

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 13/01/2022 12:00:00A Mobile No: 01831872581 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103254329-2 Age at Entry 19 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 MUNNI AKTER

Proposer's Address D/O:FOYEZ ULLAH
HOUSE:UTTAR HALISHAHAR, VILL: MOINNA
PARA
P.O. HOUSING ASSET 4216
THANA:HALISHAHAR
DIST:CHATTOGRAM 01831872581

Extra Loading: Tk. 800 Include CL Lien 10% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 400,000 FOUR LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 31,280.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 880778 28/12/2021,
32,080.00 THIRTY TWO THOUSAND EIGHTY 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 SHAHINUR BEGUM, MOTHER, 47 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name „ Yrs.

Date of FPR: 13/01/2022 FPR No: ECB-E-2192/21 Risk Date: 13/01/2022

Date of Proposal 28/12/2021 Proposal No: ECB-E-2192/21 Date of Commencement 28/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 28 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 28/12/2036 Next Due Date: 28/12/2022 Date Of Maturity 28/12/2037

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 28/12/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 28/12/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001244/10300510/1030395/103002/103001/103000

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

Counter signed
MAKSUDUR RAHAMAN
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-১০০০।

Printed 20/01/2022

Ekok Bima

Increase CL Lien 40% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রদত্ত পত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এর নং	গৃহীত টাকা
103254329-2	ECB-E-2192/21	28/12/2021	13/01/2022	01-16	Yty	880778	32080
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা : বীমাপ্রাপ্তকের বয়স : 19	MUNNI AKTER D/O: FOYEZ ULLAH HOUSE: UTTAR HALISHAHAR, VILL: MOINNA PARA P.O.: HOUSING ASSET 4216 THANA: HALISHAHAR DIST: CHATTOGRAM 01831872581			 শাখা : Chomohoni এফ পি আর নং : Service Cell (ECB4312) ইস্যুর তারিখ : ECB-E-21 92/21 13/01/2022	28/12/2021		0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট : 32080
400000	31280	0	800	32080	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কোড নং :	103001244/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000						28/12/2022

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 30/12/2021 12:00:00A3 Mobile No: 01831872581 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254329-2** Age at Entry 19 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 MUNNI AKTER

Proposer's Address D/O: FOTEZ ULLAH
HOUSE: UTTAR HALISHAHAR, VILL: MOENNA
PARA
P.O. HOUSING ASSET 4216
THANA: HALISHAHAR
DIST: CHATTOGRAM 01831872581

Extra Loading: Tk. 800 Include CL Lien 40% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 400,000 FOUR LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR: Policy Option C Basic Premium: 31,280.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 880778 28/12/2021,
32,080.00 THIRTY TWO THOUSAND EIGHTY 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 SHAHINUR BEGUM, MOTHER, 47 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 30/12/2021 FPR No: ECB-E-2192/21 Risk Date: 30/12/2021

Date of Proposal 28/12/2021 Proposal No: ECB-E-2192/21 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: 103001244/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000

Checked

Countersigned



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

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

POLICY SUMMARY

DATE 09.11.20

OFFICE INFORMATION

Proposal No. 2192/24 Proposal Date
Policy No. 103254329 Branch Code
R. No. 6 Branch Name

ORGANIZATION

103254329 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 13.01.22 Date of Commencement
Date of Birth 08.10.2002 Entry Age & Proof Code 19 07
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 400,000/-
In Word four LAC TAKA ONLY.

& Term 07 16 Mode of Payment JLJ
Installment Premium (In Taka) 31280
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

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

EXTRALODGING

Code	Premium
IFE or O/E <u>2/1</u>	<u>800</u>
EM	<u> </u>

Installment Premium (In Taka): 32080
In word
Policy Option e
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MUNNI AKTER.
Proposer's Present Address 510, FOZE ULLAH.
410-UTAL HALISHA
VILLI MINNA PARAN, H.
4216, THAKAL HALISHA
DIST. - C.T.H.
Nominee's Name Age & Relation SHAHINUR BEHUN -
Guardian's Name Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical 01 Std/S.Std. 07
Sex 02 07

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.	Pre
<u>28.12.21</u>	<u>880798</u>	<u>32</u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Suspense Amount
Premium Rate %

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with RLE@
40% Constant Lien of
for 1st-05 (five) years
pregnancy clause of 1

Md. G
Executive
Under V
Rupali Ltd
Head

Md. Abdullah
Senior Vice President, ID No-10
Incharge Underwriting
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

Medical Adviser :

Rupali
R



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার/হাইল কপি

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

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

880778

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং : ২৫১৫২৯

তারিখ : ২৫/১১/২৯

০১৪৩১৪৭২৫৪১

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

ধনাবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে = ৩২০৫০/- টাকা

স্বামী মোকাম্মল

এর সন্নিবাহিত

পয়সা (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ভিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

৩২০৫০/-

২৫/১১/২৯

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবপত্র/বিমাপত্র নং

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

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/ষান্মাষিক/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/ভিডি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাপ্রাপ্ত 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

প্রস্তাবপত্র নং

জীবন বীমার আবেদনপত্র

दीमाज्ज नः

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
২০৬০০২২৪৪	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) : মুন্নি আক্তার
 (খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : MUNNI AKTER
 (গ) পিতা/স্বামীর নাম : শ্রী ২/২৩ উল্লাহ ইংরেজীতে : 2/
 (ঘ) মাতার নাম : সুখীন্দ্রা আক্তার ইংরেজীতে : 2/
 (ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : স্বতন্ত্র চাকর
 (চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগিকারীর নাম :

২। (ক) দ্বায়ী ঠিকানা : শ্রীমান শ্রীযুগল নন্দন (ব্যাংক) মিজুয়াকাল
ব্যাংক, মোবাইল ০১৮৩১৮২২৫৮১
 মোবাইল নং : ০১৮৩১৮২২৫৮১

(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : উত্তর প্রদেশিকা
মাইনস ব্যাংক, ২৭৩৬ প্রিন্স হুগলা
 ৪২২৬ শ্রীমতী, শ্রীমতী হুগলা
 মোবাইল নং :

৩। জন্ম তারিখ ০৬/১০/২০০২ বয়স ১৯ জন্মস্থান (১৯/০৮) জাতীয়তা বাংলাদেশি (মহা)

৪। (ক) বীমা অংক ৪,০০০.০০
(খ) তালিকা নং মেয়াদ বৎসর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি ☒ বার্ষিক ☐ হান্নাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং টাকা

৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক চিহ্ন দিন :
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি)
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)

৩। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? স্বাস্থ্য ও বিবাহ আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ৩০০০০০ আয়ের উৎস কি? ২. কৃষি
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

২ বছর পলিসি চালু থাকে সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

১। আপনার বা আপনার পরিবারের কারো জীবনের উপর অন্য কোন জীবন বীমা থাকলে বিবরণ দিন।

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

১। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) কমল হোসেন বয়স ৪৭ সম্পর্ক ভ্রাতৃ
(২) বয়স সম্পর্ক
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম বয়স সম্পর্ক

<p>(ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানীতে বিবেচনাবীন 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 দাব্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>১৭</p> <p>৯১</p>	<p>(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?</p> <p>(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/কুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।</p>	<p>হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>২৭</p> <p>৯১</p>
---	---	---	---

পারিবারিক ইতিহাস :

ক্রমিক	সংখ্যা	জীবিত		মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়িত্ব	মৃত্যুর সন
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা				
তা	১	৫২	৭৫				
তা	২	৪৭	৭				
ই	৩	৫৫, ৫৭	৭				
ন	৪	৫৭, ৫৮, ৫৯	৭				
মি/মি	৫	২৭, ২৮, ২৯	৭				
ল	৬	২০	৭				
য়ে	৭	২১	৭				

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

<p>১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।</p>	<p>(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>১০</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>২</u></p>																						
<p>১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?</p>	<p>(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>২০১৫</u> (ঘ) <u>১</u></p>																						
<p>১৩। (ক) আপনি কি কোন সংক্রামক রোগীর কাছাকাছি বসবাস করেন বা গত পাঁচ বছরের মধ্যে বসবাস করেছেন? করে থাকলে বিস্তারিত লিখুন। (খ) আপনার পিতৃ বা মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u></p>																						
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রুকাইটিস, 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 ডায়বেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুজের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুগ্ধটনা, 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><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> <tr><td><u>না</u></td><td></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	বলুন		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>		<u>না</u>	
হ্যাঁ	না																						
বলুন																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<u>না</u>																							
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৪৫</u> কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৪"</u> ফু/মিঃ <u>১৬০</u> ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৬"</u> ইঃ <u>৯১</u> সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩৪"</u> ইঃ <u>৮৬</u> সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাভী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩২"</u> ইঃ <u>৮১</u> সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>১৭৩</u></p>																							

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

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

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

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

নাম : মুন্না আক্তার বয়স : ২১

ক) আপনার শিক্তি গত যোগ্যতা কতটুকু? ২০৫৫৫ ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?
 খ) আপনার মাসিক আয় কত? ২০৫৫৫ ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?
 গ) আপনার আয়ের উৎস কি? ২০৫৫৫ ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন
 ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? ২০৫৫৫ ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? ২০৫৫৫
 ড) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? ২০৫৫৫ ড) তাঁর মাসিক আয় কত?
 চ) আপনি কি বিবাহিতা? ২০৫৫৫ চ) তাঁর পেশা কি? ২০৫৫৫
 ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? ২০৫৫৫ ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি? ২০৫৫৫
 জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? ২০৫৫৫ ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমা পত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে দায়কৃত 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 যথাবিহীন বিবেচনার পর ঝুঁকির রিস্ক ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

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

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

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

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ (সিকজমনি ফরম-৩)
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়
ওয়ার্ড-২৬
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম।

জন্ম সনদ

[বিধি-৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (সিটি কর্পোরেশন) বিধিমালা, ২০০৬]
(জন্ম নিবন্ধন বহি হইতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং ২৬

নিবন্ধনের তারিখ: ২৫-০৬-২০০৮

সনদ ইস্যুর তারিখ: ১০-১০-২০১৯

জন্ম নিবন্ধন নম্বর: * ২ ০ ০ ২ ১ ৫ ৯ ৩ ৫ ২ ৬ ০ ০ ৪ ৪ ৩ ০

নাম: মুন্নি আক্তার

জন্ম তারিখ: ০৮/১০/২০০২

লিঙ্গ: নারী

আট অক্টোবর দুই হাজার দুই

জন্ম স্থান: ভোলা, বাংলাদেশ।

পিতার নাম: মোঃ ফয়েজ উল্লাহ

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: শাহীনুর আক্তার

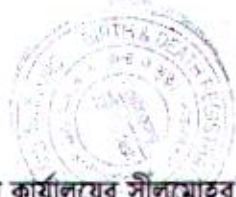
জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম-হাসান নগর, ডাকঘর-মির্জাকালু,
থানা-বোরহান উদ্দিন, জেলা-ভোলা।

বর্তমান ঠিকানা: উত্তর হালিশহর, মইন্যা পাড়া, ডাকঘর-হাউজিং এস্টেট-৪২১৬
থানা-হালিশহর, জেলা-চট্টগ্রাম।

(ঘাচাইকারীর স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

মোঃ ওমর ফারুক
জন্ম নিবন্ধন কর্মকর্তা
২৬নং উত্তর হালিশহর পল্লী
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম



(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল)

মোঃ ওমর ফারুক
জন্ম নিবন্ধন কর্মকর্তা
২৬নং উত্তর হালিশহর পল্লী
চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

(নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর)

*প্রথম চার অঙ্ক ব্যক্তির জন্ম সাল, পরবর্তী সাত অঙ্ক এরিয়া কোড ও শেষ ছয় অঙ্ক ধারা ক্রমিক।

MD. AB. JALIL
JAMD 107866 (Remittance)
Republic Insurance Co Ltd
Chattogram Director (HCO)

2021-12
2002-10
19-02
=19

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.....
 আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....
 ২। (ক) নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... বৎসর
 (খ) অবিবাহিত/বিবাহিত/বিপত্নীক/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা
 (গ) বীমাকৃত টাকা.....
 (ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....
 ৩। সম্পত্তি কি আপনার ওজন বাড়িয়েছে কিংবা কমিয়েছে?.....

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 স্নায়বিক 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 ঠিকান লিখুন।	✓
(ঘ) অর্শ হার্নিয়া, অস্থি অস্থি-সন্ধি ও মেরুদণ্ড বা গলগন্ডের 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		মৃত্যুর সন
বাবা	১	৫২	স্বাস্থ্য				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :
মা	১	৪৭	স্বাস্থ্য				(ক)। আপনি কি কর্তামানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সম্ভাবন আশা করেন?
ভাই	১	৩৭	স্বাস্থ্য				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
বোন	৩	২৭, ২৫, ২৬	স্বাস্থ্য				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্টি হয়েছে? হলে লিখুন
স্বামী/স্ত্রী	১	২৪	স্বাস্থ্য				(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
ছেলে		/	/				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
মেয়ে		/	/				

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।

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান ৬৮/১১৮ তারিখ ২০২২
 বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করছেন। (বীমা গ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে)

~~মুন্নি আক্তার~~
প্রস্তুতি জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

প্রস্তাবকের নাম ড. ন. সরকার পরিচিতি প্রাদনকারী

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	২২	৮। প্রশ্নাব পরীক্ষা ফল	২২
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোক্তবিত বয়সের বলে মনে হয়?	২২	(ক) আবেদনিক গুরুত্ব ২০২১ সালের	২২
(গ) অকাল বার্থক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	২২	(খ) প্রশ্নাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	২২
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	২২	(গ) প্রশ্নাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	২২
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	২২	৯। (ক) দৈহিক উচ্চতা ৫'০৫	২২
(গ) গ্রাণ্ড ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	২২	(খ) ওজন ৪৫	২২
৩। (ক) পাকস্থলী, অস্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	২২	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩৫	২২
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	২২	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩৪	২২
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	২২	(ঘ) নাস্তী বরাবর পেটের মাপ ৩২	২২
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	২২	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?	২২
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	২২	বিশদ বিবরণের স্থান	২২
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	২২		২২
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭২		২২
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	২২		২২
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১২০/৮০		২২
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	২২		২২
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	২২		২২
৬। গনোরিয়া, সিক্যালিস, যৌন বা যুগ্মনাভীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	২২		২২
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লিখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত লিখুন।	২২		২২
		স্থান ৬ টি	তারিখ ২-২-২২
		পুরো নাম	
		ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	
		ডায়েরী	
		ডায়েরী তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	১৭৪২ ১১৭০৭
		কোড নং	
		বর্তমান ঠিকানা	DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGD, FRSH 28, Connuence College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: ০১৬৩১-৭২৫৫০



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MUNNI AKTER	SEX <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AGE-19 years
REFERRED BY : PROF/DR. : R.L.I		
DATE <input type="text" value="02"/> <input type="text" value="01"/> <input type="text" value="2022"/>	SL.No. <input type="text" value="105"/>	


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 :	0-2/hpf
MUCUS :	
SPERMATOZOA :	
PARASITES :	
MICRO ORGANISMS :	Nil
FUNGUS :	
CRYSTALS	Nil
CALCIUM OXALATE :	
URIC ACID :	
TRIPLE PHOSPHATE :	
AMOR PHOS PATES :	
CASTS	Nil
HYALINE :	
EPITHELIAL :	
GRANULAR :	
FATTY :	

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :	Normal
---------------------	--------

 CHECKED BY	<i>Attested</i> 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
---	---	--

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তিগত জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (পার্সনাল)

১. বীমা গ্রাহকের নাম ও পদবি
পলিসি কোম্পানির নাম/পলিসি নং

একক সীমা
২০৬২৮৪৬২২-২ তারিখ ০৬/২/২২

বীমা গ্রাহকের
ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি

গ্রাহকের নাম	মুন্নি আক্তার	জন্ম তারিখ	০৮/০৭/২০০২
পিতার নাম	শ্রী: হুমায়ুন কামরুজ্জামান		
মাতার নাম	মুন্নি আক্তার		
স্বামী/স্বামীর নাম			
জাতীয়তা	বাংলাদেশী		
টেলিফোন (বাসা)		টেলিফোন (অফিস)	
মোবাইল	০১৮৩/৮৭২৫৪১	ফ্যাক্স	
ইমেইল			

৩. পরিচিতিসমূহ

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	
খ) পাসপোর্ট নং :	নেই/নং :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং	২০০২০৮০৬২৬০০৮৮৬০	হ্যাঁ	<input checked="" type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
ঘ) ই-টিন আই-এন (E-TIN) (যদি থাকে) :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং :	নেই/নং :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে উল্লেখ করতে হবে) :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	

[কি হতে গ নম্বর ত্রমিকে বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি কোম্পানির ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সন্তুষ্টি সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের পণ্যমাত্রা বর্ণিত বর্তকৃত প্রাপ্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সন্তুষ্টি সাপেক্ষে উপরের খ হতে চ নম্বর ত্রমিকে বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফর্মের উল্লিখিত তথ্যগুলির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।]

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

২১ স্ট্রিম স্ট্রিম (সং: মিত্রাকাল্প হাসা
কোম্পানি লিমিট

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা :

২১ স্ট্রিম স্ট্রিম, মিত্রাকাল্প হাসা

৬. গ্রাহকের পেশা (বিজ্ঞাপিত) :

স্ট্রিম স্ট্রিম

একমাত্র ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, তেলুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের গ্রেডেজের 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, বোর্টার পাবলিক, আদালতকারি/ব্যয়তশাসিত/স্ট্রিম স্ট্রিম জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

১. প্রার্থীর নাম (সহ/পত্নী/পিতৃ) : _____

২. প্রার্থীর পূর্বের উৎস : _____

৩. প্রার্থীর উৎস বাচাইয়ের পদ্ধতি : _____

৪. প্রিয়তাম প্রদান পদ্ধতি : মানসিক ☐ ঐক্যবাসিক ☐ বাস্তুসংস্থ ☐ বাসস্থান ☒ এককালীন ☐

৫. প্রিয়তামের পরিমাণ : ৩২০৪০

৬. প্রিয়তাম পরিশোধের মাধ্যম :
(ক) ব্যাংক (তথ্য/নিম্ন) : _____
(খ) নগদ : ✓

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	কাজির	সম্পর্ক :	মা
পিতার নাম :			
মাতার নাম :			
স্বামী/ স্ত্রীর নাম :		জন্ম তারিখ :	৪৭
পেশা :			
বর্তমান ঠিকানা :			
স্থায়ী ঠিকানা :			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :		টেলিফোন (অফিস) :	
টেলিফোন (বাসা) :		ফ্যাক্স :	
মোবাইল : ০৪৩/৪৭২৫৪৭			
ই-মেইল :			

বীমা গ্রাহক কার্ড
সংক্রান্ত মনোনীত
ব্যক্তির ছবি

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

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মন্তব্য অংশে বিবর্তনশীল (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত বারন্য বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুকূলভাবে বিস্তারিত বারন্য লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও ন্যায়-চারিত্রের নিরিখে ঝুঁকি নির্ধারণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

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



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- | প্রশ্ন নম্বর | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন | প্রশ্নোত্তর |
|--------------|---|--------------|
| ০১। | আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ? | দীর্ঘ দিন ৩০ |
| ০২। | তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ? | ০৭/৮/২২ |
| 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 ? | বুজি কাজ |
| 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 ? | ৩০০,০০০ |
| ০৯। | তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ? | ৩২০,০০০ |
| ১০। | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা
কি ? | অন |
| ১১। | প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা
অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ? | হ্যাঁ |
| ১২। | চেহারাটিকে তার বয়স প্রস্তাবপত্রে উল্লেখিত বয়সের চেয়ে বেশী মনে
হয় কি ? | না |
| ১৩। | আপনি কি মনে করেন, পেশা/জীবন যাত্রা/দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক
সংশ্রব হেতু প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার জীবনের উপর মারাত্মক ঝুঁকি
বিদ্যমান ? | না |
| ১৪। | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার পারিপার্শ্বিক অবস্থা ঝুঁকিপূর্ণ কি ? | না |
| ১৫। | আপনি নিজে প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার সাথে সাক্ষাৎ করেছেন কি ? | হ্যাঁ |
| ১৬। | প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার শারীরিক অবস্থা ও আলাপের প্রেক্ষিতে তার
বীমাটি গ্রহণ করা যায় কি ? | হ্যাঁ |

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

2021-2022

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 13/01/2022 12:00:00A1 Mobile No: 01831872581 Medical: Medical submitted.

PolicyNo 103254329-2 Age at Entry 19 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 MUNNI AKTER

Proposer's Address D/O:FOYEZ ULLAH
HOUSE:UTTAR HALISHAHAR, VILL: MOINNA
PARA
P.O. HOUSING ASSET 4216
THANA:HALISHAHAR
DIST:CHATTOTGRAM 01831872581

Extra Loding: Tk. 800 Include CL Lien 10% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 400,000 FOUR LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 31,280.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 880778 28/12/2021,
32,080.00 THIRTY TWO THOUSAND EIGHTY 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 SHAHINUR BEGUM, MOTHER, 47 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name „ Yrs.

Date of FPR: 13/01/2022 FPR No: ECB-E-2192/21 Risk Date : 13/01/2022

Date of Proposal 28/12/2021 Proposal No: ECB-E-2192/21 Date of Commencement 28/12/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 28 DECEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date 28/12/2036 Next Due Date: 28/12/2022 Date Of Maturity 28/12/2037

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 28/12/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 28/12/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 28/12/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001244/10300510/1030395/103002/103001/103000

Checked
MD. MONIRUL ISLAM
D.V.P, 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. Lt.
Chattogram Servicing Center

Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

Printed at 20/01/2022

Ekok Bima

Increase CL Lien 40% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রস্তুতপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর.বি. গ্রন্থ নং	গৃহীত টাকা
103254329-2	ECB-E-2192/21	28/12/2021	13/01/2022	01-16	Yly	880778	32080
বীমাপ্রাপ্তকের নাম ও ঠিকানা :	MUNNI AKTER D/O: FOYEZ ULLAH HOUSE: UTTAR HALISHAHAR, VILL: MOINNA PARA P.O.: HOUSING ASSET 4216 THANA: HALISHAHAR DIST: CHATTOGRAM 01831872581					28/12/2021	0
বীমাপ্রাপ্তকের বয়স :	19	শাখা Chomohoni Service Cell এফ পি আর নং (ECB4312) ECB-E-21 ইস্যুর তারিখ 92/21 13/01/2022					0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত অংক	সহযোগী বীমা	মোট : 32080
400000	31280	0	800	32080	0	NILL.	পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ
সাংগঠনিক কেন্দ্র নং :	103001244/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000						28/12/2022

পরীক্ষাকারীর 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 30/12/2021 12:00:00AM Mobile No: 01831872581 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103254329-2** Age at Entry 19 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 MUNNI AKTER

Proposer's Address D/O:FOJEZ ULLAH
HOUSE:UTTAR HALISHAHAR, VILL: MOINNA
PARA
P.O. HOUSING ASSET 4216
THANA:HALISHAHAR
DIST:CHATTOGRAM 01831872581

Extra Loading: Tk. 800 Include CL Lien 40% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 400,000 FOUR LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 31,280.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 880778 28/12/2021, 32,080.00 THIRTY TWO THOUSAND EIGHTY 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 SHAHINUR BEGUM, MOTHER, 47 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name ., Yrs.

Date of FPR: 30/12/2021 FPR No: ECB-E-2192/21 RiskDate : 30/12/2021

Date of Proposal 28/12/2021 Proposal No: ECB-E-2192/21 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: 103001244/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000

Checked

Countersigned



RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

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

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

POLICY SUMMARY

DATE 09.01.2022

OFFICE INFORMATION

Policy No. 2192/24 Proposal Date
Policy No. 103254529- Branch Code
R. No. 6- Branch Name

ORGANIZATION

10311244 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 13.01.22 Date of Commencement
Date of Birth 08.10.2002 Entry Age & Proof Code 19 of
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 400,000
In Word FOUR LAC TAKA ONLY.
& Term 01 16 Mode of Payment JLT
Installment Premium (In Taka) 31280
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

Code	Premium
DIAB/PDAB	
HB	

EXTRALODGING

Code	Premium
FE or O/E 2-1-	800
EM	

Installment Premium (In Taka): 32080
In word
Policy Option e
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MUNNI AKTER.
Proposer's Present Address 510. FZE ULLAH.
410- UTAH HALISHA
WILL MINNA PARA, HAS
4216, THAKAL HALISHA
DURG. C.T.H.,
Nominee's Name Age & Relation SHAHINUR BEHUN -
Guardian's Name Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical 01 Std/S.Std. 07
Sex 02 07

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amo

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Prem
28.12.21	880778	32

Suspense Amount
Premium Rate %

Verified by

Prepared by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with RIE@
40% Constant Lien of
for 1st-05 (five) years
pregnancy clause of 1

Md. C
Executive
Under 1
Rupali Ltd
Head

Md. Aboullah
Senior Vice President, ID No. 10
Incharge Underwriting
Rupali Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

Medical Adviser :

Handwritten signature



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার/হাইল কপি

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

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

৪৪০৭৭৪

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

০১৪৩১৪৭২৫৪১

PR নং :

তারিখ :

২৫/১২/২০

ধনাবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে

৩২০৬০/-

টাকা

কোম্পানী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

টাকা নগদ/চেক/ডিভি/পে-অর্ডার/টিটি নং

২৫১২

এর মাধ্যমে প্রাপ্তবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর বিপরীতে গ্রহণ করা হইল।

পদ্ধতি

বার্ষিক/খান্মাষিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক।

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড 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 জন্মানকারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যান্ডম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে গ্রহণকৃত চেক/ডিভি/পে-অর্ডার নগদী করন স্বাপেক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)

(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

কমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

• 020 8-0

32080/7

Roll on



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

वीरभोजनं नः

୧୦୬୧୫୫୭୨୩-୨

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
২০ ৩০০ ২২ ৪৪	এফ,এ			ডি,সি	
	ইউ,এম			আর,সি	
	বি,এম			ডি,ভি,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) : মুন্না মল্লিক
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) : MUNNA AKTER
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : আবু হাফিজ উল্লাহ ইংরেজীতে : 24
(ঘ) মাতার নাম : আবু হাফিজ উল্লাহ ইংরেজীতে : 24
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : ফ্রি ল্যান্স রাইটার
(চ) চাকরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগিকারীর নাম : ফ্রি ল্যান্স রাইটার

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : <u>সিদ্দিক আলী সান্নায়েক (১৯৭০) মিজরামপুর</u> <u>আলাহাবাদ উদ্ভিদ চিকিৎসা কেন্দ্র,</u> <u>মোবাইল নং : ০১৪৩১৪২২৫৪১</u>	(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : <u>ড. সুনীল কান্ত</u> <u>মহানন্দপুর, ২৪৩৩১৩</u> <u>৪২৩১২৪৩৩, আলিপুর, ২৪৩৩১৪</u> <u>মোবাইল নং : ০১৪৩১৪২২৫৪১</u>
---	--

৩। জন্ম তারিখ ০৬/১০/২০০২ বয়স ১৯ জনা স্থান ১৫/০৮/ জাতীয়তা বাংলাদেশ (মক)

ক) বয়স প্রমাণের জন্যে কি দলিল জমা দিবেন?

৪। (ক) বীমা অংক ... ৪,০০০.০০
(খ) তালিকা নং ... ৩২ মেয়াদ ... ৩৬ বৎসর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ হান্সাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর নং ... টাকা ...

৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? ২০০০০ টাকা আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ৩০০০০০, আয়ের উৎস কি? ২০০০০০০
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? নিজ
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)

৭। ২ বছর পলিসি চালু থাকা সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

c। আপনার বা আপনার পরিবারের কারো জীবনের উপর অন্য কোন জীবন বীমা থাকলে বিবরণ দিন।

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

৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) আব্দুল হক বয়স ৪৭ সম্পর্ক মুচি
(২) বয়স সম্পর্ক
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম বয়স সম্পর্ক

<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>হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>২৭</p> <p>৯১</p>	<p>(ক) আপনার কোন প্রকার বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?</p> <p>(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবক কি? কোন অতিরিক্ত তথ্য/ঝুঁকি সম্পর্কে জান্যাবাদ প্রদান করে লিখুন।</p>	<p>হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/></p> <p>২৮</p> <p>৯২</p>
---	---	---	---

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত			মৃত্যুর কারণ	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব	মৃত্যুর সন
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স			
পিতা	০২	৫২	৭০				
মাতা	০২	৪৭	৮				
ভাই	০২	৪৭	৮				
বোন	০৬	২৭, ২৫, ২৬	৮				
স্বামী/পুত্র	০২	২০	৮				
ছেলে	১	১	৮				
মেয়ে	১	১	৮				

ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি

<p>১১। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ? (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে কত কেজি/পাউন্ড? (গ) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি অসুস্থতার জন্য এক সপ্তাহের অধিক ছুটি ভোগ করেছেন কি? করে থাকলে, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা সহ বিবরণ লিখুন।</p>	<p>(ক) <u>হ্যাঁ</u> (খ) <u>১০</u> কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) <u>২</u></p>																		
<p>১২। (ক) আপনার কোন অঙ্গ বিকল আছে কি? থাকলে পূর্ণ বিবরণ লিখুন। (খ) আপনার কোন দিন বসন্ত রোগ হয়েছিল কি? (গ) আপনি বসন্তের টিকা সর্বশেষ কখন নিয়েছেন? (ঘ) আপনি কি কোন প্রকার মাদক বা নেশা দ্রব্যে অভ্যস্ত? যদি হন, তাহলে দিনে কতবার?</p>	<p>(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u> (গ) <u>২০১৫</u> (ঘ) <u>১</u></p>																		
<p>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 মাতৃকূলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) <u>না</u> (খ) <u>না</u></p>																		
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন। (ক) মূগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, পুরেসী, যক্ষা, 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 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, অস্ত্রিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> <tr> <td><u>না</u></td> <td><u>না</u></td> </tr> </table>	হ্যাঁ	না	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>	<u>না</u>
হ্যাঁ	না																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<u>না</u>	<u>না</u>																		
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? <u>৪৫</u> কেজি/পাঃ (খ) আপনার উচ্চতা কত? <u>৫'৬"</u> ফু/মিঃ <u>৫</u> ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণ শ্বাস নেওয়ার পর <u>৩৬"</u> ইঃ <u>৩৬</u> সেঃ মিঃ শ্বাসত্যাগের পর <u>৩৪"</u> ইঃ <u>৩৪</u> সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? <u>৩২"</u> ইঃ <u>৩২</u> সেঃ মিঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন <u>৫৩</u></p>																			

২০১০ সালের বীমা আইনের ৬০ ধারার সারমর্ম

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

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত বিবৃতি প্রয়োজন।

সন্তোষজনক বয়স প্রমাণ দাখিল করুন।

<p>নাম : <u>মুন্না আশরাফ</u> ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু? খ) আপনার মাসিক আয় কত? <u>২০০০০/-</u> গ) আপনার আয়ের উৎস কি? <u>কম্পানীর</u> ঘ) আপনার আয় কি নিজ কর্মক্ষমতার উপর নির্ভরশীল? ঙ) আপনি কি আয়কর দিয়ে থাকেন? চ) আপনি কি বিবাহিতা? ছ) আপনার ছেলে মেয়ে কতজন? জ) আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা?</p>	<p>মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা বয়স : <u>২৯</u> ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে? ঞ) কতদিন পূর্বে আপনি শেষ সন্তান প্রসব করেছেন? ট) আপনি কি কোন স্ত্রী রোগে ভুগেছেন? ভুগে থাকলে বিস্তারিত লিখুন ঠ) আপনার স্বামীর নাম কি? ড) তাঁর মাসিক আয় কত? ঢ) তাঁর পেশা কি? গ) তাঁর আয়ের উৎস কি? 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 প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবেদনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার সময় অতিরিক্ত বিবৃতির মাধ্যমে আমি যে ঘোষণা করেছি বা করব তা প্রস্তাবিত জীবন বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসাবে মেনে নিলাম। আমার সম্বন্ধে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হলে তা করার অধিকার দিলাম। প্রত্যেক হাসপাতালে/চিকিৎসক কিংবা ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিধিত বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে ধার্যকৃত 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 যথাবিধিত বিবেচনার পর খুঁকির রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

(ক) স্বাক্ষর : <u>মুন্না আশরাফ</u>	পূরো নাম
পদবী : <u>মুন্না</u>	ঠিকানা
(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : <u>মুন্না</u>	কোড নং
পূরো নাম	

প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ : ২০১০

বিঃদ্রঃ বীমা গ্রহণোত্তর সম্মানিত বীমাগ্রাহকের বর্তমান পেশার পরিবর্তন বা বিদেশে চাকরীতে 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

MD MEANS ~~10/25/2011~~ KADEW
JAMD 10/25/2011 Development
R. Spillville Insurance Co. Ltd.
Shalligram Division 11/1/2011



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

(ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

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

ব্যক্তিগত বিবরণী ও ডাক্তারী পরীক্ষা রিপোর্ট

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

নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

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

পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত		মৃত			
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৫২	স্বাস্থ্য				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন? (খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন? (গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন (ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
মা	১	৪৭	স্বাস্থ্য				
ভাই	১	৩৭	স্বাস্থ্য				
বোন	৩	২৭, ২৫, ২৬	স্বাস্থ্য				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
স্বামী/স্ত্রী	১	২৫	স্বাস্থ্য				
ছেলে	১						
মেয়ে	১						

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 2-2-22
বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করেছেন (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

মুন্নি আক্তার
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 ২০.২১	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 ৫'০" ৪"	হ্যাঁ
(গ) গ্রাস্ত ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) ওজন ৮৫.৫০ কিলো/পাউন্ড	হ্যাঁ
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩৫.৫" সেঃ মিঃ/ইঃ	হ্যাঁ
(খ) প্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩৪.৫" সেঃ মিঃ/ইঃ	হ্যাঁ
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাস্তী-বরাবর পেটের মাপ ৩২.৫" সেঃ মিঃ/ইঃ	হ্যাঁ
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) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৭২, নিরবিচ্ছিন্ন		
(খ) ধমনীতে কোন ইসকোরেসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	হ্যাঁ		
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১০/৭০		
(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 প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	হ্যাঁ	স্থান ৬৬২২২২	তারিখ ২-২-২২
৬। গনোরিয়া, স্টিফিলিস, যৌন বা মুত্রনালীর 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 লিখুন।	হ্যাঁ	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল	
		ডিগ্রী	০১/৩/১৩
		ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং	১৭৪৭/১১৭০৭
		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 : MUNNI AKTER	SEX <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AGE-19 years
REFERRED BY : PROF/DR. : R.L.I		
DATE 02 01 2022	SL.No. 105	


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 :	0-2/hpf
MUCUS :	
SPERMATOZOA :	
PARASITES :	
MICRO ORGANISMS :	Nil
FUNGUS :	
CRYSTALS	Nil
CALCIUM OXALATE :	
URIC ACID :	
TRIPLE PHOSPHATE :	
AMOR PHOS PATES :	
CASTS	Nil
HYALINE :	
EPITHELIAL :	
GRANULAR :	
FATTY :	

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :	Urinary
---------------------	---------

 CHECKED BY	<i>Attested</i> 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
---	---	--

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(অসিবি বীমা বিমা পরিচালনা বোর্ড কর্তৃক)

১. বীমা প্রদানকারীর নাম :
বীমা প্রদানকারীর নাম/পরিচিতি নং :

একক বীমা

২০৬২৮৪৬২২-২ তারিখ: ০৬/২/২২

বীমা গ্রাহকের
ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম	মুন্নি আক্তার	জন্ম তারিখ:	০৮/০৭/২০০২
পিতার নাম	শ্রী: হুমায়ুন কবীর		
মাতার নাম	সায়মা আক্তার		
স্বামী/পুত্রের নাম			
জাতীয়তা	বাংলাদেশী		
টেলিফোন (বাসা)		টেলিফোন (অফিস):	
মোবাইল	০১৮৩/৮৭২৫৪১	ফ্যাক্স:	
ইমেইল			

৩. পরিচিতিপত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
খ) পাসপোর্ট নং :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :	হ্যাঁ <input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
ঘ) ই-টিন আই এন (E-TIN) (যদি থাকে) :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>

ক) হ্যাঁ ও না'র ত্রিমুখী বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি হোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোলারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সন্তুষ্টি সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি বা ব্যক্তিগণের পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোলারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান দ্বাৰা দাবীতে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সন্তুষ্টি সাপেক্ষে উপরের য হ্যাঁ ও না'র ত্রিমুখী বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই তথ্যে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

**২১ স্কয়ার মুরাদ সের মিত্রাকালু থানা
কোমলান ইলিন**

৫. আধাসিক/বর্তমান ঠিকানা :

২১০-২১১ কালু মিত্রাকালু

৬. গ্রাহকের পেশা (বিধিবিধি) :

স্টোর ক্লক

গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের গ্রেডের কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ডাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, মাস্টারি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্বশাসিত/রপ্তানোত্তর সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

১. প্রাপ্তি ঠিকানা (স্বামী/স্বামী/উভয়) :

২. গ্রাহকের অর্ধের উৎস :

৩. অর্ধের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি :

৪. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি : মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ বার্ষিক ☒ এককালীন ☐

৫. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

৬. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (ডেবিটসহ)

(খ) নগদ

৭. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	সম্পর্ক :
পিতার নাম :	
মাতার নাম :	
স্বামী/ স্ত্রীর নাম :	
পেশা :	জন্ম তারিখ :
বর্তমান ঠিকানা :	
স্থায়ী ঠিকানা :	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :	
টেলিফোন (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :
মোবাইল : ০১৮৩/৪৭২৫৪৭	ফ্যাক্স :
ই-মেইল :	

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
সংস্কৃত 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) বিবেচনার গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মতব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্ধের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোপী ইত্যাদিসহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রেও অনুপূর্ণভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে সীমিত উদারতা করতে হবে।]

৯. মতব্য :

পলিসি সমিতি কর্মকর্তা/ বিশেষাধীশ মাসেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)



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 ১০৩২৫৪৩৩৩ - ২
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম হুমায়ুন কাদের
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম হুমায়ুন কাদের, ডাকঘর : মির্জাপুর
- জেলা জেলা ফরিদপুর
- তারিখ ০৩/৮/২২
- বয়স ২৩
- থানা ডোলা
- যোগাযোগের ঠিকানা : হুমায়ুন কাদের, হুমায়ুন কাদের

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	দীর্ঘ দিন
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	০৩/৮/২২
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 ?	বুদ্ধি কাজ
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 ?	৩০০,০০০
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	৩২০,০০০
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	এল
১১।	প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট প্রশ্নাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণা অনুযায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ কি ?	হ্যাঁ
১২।	চেহারাদৃষ্টি 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 [স্বাক্ষর]
- পুরো নাম [নাম]
- পদবী [পদবী]
- স্থান [স্থান]
- সাংগঠনিক কর্মকর্তার স্বাক্ষর [স্বাক্ষর]
- পুরো নাম [নাম]
- পদবী [পদবী]
- অফিসের নাম [নাম]
- ঠিকানা [ঠিকানা]

স্বাক্ষর : _____

তারিখ : _____

স্থান : _____

নিম্নের বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে :

আমি :

অন্যতম সম্মান পূর্বে ঘোষণা এই যে, আমি নিম্ন প্রদত্ত তথ্য আপনার প্রশ্নোত্তরে

১) ৪০০,০০০ টাকার ন্যূনতম ১) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

আমি ব্রিটিশ এবং উক্ত ব্রিটিশে আমার বার্ষিক আয় হয় ৩০০,০০০

২) ২২০,০০০ টাকা। সব খরচ মিটিয়ে পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন
অসুবিধা হবে না।

আমি এ মতে আমার প্রতি ব্রিটিশ প্রাপ্ত উপস্থাপন প্রদত্ত তথ্যের আশ্রয় নিয়ে বীমাটি করতে পারি

এবং নিম্নের বিধান অনুযায়ী কোন আত্মা হয়

স্বাক্ষর : _____