

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (

Ekok-Deed)

Business Month: **November, 2021** Chomohoni Service Cell [ECB4312] S.Cell:Chowmuhoni
 Entry Date: 19/11/2021 12:00:00AM Mobile No: 01814887504 Medical: Medical submitted:
 Policy No: **103253928-9** Age at Entry: **32 YRS.** AGE ADMITTED(4)

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: **MD. RAZO**

Proposer's Address: **S/O MOHAMMAD YOUSUF
 HOUSE SARAI PARA, BOHORA MOSJID
 P.O. RAJATUDAMP ITANA, PABAR GATE
 DIST. CHATTOGRAM 01814887504**

Extra Loading:

TR. 0

Include L.T. Gen. R/Ps For 5 Year to this Policy.

Sum Assured: **500,000** FIVE LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment: **YEAR** Policy Option: **C** Basic Premium: **39,400.00** Suspense: **0.00**

Total Premium: **By PR- 875927** 25/11/2021,
39,400.00 THIRTY NINE THOUSAND FOUR HUNDRED TAKA ONLY

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

Nominee's Name: **JHINA AKTER, WIFE, 27 YRS**

Guardian's Name: **GUARDIAN:**

Child's Name: **Yrs**

Date of FPR: **13/12/2021** FPR No: **ECB-E-1792/21** Risk Date: **25/12/2021**

Date of Proposal: **25/11/2021** Proposal No: **ECB-E-1792/21** Date of Commencement: **25/11/2021**

Premium due date: **ON THE DATE OF 25 NOVEMBER IN EVERY YEAR**

Last premium due date: **25/11/2036** Next Due Date: **25/11/2022** Date Of Maturity: **25/11/2037**

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 25/11/2025
 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2029
 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2033
 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/11/2037
 SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: **103001242/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000**


 Checked

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


 Countersigned

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


 Managing Director



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০, কাকরাইল, ঢাকা। 26/12/2021

Ekok Bima

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

Include CL Lien 30% For 5 Year

বীমাপত্র নং	প্রদানপত্র নং	বীমা প্রেরণ তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর্/বি. এম নং	পূর্তিত টাকা
103253928-9	ECB-E-1792/21	25/11/2021	26/12/2021	01-16	Yly	875927	39400
বীমাত্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাত্রাহকের বয়স : 32	MD. RAZO S/O: MOHAMMAD YOUSUS HOUSE: SARAI PARA, BOHORA MOSJID P.O.: HAZI CHAMP THANA: PAHARTALI DIST: CHATTOGRAM 01814882304					25/11/2021	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মেট প্রিমিয়াম	উদ্বৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা	মেট :
500000	39400	0	0	39400	0	NILL.	39400
সংগঠনিক কোড নং : 103001242/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000							25/11/2022

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED (Voter List)

তারখর

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Ekok-FPR)

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

Entry Date: 13/12/2021 12:00:00AM Mobile No: 01814882304 Medical: Medical submitted.

PolicyNo: **103253928-9** Age at Entry: 32 YRS. AGE ADMITTED(4)

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: MD. RAZO

Proposer's Address: S/O MOHAMMAD YOUSUS
HOUSE: SARAI PAKA, BOHORA MOSJID
P.O. HAZI CHAMP THANA: PAHARTALI
DIST: CHATTOGRAM 01814882304

Extra Loading: Tk. 0 Include CL Lien 30% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured: 500,000 FIVE LAKH TAKA ONLY

Mode Of Payment: YEAR Policy Option: C Basic Premium: 39,400.00 Suspense: 0.00

Total Premium: By PR- 875927 25/11/2021, 39,400.00 THIRTY NINE THOUSAND FOUR HUNDRED TAKA ONLY

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

Nominee's Name: JHINU AKTER, WIFE, 27 YRS

Guardian's Name: GUARDIAN:

Child's Name: , Yrs.

Date of FPR: 13/12/2021 FPR No: ECB-E-1792/21 Risk Date: 26.12.21
13/12/2021

Date of Proposal: 25/11/2021 Proposal No: ECB-E-1792/21 Date of Commencement: 25/11/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 25 NOVEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date: 25/11/2036 Next Due Date: 25/11/2022 Date Of Maturity: 25/11/2037

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 25/11/2025
2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2029
3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 25/11/2033
4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 25/11/2037
SURRENDER OR PAID-UP VALUE WILL FLUCTUATE AFTER EACH PAYMENT OF SURVIVAL BENEFIT.

Organization Set-up: 103001242/10300510/1030395/103003/103002/103001/103000

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 26.12.21

OFFICE INFORMATION

Policy No. 179212 Proposal Date
Policy No. 103253928 - Branch Code
Policy No. F- Branch Name

ORGANIZATION

103001242 D.C.
R.C.
D.V.C.
C.C.

POLICY RELATED INFORMATION

Date 26.12.21 Date of Commencement 26.12.21
Date of Birth 10.02.1990 Entry Age & Proof Code 32 01
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 500,000/-
In Word FIVE LAC TAKA ONLY
& Term 01 16 Mode of Payment F.P.
Installment Premium (In Taka) 39400/-
In Word

SUPPLEMENTARY COVER

	Code	Premium
DIAB/PDAB		
HB		

EXTRALODGING

	Code	Premium
F/E or O/E		
EM		

Installment Premium (In Taka): 39400/-
In word
Policy Option
Premium Due Date

PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name MOHAMMAD RAZO.
Proposer's Present Address 5101, MOHAMMAD JAMAL, 610- SARAJ PANA VILLI, MASZID, 610- HAZI CA, THANA, PAHAR TAL, DIST- C.T.H.
Nominee's Name Age & Relation BOND AKTER - 27 (W.F.)
Guardian's Name Age & Relation

OTHERS INFORMATION

Medical 01 Std/S.Std. 01
Sex 01

CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age
Proof Sex
No. of extra Policies
MOB + 01824882304

PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
26.12.21	875927	39

Suspense Amount
Premium Rate % 80.80

Prepared by

Verified by

UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বিবরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with 30%
lien of Sem Assured for
years of the Term.

Md. Abduh
Senior Vice President, (D. No. 10)
Incharge (Underwriting)
Rajati Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

26
Rajati Life Insurance Co. Ltd.
Head Office

al Adviser :

[Handwritten signature]



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

বীমাপত্র নং

১৭২৫৮৮
২০৬২৫৬৯২৮

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
২০৬০০৭২৪২	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) : মোঃ রুহুল MD. RAZO.
(খ) নামের ব্যানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মোঃ ইউসুফ ইংরেজীতে :
(ঘ) মাতার নাম : ফেরী আনওয়ার ইংরেজীতে :
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : ব্যবসায়ী, ডাক্তার, চিকিৎসা
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

- ২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : অরুণ নাডা, বহর
প্রসবিনা, ডাক - ২৭৬, কামা, খান
পাহাড়তলী, (৩৯)-৬৫ গার্ল
মোবাইল নং :
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা :
মোবাইল নং : ০১৪২৭৪৪২৩০৭

- ৩। জন্ম তারিখ : ২০/০২/১৯৮০ বয়স : ৩২ জন্মস্থান : চট্টগ্রাম
ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন?
৪। (ক) বীমা অংক : ১০০০.০০০ ২-০৫ মাস
(খ) তালিকা নং : ০২ মেয়াদ : ২৬ বছর
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☒ বার্ষিক ☐ ঘন্যাসিক ☐ 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)

- ৬। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? : মৃত্যু, নিঃসঙ্গ
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? : নিরা।
(অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন)
৭। ২ বছর পলিসি চালু থাকা সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

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

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

- ৯। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) : ফিরুজ আলী
(২) : বয়স : ২৭ সম্পর্ক : দ্বী
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : বয়স : সম্পর্ক :
বয়স : সম্পর্ক :

- ১০। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানী তে বিবেচনাধীন আছে কি? থাকলে প্রস্তাবপত্র নং ও অন্যান্য বিবরণ লিখুন।
(খ) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব অগ্রাহ্য বা স্থগিত অথবা বিশেষ শর্ত আরোপ বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম ধার্য করে গৃহীত হয়েছে কি? হলে বর্ণনা দিন।

- (ক) আপনার কোন প্রকার বিবরণের পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা স্থল বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বুঁকি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত	মৃত
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা
পিতা		৫৭	স্বাস্থ্যকালীন বয়স
মাতা		৫২	মৃত্যুর কারণ
ভাই	৪	৩০, ২৬, ২৪, ২২	শেষ রোগের স্থায়ীত্ব
বোন	২	২৫, ২২	মৃত্যুর সন
স্বামী/স্ত্রী	১	২৭	
ভেলে	১	৭	
মেয়ে	২	৪, ৪	

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) ২১ (খ) ১ কেজি হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়েছে (গ) ১১</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) ১১ (খ) ১১ (গ) ১১ (ঘ) ১১</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 মাতৃকুলে কারও কোন বংশানুক্রমিক রোগ আছে কি? থাকলে বর্ণনা দিন।</p>	<p>(ক) ১১ (খ) ১১</p>																						
<p>১৪। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।</p> <p>(ক) মৃগী, মুচ্ছা, কোন প্রকার স্নায়বিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া। (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্রুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ। (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া। (ঘ) প্রীহা বা যকৃতের কোন রোগ। (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, কোন প্রকার ডায়েবেটিকস্, যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঞ্জের উপস্থিতি। (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ। (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ। (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া। (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1"> <tr> <td>হ্যাঁ</td> <td>না</td> </tr> <tr><td>১</td><td></td></tr> <tr><td>২</td><td></td></tr> <tr><td>৩</td><td></td></tr> <tr><td>৪</td><td></td></tr> <tr><td>৫</td><td></td></tr> <tr><td>৬</td><td></td></tr> <tr><td>৭</td><td></td></tr> <tr><td>৮</td><td></td></tr> <tr><td>৯</td><td></td></tr> <tr><td>১০</td><td></td></tr> </table>	হ্যাঁ	না	১		২		৩		৪		৫		৬		৭		৮		৯		১০	
হ্যাঁ	না																						
১																							
২																							
৩																							
৪																							
৫																							
৬																							
৭																							
৮																							
৯																							
১০																							
<p>১৫। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ২২০ কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? ৫' ৮" ফু/মিঃ ২' ৮" ইঃ/সেঃ মিঃ (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ৩৬" ইঃ সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ৩৪" ইঃ সেঃ মিঃ (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ৩৬" ইঃ (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন ১১</p>	<p>১১</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 পরিমান অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

রাখার জন্যে বীমা কোম্পানীর ঘোষণাসমূহে একাধিক প্রকারের বিধি দ্বারা নির্ধারিত পরিমাণ অর্থ জরিমানা করা যাইবে।

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

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা

নাম :

ক) আপনার শিক্ষা গত যোগ্যতা কতটুকু?

খ) আপনার মাসিক আয় কত?

গ) আপনার আয়ের উৎস কি?

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?

বয়স :

ঝ) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?

এং) 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?

ণ) তাঁর আয়ের উৎস কি?

ত) তাঁর জীবনের উপর চালু বীমাসমূহের বর্ণনা

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক

ঘোষণা

.....

ঘোষণা

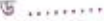
আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শর্তার আশ্রয় গ্রহণ করিনি।
বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে এ আবদেনপত্রে বর্ণিত সকল তথ্যের ব্যাপারে যদি ভাক্তারী পরীক্ষা হয়, তবে ডাক্তারী পরীক্ষার 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 গ্যাকিবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবদেন যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রস্তাবিত পরিকল্পনা অনুসারে
দায়িত্ব প্রিমিয়ামের হারে পূর্নীত হলে আমি অবিলম্বে প্রথম প্রিমিয়াম জমা দিব; অন্যথায় কোম্পানীর সমস্ত প্রাথমিক খরচ পরিশোধ করতে বাধ্য থাকবো।
আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবদেন যথাবিহীন বিবেচনার পর যুঁকির রিসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

স্বাক্ষরঃ রাড

পুরো নাম

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন যথাবাহত বিবেচনায় আসবে।

(ক) স্বাক্ষর : স্থান পুরো নাম
 পদবী ঠিকানা
 কোড কোড নং

(খ) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর : 
 পুরো নাম
 কোড নং
 ঠিকানা :
 কোড :
 কোড নং :

স্বাক্ষর বা হিমাংশ চাকরীতে নিয়োজিত হলে তদসম্পর্কিত

বিঃদ্রঃ: বীমা গ্রহণোক্তর সম্মতিত বীমা প্রাধিকারক বর্তমান পেশ

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

কপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

শ্রীঃ রায়

প্রত্যাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর
তারিখ :

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

নাম: মোঃ রাস্তা
Name: Md. Razo
পিতা: মোঃ ইউসুফ
মাতা: বেবী আকতার
Date of Birth: 10 Feb 1990
ID NO: 19901595512000118

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা-
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।
ঠিকানা: বাসা/হোজি: আলহাম্ম আঃ সাঃ দফাদার বাড়ী/মুরশীদ সিকদার ভাড়া ঘর,
গ্রাম/রাঙা: হাজী আশ্রাফ আলী রোড, তাকঘর: পাহাড়তলী ১৪২০২,
পাহাড়তলী, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ১২/০৫/২০১০

২০২১-১১
১৯৯০-০২
৩১-০৯
= ৩২

MO. MINJIBUR RAHMAN
JAMU, 10/2/2010, Development
Public Life Insurance Co Ltd
Chattogram Division Office



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
Ministry of the People's Republic of Bangladesh
জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card

2007-2008 National ID Card



দ্বিগুন আকর্ষণ

INDUKTER

ଆଃ ଆଦ୍ୟ ହାଶୋମି

নাম: _____

June 1993

826 449 0635

000 000 000

24/2



निजामन: दानाएवमुदिह: दहडूँ बाकी, ग्राम/राठा: मधुन
 अनाइपडूँ, सगई पाडूँ (पडूँ) उकचर: भाहाडूँली -
 १२०२: आहाडूँली, छडग्राम सिंगि कएलावेनन, छडग्राम

20 Mar 2020

© 2007 Pearson Education, Inc.

CHITTAGONG

I<BGD82649063<53<<<<<<<<<<<<<<
9301010F3503199BGD<<<<<<<<<<<<<
AKTER<<JINU<<<<<<<<<<<<<<<<<

[Signature]

প্রাথমিক পরিচিতি সনাক্তিকরণ ফর্ম (KYC Profile Form)

(মুদ্রিত নামে বীমা পত্রিকা/পত্রের প্রকাশনা) (পাইলট)

১. বীমা লাভীস্বর নাম/প্রেমী :

বীমা-প্রাপ্তকালের তারিখ/সময় :

একক
৩০০২৫৩২৬.০০ তারিখ **৩০/০৮/২০**

বীমা গ্রাহকের
ছবি

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি:

পরিচয়ের নাম	জন্ম তারিখ
পিতার নাম	৩০/০৮/২০১০
মাতার নাম	
পার্ম/প্রার নাম	
জাতীয়তা	বাংলাদেশী
টেলিফোন (বাস)	টেলিফোন (অফিস):
মোবাইল	ফ্যাক্স:
ইমেইল	

৩. পরিচয়পত্র:

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং :	১৩৩০/৫৩৫৫/২০০০/১৪	বডি গৃহীত	<input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
খ) পাসপোর্ট নং :	মেয়াদ :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :	হ্যাঁ	<input 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 :	মেয়াদ :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না <input type="checkbox"/>	

কি হতে গ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যে কোনো একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি বোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোন্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যে কোনো পরিচিতি পত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতি পত্র না থাকলে সে বিষয়ে বীমাকারীর সম্মতি সাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতি পত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোন্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সম্মতি সাপেক্ষে উপরের ঘ হতে চ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদিসহ অতিরিক্ত আরো কোনো দলিলাদি এবং এই ফরমে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা :

৬. গ্রাহকের পেশা (নিম্নলিখিত) :

সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও ৩দুর্গে প্রোভেন গেজেটেড কর্মকর্তা, পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যক্ষ, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, বোর্ডিং শারলিক, অ্যাসেসরকারি/প্রাইভেট সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও ৩দুর্গে প্রোভেন কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও ৩দুর্গে প্রোভেন কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

১. গ্রাহকের ঠিকানা (নাম/পানবী/উদ্দেশ্য) : _____
 ২. গ্রাহকের অর্থের উৎস : _____
 ৩. গ্রাহকের উৎস হস্তান্তরের শর্তাঙ্ক : _____

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

৫. প্রিমিয়ামের পরিমাণ : ৩২৪০০

৬. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :
 (ক) ব্যাংক (ডেবিটসহ) ২৫৮৮

(খ) নগদ ☒

৭. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য:

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	<u>বিলু আক্তার</u>	সম্পর্ক :	<u>স্ত্রী</u>
বিত্তিক নাম :			
মাতার নাম :			
পিতা/ স্বামীর নাম :		জন্ম তারিখ :	<u>২৭</u>
পেশা :			
বর্তমান ঠিকানা :			
স্থায়ী ঠিকানা :			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ) :		টেলিফোন (অফিস) :	
টেলিফোন (বাসা) :		ফ্যাক্স :	
মোবাইল <u>০১৪২৪৪২৩০৪</u>			
ই-মেইল :			

বীমা গ্রাহক কর্তৃক
 সত্যায়িত মনোনীত
 ব্যক্তির ছবি

(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক হলে ছবি সহ সকলের তথ্য ও শর্তাবলী ছাড়া উল্লেখ করতে হবে)

৮. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ : ☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

[মন্তব্য অংশ বিষয়বস্তু (Subjective) বিবেচনার গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপণের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের প্রকার, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদির অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসেবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকরীর ক্ষেত্রেও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা দাত করতঃ বিশেষ করে চাকরীর প্রকৃতি ও দায়-বর্তন্যের নির্ভর্যে ঝুঁকি নির্ধারণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

৯. মন্তব্য : _____

পারিশ্রমিক কর্মকর্তা/ বিজ্ঞানমণ্ডল ম্যানেজারের স্বাক্ষর
 (সিল ও তারিখ)

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



অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
 (সিল ও তারিখ)



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

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

বীমা প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে সাংগঠনিক কর্মকর্তার গোপনীয় রিপোর্ট

- প্রস্তাবপত্র নং ২০৬২৫০২২৬-১
- প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার নাম মাস্টার বাবু
- স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম ১১২ মনোজ কদম
- জেলা চাঁদপুর। যোগাযোগের ঠিকানা :
- তারিখ ২০/১১/২২
- বয়স ১২
- থানা চাঁদপুর সদর

প্রশ্ন নম্বর	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকা সম্পর্কে প্রশ্ন	প্রশ্নোত্তর
০১।	আপনি কতদিন যাবৎ প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকাকে চেনেন ?	দীর্ঘ দিন তিনটে
০২।	তার সাথে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল ?	২০/১১/২২ দিন
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 ?	চাকরি
০৭।	তার আর্থিক অবস্থা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ? আপনি কি মনে করেন প্রস্তাবিত বীমা অংক তার আয়ের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ ?	
০৮।	তার আয়ের উৎস কি ?	৩২০,০০০
০৯।	তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত ?	২২০,০০৬
১০।	প্রস্তাবক/প্রস্তাবিকার বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য সম্পর্কে আপনার ধারণা কি ?	ডান
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 কোড নং ➤ পদবী কোড নং
- স্থান ➤ অফিসের নাম ➤ ঠিকানা.....

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

ব্রাহ্মণী পরিচালক

রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোঃ লিঃ

প্রধান কার্যালয়, ঢাকা- ১০০০।

বিষয় : বার্ষিক আয়-ব্যয়ের ঘোষণা প্রসঙ্গে।

জনায়ে,

যথাবিহীত সম্মান পূর্বক নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী আপনার স্বনামধন্য কোম্পানিতে

) টাকার বীমা করতে ইচ্ছুক।

একটি ৫০০,০০০ (পাঁচ লাখ)

আমি ~~চাহুরী~~ করি এবং উক্ত ~~চাহুরী~~ হতে আমার বার্ষিক আয় হয় ৬৬০,০০০

টাকা, ব্যয় হয় ২২০,০০০ টাকা। সব খরচ মিটানোর পর উক্ত বীমাটি চালাতে আমার কোন

অসুবিধা হবে না।

অতএব মহোদয়ের প্রতি বিনীত প্রার্থনা উপরের ঘোষণা অনুযায়ী আমি যাতে বীমাটি করতে পারি

তাহার বিহীন বিধান আপনার যেন আজ্ঞা হয়।

নিবেদক/নিবেদিকা

মোঃ রাজু



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



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.....
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?	না	(চ) মূত্রাশয়ে পাথর, যৌন রোগ, প্রস্রাবে শর্করা এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।	না
৬। কখনও নিম্নের এক বা একাধিক রোগে আক্রান্ত হইয়াছেন কি?	না	(ছ) কোন প্রকার অজ্ঞোপচার, 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 এম্বারে, 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 শরীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	
বাবা	১	৫৭	স্বাস্থ্য			<p>৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য :</p> <p>(ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশ্র করেন?</p> <p>(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?</p> <p>(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন</p> <p>(ঘ) স্তন অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।</p> <p>(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :</p>
মা	১	৫২	স্বাস্থ্য			
ভাই	৬	৩০, ২৫, ২৪	স্বাস্থ্য			
বোন	২	২৬, ২২	স্বাস্থ্য			
স্বামী/স্ত্রী	১	২৭	স্বাস্থ্য			
ছেলে	১	৭	স্বাস্থ্য			
মেয়ে	২	৪, ৪	স্বাস্থ্য			

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, উপরোক্ত বিবৃতি প্রতিটি প্রশ্ন প্রস্তাবিত বীমাগ্রাহককে

বুঝানো হইয়াছে এবং তাহার প্রদত্ত উত্তর যথাযথভাবে লিপিবদ্ধ করেছি। প্রস্তাবিত জীবন স্থান ৬০, নিউমার্কেট তারিখ ২৪.১২.২০ বীমাগ্রাহক আমার সামনে দস্তখত করিয়াছেন। (বীমাগ্রাহকের ও পরীক্ষক ডাক্তারকে একই কলমে ও কালিতে স্বাক্ষর করতে হবে।)

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

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের স্বাক্ষর

প্রোঃ রাজ

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

প্রস্তাবকের নাম প্রোঃ রাজ পরিচিতি প্রাদানকারী ৬০, নিউমার্কেট

সনাক্তকরণের কোন চিহ্ন বা শারীরিক বিশেষত্বের বিবরণ দিন ৬০, নিউমার্কেট

(হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	হ্যাঁ	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	হ্যাঁ
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোক্ত বিবৃতি বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন <u>৭০</u> কেজি/মিঃ/সেঃ	হ্যাঁ
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	হ্যাঁ
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	হ্যাঁ	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শবন ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	হ্যাঁ	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা <u>৫'১০"</u> মিঃ/ফুঃ	হ্যাঁ
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	হ্যাঁ	(খ) ওজন <u>৭০</u> কেজি/পাঃ	হ্যাঁ
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	(গ) বুকের বেড়, পূর্ব শ্বাস নিয়া <u>৩৬</u> মিঃ/সেঃ	হ্যাঁ
(খ) গ্রীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	হ্যাঁ	শ্বাস ত্যাগের পরে <u>৩৪</u> মিঃ/সেঃ	হ্যাঁ
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	হ্যাঁ	(ঘ) নাভী বরাবর পেটের মাপ <u>৩২</u> মিঃ/সেঃ	হ্যাঁ
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	হ্যাঁ	১০। প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের শারীরিক অবস্থা ও পরিবারিক ইতিহাস পরীক্ষা করে আপনি কি তাহার দীর্ঘায়ু হওয়ার সম্ভাবনাকে উজ্জ্বল বলে মনে করেন? তিনি কি সকল দিক দিয়ে বীমার জন্য প্রথম শ্রেণীর জীবন?	হ্যাঁ
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	বিশদ বিবরণের স্থান	হ্যাঁ
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	হ্যাঁ	স্থান <u>৬০, নিউমার্কেট</u> তারিখ <u>২৪.১২.২০</u>	হ্যাঁ
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	হ্যাঁ	পুরো নাম <u>প্রোঃ রাজ</u>	হ্যাঁ
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	হ্যাঁ	ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল <u>৬০, নিউমার্কেট</u>	হ্যাঁ
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক	হ্যাঁ	ডাক্তার <u>৬০, নিউমার্কেট</u>	হ্যাঁ
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	হ্যাঁ	জন্ম তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং <u>১৭৪২, ১১৭০৭</u>	হ্যাঁ
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিঘ্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	হ্যাঁ	কোড নং	হ্যাঁ
৬। গনোরিয়া, সিকিলিস, যৌন বা স্তন্যদানীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	হ্যাঁ	বর্তমান ঠিকানা <u>DR. M. A. KAMAL</u>	হ্যাঁ
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিস্তারিত লিখুন।	হ্যাঁ	MBBS: BCS: PGT: FRSH	হ্যাঁ
		282, Commerce College Road,	হ্যাঁ
		Agrabad, Chittagong.	হ্যাঁ
		Mobile: 01673-720550	হ্যাঁ



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. RAJU

SEX ☒ M ☐ F AGE-32 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 53

E.S.R. 09 mm fall in 1st hour.

HB. 13.8 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 6,600 per.cu.mm.

Red blood cell 5.0 per.cu.mm.

Platelet Count 2,60,000 per.cu.mm.

Cir. Eosinophil Count per.cu.mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	48%	40	-	75%
Lymphocyte	42%	20	-	45%
Monocyte	06%	2	-	10%
Eosinophil	04%	1	-	6%
Basophil	00%	0	-	<1%

Reticulocyte Count

P.C.V.

BLEEDING TIME (B.T)

CLOTING TIME (C.T)

M.P. Count :

M. P. (Thick & Thin Film)

PFT :

NORMAL VALUES

HAEMOGLOBIN

Men = 13.0-18.0 gm / dl.

Women = 11.5-16.5 gm / dl.

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

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

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

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

E.S.R.

05 - 15 mm in 1st hour.

RBC - 4.5 - 5.5 per.cu.mm.

Total Count (W. B. C.)

Adult = 4.5 - 10.0 thousands / cu.mm.

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

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

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

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

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

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

Reticulocyte count :

Adult & Children = 0.2 - 2%

Infant = 2 - 6%

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

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

HEMATOLOGICAL REPORT

COMMENTS (IF ANY) :

শ্রীঃ রাজু

Attested



CHECKED BY

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

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

CONSULTANT



THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : MD. RAJU

SEX ☒ M ☐ F AGE-32 years

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

DATE 14 12 2021

SL.No. 53

PHYSICAL

COLOUR : Straw

SEDIMENT : Nil

SP.GRAVITY : 1012

PHYSICAL

REACTION : Acidic

SUGAR : Nil

ALBUMIN : Nil

EXCESS OF PHOSPHATE : Nil

ACETONE :

UROBILINOGEN :

BILE SALTS :

BILL PIGMENTS :

KETONE BODIES :

MICROSCOPIC

PUS CELLS : 1-2/hpf

RBC : Nil

EPITHELIAL CELLS : 1-3/hpf

MUCUS :

SPERMATOOZOA :

PARASITES :

MICRO ORGANISMS : Nil

FUNGUS :

CRYSTALS Nil

CALCIUM OXALATE :

URIC ACID :

TRIPLE PHOSPHATE :

AMOR PHOS PATES :

CASTS Nil

HYALINE :

EPITHELIAL :

GRANULAR :

FATTY :

URINE ANALYSIS

COMMENTS (IF ANY) :

সোফ রাড

Attested

CHECKED BY

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

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