'১" সেঃ মিঃ/ফুটঃ	
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) ওজন ১২০ কিলো/পাঃ	
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়ম ৩.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ	
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩.৪ সেঃ মিঃ/ইঃ	
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাকী বরাবর পেটের মাপ ৩২.১ সেঃ মিঃ/ইঃ	
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পারিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ		
৫। (ক) নাকের গতি কত? ধরণ কেমন?	৭৩, নিম্ন		
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্রোপেরিসের ইঙ্গিত আছে কি?	হ্যাঁ		
(গ) রক্তচাপ ১ সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১/৭		
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ		
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবকে ব্যাঙ্গ্যমের পরে পরীক্ষা করুন।	হ্যাঁ	স্থান ১৬/১১/২১ তারিখ ১৬-১১-২১	
৬। গনোরিয়া, সিক্টিস, মৌন বা মূত্রনালীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	হ্যাঁ	পুরো নাম	
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত নিচে লিখুন।	হ্যাঁ	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	
		জিম্মী	
		জিম্মীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	১৭৪২-১১৭০৭
		কোড নং	
		বর্তমান ঠিকানা	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road Agrabad, Chittagong. Mobile: -01673-720550





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : SOLUNA BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-32 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 250

E.S.R. 08 mm fall in 1st hour.

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

T.C.OF

White blood cell 9,600 per cu. mm.

Red blood cell 5.1 per cu. mm.

Platelet Count 2,85,000 per cu. mm.

Cir. Eosinophil Count per cu. mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	51%	40	-	75%
Lymphocyte	40%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	03%	1	-	6%
Basophil	00%	0	-	<1%

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P.Count :

M.P. (Thick & Thin Film)

PFT :

## NORMAL VALUES

### HAEMOGLOBIN

Men = 13.0-18.0 gm / dl.

Women = 11.5-16.5 gm / dl.

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

Infant, 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) :

WBC

Attended



CHECKED BY

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

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

CONSULTANT





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

SEX ☐ M ☒ F AGE-32 years

DATE	15	01	2022
------	----	----	------

SL.No.	250
--------	-----

PHYSICAL	
COLOUR :	Straw
SEDIMENT :	Nil
SP. GRAVITY :	1012

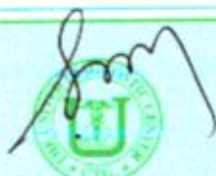
PHYSICAL	
REACTION :	Acidic
SUGAR :	Nil
ALBUMIN :	Nil
EXCESS OF PHOSPHATE :	Nil
ACETONE :	
UROBILINOGEN :	
BILE SALTS :	
BILE PIGMENTS :	
KETONE BODIES :	

MICROSCOPIC	
PUS CELLS :	2-4/hpf
RBC :	Nil
EPITHELIAL CELLS :	2-5/hpf
MUCUS :	
SPERMATOOZOA :	
PARASITES :	
MICRO ORGANISMS :	Nil
FUNGUS :	
<b>CRYSTALS</b>	Nil
CALCIUM OXALATE :	
URIC ACID :	
TRIPLE PHOSPHATE :	
AMORPHOUS PHOSPHATES :	
<b>CASTS</b>	Nil
HYALINE :	
EPITHELIAL :	
GRANULAR :	
FATTY :	

# URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY):

ကျွန်း



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 : SOLUNA BEGUM

SEX ☒ M ☐ F AGE-32 years

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

DATE 15 01 2022

SL.No. 250

## BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	82mg/dl (4.55 mmo 1/1)	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 26/1/22*

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



(संविद के दम दोन भगवति के कला प्रयोग) (नामिक)

ଅମିତ

फाइल:

वा

इतिहास कालिका

সিদ্ধান্তাবলি ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের প্রত্যেকের কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, নোটিরি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়তশাসিত/রপ্তায়িত সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এক বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বৃদ্ধবে।



পেশাজিষ্ঠ ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) :

ডা. সিক কাকান -

৭. প্রার্থকের অর্ধের উৎস :

স্বল্প ২৩ বিচার ৩২

৮. অর্ধের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :

নিচে .

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :

মাসিক ☐

ত্রৈমাসিক ☐

সাময়িক ☐

বার্ষিক ☒

এককালীন ☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ)

নগদ

(খ) নগদ

২ ৫০০০০০/-

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	সম্পর্ক ২০ জন
পিতার নাম :	মোহাম্মদ হোসেন
মাতার নাম :	
পার্মা/ স্বামীর নাম :	
পেশা :	জন্ম তারিখ :
বর্তমান ঠিকানা :	
স্থায়ী ঠিকানা :	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :
মোবাইল :	ফ্যাক্স :
ই-মেইল :	

কোন গ্রাহক কর্তৃক  
সত্যায়িত মনোনীত  
ব্যক্তির তথ্য

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

১৩. বীমা গ্রাহকের ঋকি নির্ধারণ :

☐

নিম্ন

☐

উচ্চ

[ মন্তব্য অংশে বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের ঋকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঋকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতে হবে। ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্ধের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজনক ইত্যাদির অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহকের উচ্চ বা নিম্ন ঋকি সম্পন্ন হিসেবে প্রতীকরণ করতে হবে। জাতীয় ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতে বিশেষ করে সামগ্রিক প্রকৃতি ও সামগ্রিক দায়িত্বের নিরিখে ঋকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঋকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে। ]

১৪. মন্তব্য :

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/ রিপোর্টনশীল ম্যানেজারের স্বাক্ষর  
(সিল ও তারিখ)



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর  
(সিল ও তারিখ)



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 ৬০০০০০ ( আট লাখ টাকা ) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক

আমি বুটিক হাউস উক্ত আমি হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ৩০০০০০

টাকা, ব্যয় হয় ২৫০০০০ 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

চৌধুরী মোস্তাফিজ





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

## বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ২০৬২৫৪৬-৫৬ -৭
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম হুমায়ুন কবীর তারিখ .....
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম চাঁদপুর ডাকঘর চাঁদপুর বয়স ৬২
- জেলা হুমায়ুন। যোগাযোগের ঠিকানা : হুমায়ুন কবীর থানা চাঁদপুর

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	বহুদিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	৪৫ 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 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 ?	কৃষিকার্যকর
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 ?	কৃষিকার্যকর
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৬০০ ০০০/২০০০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	বীমা
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারা দৃষ্টি 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 হুমায়ুন কবীর ➤ সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর .....
- পুরো নাম হুমায়ুন কবীর পুরো নাম .....
- পদবী সি.এম.এ. কোড নং ..... ➤ পদবী ..... কোড নং .....
- স্থান চাঁদপুর ➤ অফিসের নাম .....
- ..... ➤ ঠিকানা .....



ফোন : পি.এ.বি এক্স ৬১৬৫০১, ৬১৬৫০৮

TRADE LICENCE

(সাইনসেব্রটি ২০ নম্বর ডি. জা. ৭৫৪২ পৃষ্ঠায় লিখিত করা হয়েছে।)

  
 প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা  
 (সকল ও সহকারী)  
 (সীল) প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা  
 প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা সচিব  
 প্রধান সচিব কার্যালয়, চট্টগ্রাম



## শর্তাবলী

ফর্ম - "৩"

### THE CITY CORPORATION (TAXATION) RULES 1986 এর ৭৪ নং বিধিমাতে

- ০১ এই অনুমতি পত্র (লাইসেন্স) প্রদান কোনক্রমেই পূর্বের অনাদারী কর সারচার্জসহ আদায় ও অন্যান্য আইনগত ব্যবস্থা গ্রহণের মেয়াদের ক্ষমতা ক্ষুণ্ণ করিবে না।
- ০২ ইস্যুর পরবর্তী প্রত্যেক সনে নবায়নের জন্য এই অনুমতি পত্র (লাইসেন্স) অবশ্যই উপস্থাপন করিতে হইবে।
- ০৩ অগ্নি নির্বাপনের নিমিত্তে প্রয়োজনীয় সামগ্রী যতদূর রাখিতে হইবে।
- ০৪ উল্লেখিত পেশা/ব্যবসা ছাড়া এই অনুমতি পত্রের (লাইসেন্স) করাতে অন্য কোন পেশা / ব্যবসা পরিচালনা করা যাইবে না।
- ০৫ লাইসেন্সধারী লাইসেন্সটি ব্যবসা প্রতিষ্ঠানে সংরক্ষণ করিতে হইবে এবং পরিদর্শনকালে চাহিবা মাত্র কর্তৃপক্ষকে দেখাইতে বাধ্য থাকিবে।
- ০৬ এই লাইসেন্স, লাইসেন্স উল্লিখিত স্থানের জন্য উদ্ভাষিত নামকরণ, দখল স্বত্ব, ভাড়াটিয়া স্বত্ব, মালিকানা স্বত্ব বা ঐ ধরনের কোন স্বত্ব বা স্বার্থ প্রমাণের বেলায় প্রযোজ্য হইবে না।
- ০৭ কোন গোপন করা তথ্য পরে গোচরীভূত হইলে এই লাইসেন্স বহাল থাকিবে না।
- ০৮ কর্পোরেশন কর্তৃপক্ষের নিকট হইতে পূর্ব অনুমোদন ব্যতীত কোন রকম পরিবর্তন, পরিবর্তন বা ব্যবসায় ধরণ বদল করা যাইবে না।
- ০৯ লাইসেন্সধারীকে জনসাধারণের সাথে অবশ্যই ভাল ব্যবহার করিতে হইবে।
- ১০ মালিকানা বদল অথবা সহযোগিতা অফিসে ব্যবসায় স্থান পরিবর্তন হলে ব্যবসায়ীকে কর্তৃপক্ষের অনুমোদন লইয়া লাইসেন্স ফি'র ১০% হারে সংশোধনী ফি জমা দিতে হইবে।
- ১১ লাইসেন্সধারী নিজের, জনসাধারণের বা রাষ্ট্রের অধিকার কোন প্রকার ব্যাপায়িত কার্যক্রম চালাইতে পারিবেন না এবং লাইসেন্সধারী তাহার ব্যবসায় ধারা প্রতিবেশি/পাশচারী অন্য যে কোন ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের সমস্যা/বাধার সৃষ্টি করিতে পারিবেন না।
- ১২ লাইসেন্স হারাওয়া গেলে কিংবা নষ্ট হইয়া গেলে তাৎক্ষণিকভাবে নিকটস্থ থানায় ভাইরী করিয়া ও পরিকার বিস্তারিত দিয়া উভয়ের অনুমতিপত্র পুনরায় ট্রেড লাইসেন্স প্রাপ্তির জন্য প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তার নিকট আবেদন করিতে হইবে।
- ১৩ লাইসেন্সধারীকে ব্যবসা বন্ধ করার সাথে সাথে লাইসেন্সটি কর্তৃপক্ষের বরাবরে জমা করিতে হইবে। অন্যথায় লাইসেন্সধারী কর্পোরেশনের পাওনা পরিশোধে বাধ্য থাকিবেন।
- ১৪ উপরোক্ত যে কোন শর্ত ভঙ্গের জন্য এই অনুমতি পত্র (লাইসেন্স) বাতিল বলিয়া গণ্য হইবে।

অনুমতিপত্র প্রদানকারী  
(স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)  
উপায়ুক্ত সিনিয়র কমিশনার

কর কর্মকর্তা/আসী আকবর  
(স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)  
উপায়ুক্ত সিনিয়র কমিশনার

প্রধান রাজস্ব কর্মকর্তা  
(স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)  
(স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)  
উপায়ুক্ত সিনিয়র কমিশনার