

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-Deed )

Business Month: **August, 2021** Bandartila Agency Office[ECB4002] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date 22/09/2021 12:00:00AI Mobile No: 01789997101 Medical: Medical submitted.

PolicyNo **103253167-0** Age at Entry 39 YRS. AGE ADMITTED(1)

Name of plan MONEY BACK TERM ASSURANCE (WITH GURANTEED PROFIT) FOR 15 YEARS TERM

Table & Term 06-15 Supplementary Cover NULL. 0.00

Proposer's Name TAHMINA AKTER

Proposer's Address W/O.MOHAMMAD HOSSEN  
VILL:OBAIDUR RAHAMAN BHOBON, ABDUL  
HAMID ROAD SHULOK BAHAR  
P.O. CHAWKBAZAR THANA PANCHLAISH  
DIST.CHATTOTGRAM 01789997101

Extra Loading: Tk. 860 Include CL Lien 10% For 5 Year to this Policy.

Sum Assured 430,000 FOUR LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment YEAR Policy Option C Basic Premium: 16,899.00 Suspense: 0.00

Total Premium By PR- 871283 26/08/2021,  
17,759.00 SEVENTEEN THOUSAND SEVEN HUNDRED FIFTY NINE TAKA ONLY

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

Nominee's Name MOHAMMAD HOSSEN, HUSBAND, 43 YRS

Guardian's Name GUARDIAN:

Child's Name , Yrs.

Date of FPR: 22/09/2021 FPR No: ECB-E-1017/21 RiskDate : 03/10/2021

Date of Proposal 26/08/2021 Proposal No: ECB-E-1017/21 Date of Commencement 26/08/2021

Premium due date: ON THE DATE OF 26 AUGUST IN EVERY YEAR

Last premium due date 26/08/2035 Next Due Date: 26/08/2022 Date Of Maturity 26/08/2036

Special Provision ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES,25% OF SUM INSURED AS GUARANTEED PROFIT INCLUDING ALL PREMIUMS PAID DURING THE TERM OF THE POLICY WILL BE PAID.

Organization Set-up: 103000244/10300031/1030029/100293/100577/100648/100273

Checked

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

Countersigned

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

Managing Director

*Handwritten signature*



# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Ekok Bima

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

Print dt: 04/10/2021

Include CL Lien 40% For 5 Year

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রদানপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিছির পদ্ধতি	পি, অর/বি, এম নং	পূঁহিত টাকা
103253187-0	ECB-E-1017/21	26/08/2021	03/10/2021	08-15	Yly	871283	17759
বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা : বীমাগ্রাহকের বয়স : 39	<b>TAHMINA AKTER</b> <b>W/O: MOHAMMAD HOSSEN</b> <b>VILL: OBAIDUR RAHAMAN BHOBON, ABDUL</b> <b>HAMID ROAD SHULOK BAHAR</b> <b>P.O.: CHAWKBAZAR THANA PANCHLAISH</b> <b>DIST: CHATTOGRAM 01789997101</b>				শাখা <b>Bandarilla Agency</b> <b>Office (ECB4002)</b> এক পি অর নং <b>ECB-E-10</b> <b>17/21</b> <b>22/09/2021</b>	<b>26/08/2021</b>  0  0	
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্বৃত্ত জমা	সহযোগী বীমা	মোট :
430000	16899	0	860	17759	0	NILL.	17759
সাংগঠনিক কোড নং : 103000244/10300031/1030029/100263/100547/100648/100273							পরবর্তী প্রিমিয়াম প্রদানের তারিখ <b>26/08/2022</b>

পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর

AGE ADMITTED

Female Extra: 2 Per

অনুমোদিত স্বাক্ষর

# RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For ( Ekok-FPR )

Business Month: August, 2021

Bandartila Agency Office[ECB4002] S.Cell:Chowmuhon

Entry Date 22/09/2021 12:00:00A

Mobile No: 01789997101

Medical:

Medical submitted.

PolicyNo 103253167-0 ✓

Age at Entry

39 YRS. AGE ADMITTED(1) ✓

Name of plan

MONEY BACK TERM ASSURANCE (WITH GURANTEED PROFIT) FOR 15 YEARS TERM

Table & Term

06-15 ✓

Supplementary Cover

NILL. 0.00

Proposer's Name

TAHMINA AKTER

Proposer's Address

W/O:MOHAMMAD HOSSEN  
VILL:OBADUR RAHAMAN BHOBON, ABDUL  
HAMID ROAD SHULOK BAHAR  
P.O.:CHAWKBAZAR THANA:PANCHLAISH  
DIST:CHATTOGRAM 01789997101

Extra Loding:

Tk. 860 ✓

Include CL Lien 40% For 5  
Year to this Policy.

Sum Assured

430,000 ✓

FOUR LAKH THIRTY THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR

Policy Option

C

Basic Premium: 16,899.00

Suspense: 0.00

Total Premium

By PR- 871283

26/08/2021, ✓

17,759.00 ✓

SEVENTEEN THOUSAND SEVEN HUNDRED FIFTY NINE TAKA ONLY

Event of Happening

1.ON SURVIVAL,AS PER SPECIAL PROVISIONS HEREIN AFTER.  
2.ON DEATH WITHIN THE TERM FULL SUM INSURED.

Nominee's Name

MOHAMMAD HOSSEN, HUSBAND, 43 YRS

Guardian's Name

GUARDIAN:

Child's Name

, Yrs.

Date of FPR:

22/09/2021

FPR No:

ECB-E-1017/21

RiskDate :

22/09/2021 ✓

Date of Proposal

26/08/2021

Proposal No:

ECB-E-1017/21

Date of Commencement

26/08/2021 ✓

Premium due date:

ON THE DATE OF 26 AUGUST IN EVERY YEAR

Last premium due date

26/08/2035

Next Due Date:

26/08/2022

Date Of Maturity

26/08/2036

Special Provision

ON SURVIVAL OF THE LIFE INSURED TO THE SPECIFIED DATES,25% OF SUM INSURED AS GUARANTEED PROFIT INCLUDING ALL PREMIUMS PAID DURING THE TERM OF THE POLICY WILL BE PAID.

Organization Set-up:

103000244/10300031/1030029/100263/100547/100648/100273

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 27.09.21

### OFFICE INFORMATION

Proposal No. 1017921 Proposal Date  
Policy No. 103253167-0 Branch Code  
R. No. F- Branch Name

### ORGANIZATION

103000244, D.C.  
R.C.  
D.V.C.  
C.C.

### POLICY RELATED INFORMATION

Date 03.10.21 Date of Commencement 26.08.21  
Age of Birth Entry Age & Proof Code 19 01  
Assured/Pension/Annuity (In Taka) 4,20,000/-  
In Word FOUR LAC THIRTY THOUSAND TAKA ONLY  
e & Term 06 15 Mode of Payment FIFTEEN  
Installment Premium (In Taka) 16,899/-  
In Word

### SUPPLEMENTARY COVER

Code	Premium
DIAB/PDAB	
HB	

### EXTRALODGING

Code	Premium
✓ E or O/E	860/-
EM	

Installment Premium (In Taka): 12,759/-  
In word  
y Option  
Premium Due Date

### PROPOSER'S PERSONAL INFORMATION

Proposer's Name TAHMENA AKTER  
w/o. MD. HOSEN,  
Proposer's Present Address C/O. MD. SIDUR RAHMAN C  
VILL. ABDUL HAMID RD.  
P/S. CHOK BAZAR  
THANA, PACHAISH, DIST.  
Nominee's Name MD. HOSEN - 43 (hus-b)  
Age & Relation  
Guardian's Name  
Age & Relation

### OTHERS INFORMATION

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

### CHILD/SECOND LIFE

Date of Birth Age  
Proof Sex  
No. of extra Policies

MD 01789997101

### PARTICULARS OF EXTRA POLICY (IES)

Policy No.	Cession Number	Amount

### PARTICULARS OF PAYMENTS

Date	Receipt No.	Premium
26.08.21	871283	127

Suspense Amount  
Premium Rate % 39.30

Prepared by

Verified by

# UNDER WRITING SHEET

অবলিখন শীট

Policy / Policies :

বরণ :

Underwriting Decision :

অবলিখন সিদ্ধান্ত :

Accepted with FI  
and 40% Conformity  
Assured for 1st 05  
of the Term.

Md.  
Exerc  
Unit  
Rupali  
R

Signature of the Underwriter  
Date: 28/10/2020  
Signature of the Agent  
Signature of the Broker

Adviser :

28/10/20  
21





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

কম্পিউটার/ফাইল কপি

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

টাকা প্রাপ্তির রসিদ

PR নং : 871283  
তারিখ : 24/06/2022

গ্রাহকের মোবাইল নম্বর:

01789997101

০৫ মিনিট সময়

ধন্যবাদ সহকারে জনাব/জনাবা

নিকট হতে

টাকা

পয়সা (কথায়)

টাকা নগদ/চেক/ডিডি/পে-অর্ডার/টিটি নং

এর মাধ্যমে প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্র নং

উক্ত টাকা :

১। প্রথম বর্ষ/ডেফার্ড/নবায়ন প্রিমিয়াম

২। প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ

এর পক্ষ থেকে অন্য কোন বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত সংশ্লিষ্ট চুক্তির শর্তাবলী স্বাপক্ষে এই টাকা

আমানত হিসেবে গ্রহণ করা হইল। এই টাকা গ্রহণের মাধ্যমে কোম্পানী জমাদানকারীর জীবনের কোন প্রকার আর্থিক ঝুঁকি গ্রহণ করে নাই। এই

টাকা নিয়মিত প্রিমিয়াম হইলে কোম্পানীর নির্দিষ্ট অফিস হইতে স্ট্যাম্প যুক্ত পাকা রশিদ ইস্যু করা হইবে। উল্লেখ্য যে প্রিমিয়ামের বিপরীতে

গ্রহণকৃত চেক/ডিডি/পে.অর্ডার নগদী করন স্বাপক্ষে প্রাপ্তি হিসেবে গৃহীত হইবে।

টাকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর (সীলসহ)  
(কোষাধ্যক্ষ)

আদায়কারী অফিসের সীল

রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন

ক্ষমতাপ্রাপ্ত কর্মকর্তার  
স্বাক্ষর ও সীল

MD. AKHTARUL ALAM  
S.E.O (F&A)  
ID No. -0339  
Rupali Life Ins. Co. Ltd  
Chittagong.

১৪তম সংস্করণ তারিখ ০৫/০৩/২০২০





# রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

(শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত)

প্রধান কার্যালয়: রূপালী লাইফ টাওয়ার, ৫০ কাকরাইল, ঢাকা-১০০০। সার্ভিস সেল কোড নং  
পিএবিএস : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০

## জীবন বীমার আবেদনপত্র

প্রস্তাবপত্র নং ৯০২৭/২৮  
বীমাপত্র নং ২০৬২৪৬২৭৭-০

উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর	উন্নয়ন কর্মকর্তার নাম	পদবী	কোড নম্বর
	এফ.এ.	১০৬০০০২৪৪		ডি.সি	
	ইউ.এম			আর.সি	
	বি.এম			ডি.ডি.সি	২০০২৭০
	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) : তাহমিনা আক্তার  
(খ) নামের বানান ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :  
(গ) পিতা/স্বামীর নাম : মুহাম্মদ আলী হোসেন ইংরেজীতে :  
(ঘ) মাতার নাম : কমলিনা হোসেন ইংরেজীতে :  
(ঙ) পেশা (বিস্তারিত বিবরণ) : সেলুলার ইন্সপেক্টর টাক্সেস  
(চ) চাকুরীজীবী হলে পদমর্যাদা/নিয়োগকারীর নাম :

২। (ক) স্থায়ী ঠিকানা : এফও আবদুল  
(খ) যোগাযোগের ঠিকানা : এফও আবদুল  
মোবাইল নং : ০১৭৪৭৭৭৭১০১ মোবাইল নং :

৩। জন্ম তারিখ : ৩৬ বয়স : ৩৬ জন্মস্থান : নিজাম জাতীয়তা : বাংলাদেশী  
ক) বয়স প্রমাণের জন্য কি দলিল জমা দিবেন?

৪। (ক) বীমা অংক : ২৪০০০০  
(খ) তালিকা নং : ০৫ মেয়াদ : ১৫ বৎসর  
(গ) কিস্তির পদ্ধতি : ☐ বার্ষিক ☐ ষান্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ এককালীন  
(ঘ) জমাকৃত টাকার বিবরণ : পি. আর. নং : ১০৫৫ টাকা :  
৫। সহযোগী বীমা গ্রহণের ইচ্ছে থাকিলে টিক(✓) চিহ্ন দিন :  
☒ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ডিআইএবি) ১৭,৫০  
☐ দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানি বীমা (পিডিএবি)

৫। (ক) বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য কি? সঞ্চয় আনুমানিক বার্ষিক আয় কত? ১২০,০০০/- আয়ের উৎস কি? সেলুলার  
(খ) প্রিমিয়াম কে দিবেন? (অন্য কেউ দিলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন) নিজ

৬। ২ বছর পলিসি চালু থাকা সাপেক্ষে পলিসিটি পরিশোধিত বীমায় রূপান্তরিত হবে।

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

প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক	বীমার শ্রেণী/মেয়াদ	কি শর্তাবলীতে গৃহীত হয়েছে?	বৃদ্ধির তারিখ লিখুন
<u>১</u>	<u>১</u>	<u>১</u>	<u>১</u>	<u>১</u>	<u>১</u>

৮। (ক) মনোনীতক (গণ)-এর নাম (১) মুহাম্মদ আলী হোসেন বয়স : ৪৬ সম্পর্ক : স্বামী  
(২) বয়স : সম্পর্ক :  
(৩) বয়স : সম্পর্ক :  
(খ) অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম : বয়স : সম্পর্ক :

## বীমা আইনের ৩৯ ধারা অনুসারে

৯। (ক) আপনার কোন জীবন বীমার প্রস্তাব এই কোম্পানী বা অন্য কোন কোম্পানি 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 বিপদজনক পেশা বা সামরিক/বে-সামরিক/নৌ অথবা বিমান সংস্থা বা অন্য কোন সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দেওয়ার সম্ভাবনা আছে কি?  
(খ) আপনার জীবনের উপর প্রতিকূল প্রভাবকারী কোন অতিরিক্ত তথ্য/বৃদ্ধি সম্পর্কে জানাবার থাকলে লিখুন।

## পারিবারিক ইতিহাস :

আত্মীয়	সংখ্যা	জীবিত	মৃত
		বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা
পিতা		<u>৫৬</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>
মাতা		<u>৫৬</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>
ভাই	<u>০৬</u>	<u>৩৬, ৩৪, ৩২</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>
বোন	<u>০২</u>		
স্বামী/স্ত্রী		<u>৪৩</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>
ছেলে	<u>০৩</u>		
মেয়ে	<u>০৬</u>	<u>২০, ১৬, ১৬</u>	<u>স্বাস্থ্য</u>

POSTED BY  
FI DEPT.



**ডাক্তারী পরীক্ষাবিহীন জীবন বীমার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত বিবৃতি**

<p>১০। (ক) আপনি কি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ?                  (খ) গত এক বছরের মধ্যে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি পেলে তা 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) .....                  (খ) ..... কেজি/হ্রাস/বৃদ্ধি পেয়ে                  (গ) .....</p>																																		
<p>১১। (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) .....                  (খ) .....                  (গ) .....                  (ঘ) .....</p>																																		
<p>১২। (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) .....                  (খ) .....</p>																																		
<p>১৩। আপনি কি নিম্নলিখিত কোন কারণে বা রোগে কখনও ভুগেছেন? প্রত্যেক ক্ষেত্রে বিস্তারিত বিবরণ ও চিকিৎসার ইতিহাস বর্ণনা করুন।                  (ক) মৃগী, মুচুর্মা, কোন প্রকার শারীরিক বা মানসিক গোলযোগ বা অন্য কোন কারণে অজ্ঞান হওয়া।                  (খ) ঘন ঘন কাশি, রক্তবমন, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, প্লুরেসী, যক্ষ্মা, শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া, রক্তচাপ, হৃদরোগ।                  (গ) পাকস্থলী বা অন্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া।                  (ঘ) প্রীহা বা যকৃতের কোন রোগ।                  (ঙ) মূত্র পাথরী, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, ডায়েবেটিস, কোন প্রকার যৌন রোগ, প্রসাবে শর্করা, এলবুমেন বা পুঁজের উপস্থিতি।                  (চ) চোখ, কান, নাক অথবা গলায় রোগ।                  (ছ) গলগন্ড, টিউমার, ক্যান্সার, রক্ত, চর্ম বা গ্রন্থীর কোন রোগ।                  (জ) অন্য কোন প্রকার রোগ বা পীড়া।                  (ঝ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা, অস্থিসন্ধি বা মাংসপেশীতে জখম।</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">ইং</td> <td style="width:50%; text-align: center;">না</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">বলুন</td> <td style="text-align: center;">বলুন</td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">১</td><td style="text-align: center;">২</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">৩</td><td style="text-align: center;">৪</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">৫</td><td style="text-align: center;">৬</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">৭</td><td style="text-align: center;">৮</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">৯</td><td style="text-align: center;">১০</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">১১</td><td style="text-align: center;">১২</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">১৩</td><td style="text-align: center;">১৪</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">১৫</td><td style="text-align: center;">১৬</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">১৭</td><td style="text-align: center;">১৮</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">১৯</td><td style="text-align: center;">২০</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">২১</td><td style="text-align: center;">২২</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">২৩</td><td style="text-align: center;">২৪</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">২৫</td><td style="text-align: center;">২৬</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">২৭</td><td style="text-align: center;">২৮</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">২৯</td><td style="text-align: center;">৩০</td></tr> </table>	ইং	না	বলুন	বলুন	১	২	৩	৪	৫	৬	৭	৮	৯	১০	১১	১২	১৩	১৪	১৫	১৬	১৭	১৮	১৯	২০	২১	২২	২৩	২৪	২৫	২৬	২৭	২৮	২৯	৩০
ইং	না																																		
বলুন	বলুন																																		
১	২																																		
৩	৪																																		
৫	৬																																		
৭	৮																																		
৯	১০																																		
১১	১২																																		
১৩	১৪																																		
১৫	১৬																																		
১৭	১৮																																		
১৯	২০																																		
২১	২২																																		
২৩	২৪																																		
২৫	২৬																																		
২৭	২৮																																		
২৯	৩০																																		
<p>১৪। (ক) আপনার বর্তমান ওজন কত? ..... কেজি/পাউন্ড (খ) আপনার উচ্চতা কত? ..... ফু/মিঃ ..... ইঃ/সেঃ মিঃ                  (খ) আপনার বুকের মাপ কত? পূর্ণশ্বাস নেওয়ার পর ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ। শ্বাসত্যাগের পর ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ                  (ঘ) আপনার নাকী বরাবর পেটের মাপ কত? ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ                  (ঙ) আপনাকে সনাক্ত করার জন্য শরীরের কোন চিহ্নের বিবরণ দিন .....</p>	<p>..... ফু/মিঃ ..... ইঃ/সেঃ মিঃ                  ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ                  ..... ইঃ ..... সেঃ মিঃ                  .....</p>																																		

**১৯৩৮ সালের বীমা আইনের ৪১ 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 অমান্যকারীর সর্বোচ্চ ৫০০.০০ (পাঁচশত) টাকা জরিমানা হবে।

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

<p>নাম : .....                  ক) আপনার শিক্ষাগত 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 সন্তবা? .....</p>	<p>মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা                  বয়স : .....                  ক) আপনার গত মাসিক কখন হয়েছে?                  ঙ) 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 .....</p>
--	---

বীমা প্রতিষ্ঠানের নাম	বীমাপত্র নং	বীমা অংক
.....	.....	.....

**ঘোষণা**

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উপরোল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছি। এবং আমার জানা মতে উল্লেখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য এবং আমি কোন প্রকার অসত্য ও শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। 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 ওয়ার্ডবহাল ব্যক্তিকে আমার শারীরিক যে কোন তথ্য প্রকাশ করার অধিকার দিলাম। এই আবেদন যথাবিহীন 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 যথাবিহীন বিবেচনার পর বীকার রসিদ ইস্যু না করা পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীনে কোম্পানীর কোন দায় বা দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

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

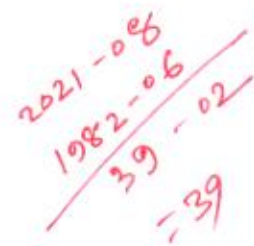
প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকের স্বাক্ষর  
তারিখ : .....

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

**রূপালী জীবন-নিরাপদ জীবন**

পিএবিএক্স : ৮৩৯২৩৬১-৪, ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮৩৯২৩৭০  
 রেজি নং C-39345(1303)/99







# 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/বিপ্লবীক/তালিকাপ্রাপ্ত/বিধবা  
(গ) বীমাকৃত টাকা.....  
(ঘ) তালিকা ও মেয়াদ.....  
৩। আপনি কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ আছেন?.....  
৪। সম্প্রতি কি আপনার ওজন বাড়িয়াছে কিংবা কমিয়াছে?.....

### নিম্নোক্ত প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ বা না লিখুন

৫। আপনার পরিবারে মাতৃ বা পিতৃকুলে কোন বংশানুক্রমিক রোগ যেমন মৃগী, বাত, ডায়াবেটিস, হাঁপানী, যক্ষ্মা, ক্যান্সার, কুষ্ঠ পাগলামী ইত্যাদি আছে কি?	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 অস্ত্রোপচার, দুর্ঘটনা ও সংস্পর্শে 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 এক্সরে, ইলেক্ট্রোকার্ডিওগ্রাম, রক্ত বা অন্য কোন পরীক্ষা করিয়েছেন, করে থাকলে কখন এবং কেন? চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা 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			টীকা
		বয়স	কোন শারীরিক অঙ্গ	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন	
বাবা	১	৬৬	৫/১৫				৮। মহিলাদের বেলায় প্রযোজ্য : (ক) আপনি কি কর্তমানে অন্তঃসত্ত্বা? যদি হন, তবে কখন সন্তান আশা করেন?
মা	১	৫৬	৫				(খ) আপনার ছেলেমেয়ে ক'জন?
ভাই	৬	৩৬, ৩৪, ৩২	৫				(গ) প্রসবের সময় কখনও কি কোন বিশেষ অসুবিধা বা জটিলতা সৃষ্ট হয়েছে? হলে লিখুন
বোন	—	—	—				(ঘ) গুণ অথবা জরায়ু সংক্রান্ত কোন রোগে কখনও কি ভুগছেন? ভুগিলে লিখুন।
স্বামী/স্ত্রী	২	৪৬	৫				(ঙ) শেষ মাসিকের তারিখ :
ছেলে	—	—	—				
মেয়ে	৬	২০, ১৬	৫				



## 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 ২৫-১০-২০

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

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

প্রস্তাবিত জীবন বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

### পরীক্ষাকারী ডাক্তারের গোপন রিপোর্ট

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

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

### (হ্যাঁ বা না লিখুন)

১। (ক) আপনি কি আবেদনকারীর সহিত কোন ভাবে সম্পর্কযুক্ত?	না	৮। প্রস্তাব পরীক্ষা ফল	না
(খ) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি উপরোল্লিখিত বয়সের বলে মনে হয়?	হ্যাঁ	(ক) আপেক্ষিক ওজন ১০২.২ সূত্রের অনুসারে	না
(গ) অকাল বার্ধক্যের কোন লক্ষণ আছে কি?	না	(খ) প্রস্তাব কি সকল দিক দিয়া স্বাভাবিক?	না
২। (ক) পরীক্ষার্থীকে দেখে কি রক্তশূন্য বা অসুস্থ বলে মনে হয়? যদি হয় বর্ণনা দিন।	না	(গ) প্রস্তাব কি আপনার নিজস্ব তত্ত্ববধানে গ্রহীত?	হ্যাঁ
(খ) শ্রবণ ও দৃষ্টি শক্তিসহ অন্য কোন শারীরিক বৈকল্য আছে কি? থাকিলে বিবরণ দিন।	না	৯। (ক) দৈনিক উচ্চতা ৫'৪.৫ মিঃ/ফুঃ	না
(গ) গ্লাভ ফোলা, টিউমার, কোন প্রকার চর্মরোগ আছে কি?	না	(খ) ওজন ৫৬ কিলো/পাউন্ড	না
৩। (ক) পাকস্থলী, অন্ত্র ও পেটের সকল অংশ কি সুস্থ ও স্বাভাবিক?	না	(গ) বুকের বেড়, পূর্ণ শ্বাস নিয়া ৩৫.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(খ) প্লীহা বা যকৃত বৃদ্ধি আছে কি?	না	শ্বাস ত্যাগের পরে ৩৬.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
(গ) দাঁত ও মাড়ি কি সুস্থ?	না	(ঘ) নাতী বরাবর পেটের মাপ ৩৭.৫ সেঃ মিঃ/ইঃ	না
৪। (ক) শ্বাস-প্রশ্বাসের সাথে বুকের সব দিকে প্রসার ও সংকোচন কি স্বাভাবিক?	না	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?	না
(খ) হৃৎপিণ্ড কি সুস্থ? কোন প্রকার অসুস্থতা থাকিলে লিখুন।	না	বিশদ বিবরণের স্থান	না
(গ) শ্বাসকষ্ট, গা ফোলাসহ হৃৎপিণ্ডের কোন প্রকার অক্ষমতার লক্ষণ আছে কি?	না	স্থান ..... তারিখ ২৫-১০-২০	না
৫। (ক) নাড়ির গতি কত? ধরণ কেমন?	৮০, নিয়মিত	পুরো নাম ..... ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সীল .....	না
(খ) ধমনীতে কোন ইসক্লেরোসিসের ইঙ্গিত আছে কি?	না	ডিগ্রী ..... ১১১.১১	না
(গ) রক্তচাপ : সিস্টোলিক/ডায়াস্টোলিক।	১১০/৭০	ডিগ্রীর তারিখ রেজিস্ট্রেশন নং ..... ১৭৪২, ১১০৭	না
(ঘ) হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন কি স্বাভাবিক? কোন প্রকার মৃদু শব্দ আছে কি? অস্বাভাবিক কোন প্রতিশব্দ থাকিলে লিখুন।	না	কোড নং .....	না
(ঙ) প্রস্তাবকের শ্বাস-প্রশ্বাসে কোন বিচ্ছিন্ন বা অনিয়ম পরিলক্ষিত হয় কি? হয়ে থাকিলে প্রস্তাবককে ব্যায়ামের পরে পরীক্ষা করুন।	না	বর্তমান ঠিকানা ..... DR. M. A. KAMAL MBBS, BCS, PGT, FRSH 282, Commerce College Road, Agrabad, Chittagong. Mobile: 01673-720550	না
৬। গনোরিয়া, সিলিসিস, যৌন বা মুত্রমলীর কোন প্রকার রোগের চিহ্ন বা ইতিহাস আছে কি?	না		না
৭। আপনি কি এমন কোন বিষয় লক্ষ্য করিয়াছেন যে, উল্লেখিত প্রশ্নের সাহায্যে সে বিষয়ে সম্পূর্ণ তথ্য আদায় করা যায় নাই? থাকিলে বিবৃতি লিখুন।	না		না





# THE UNITED DIAGNOSTIC CENTER

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

NAME : TAHMENA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-39 years

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

DATE 23 09 2021

SL.No. 75

E.S.R. 10 mm fall in 1st hour.

HB. 14.0 gm/dl % 14.5 gm = 100%

T.C.OF

White blood cell 7,000 per.cu.mm.

Red blood cell 4.7 per.cu.mm.

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

Cir, Eosinophil Count per.cu.mm.

D.C Normal Values Adult)

Polymorph	49%	40	-	75%
Lymphocyte	41%	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) :

*broken mirror*

*Attended*

*29/09/21*



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 : TAHNINA AKTER

SEX ☒ M ☐ F AGE-39 years

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

DATE 23 09 2021

SL.No. 75

## 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 : 2-4/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) :

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 : TAHNINA AKTER

SEX ☒ M ☒ F AGE-39 years

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

DATE 23 09 2021

SL.No. 75

## BLOOD CHEMISTRY

BLOOD GLUCOSE	URINE SUGAR	BLOOD SUGAR	NORMAL VALUES
FASTING	NIL	85mg/dl (4.72 mmo 1/1)	70 - 120 mg/dl
HR. AFTER			70 - 140 mg/dl
2HRS AFTER			70 - 140 mg/dl
RANDOM			70 - 140 mg/dl

*29/09/21*

COMMENTS (IF ANY) :

*০১২ গ্রাম স্যুগার*  
*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