

RUPALI LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: Rupali Life Tower, 50 kakrail, Dhaka

Draft Sheet Of Schedule For (Islami-FPR)

Business Month: **August, 2022**

Godauner More Agency Office[THB9411] S.Cell:Khulna

Entry Date 12/09/2022 12:00:00A

Mobile No: 01742045202

Medical:

PolicyNo **208059208.5**

Age at Entry

29 YRS. AGE ADMITTED(4)

Name of plan

FOUR PAYMENT ANTICIPATED ENDOWMENT INSURANCE WITH PROFITS FOR 16 YEARS TERM

Table & Term

16-16

Supplementary Cover NIL. 0.00

Proposer's Name

MS. ARPANA SARKAR

Proposer's Address

D/O: MR. SACHITRA SARKAR
VILL: NATANA, HARIBHANGA
P.O. HARIBHANGA-9460 THANA: ASSASUNI
DIST: SATKHIRA 01742045202

Extra Loading:

TK. 0

Sum Assured

65,000

SIXTY FIVE THOUSAND TAKA ONLY

Mode Of Payment

YEAR Policy Option

C

Basic Premium: 5,096.00

Suspense: 0.00

Total Premium

By PR- THB9201-20220912-835

12/09/2022,

5,096.00

FIVE THOUSAND NINETY SIX 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

MR. TANAM SARKAR, SON, 09 YRS

DULY STAMPED

Prv. Policy No 1:

Prv. Policy No 2: F

Guardian's Name

GUARDIAN: MR. POLASH SARKAR, HUSBAND, 37 YRS.

Child's Name

., Yrs.

Date of FPR:

12/09/2022

FPR No:

THB-1733-22

Risk Date:

12/09/2022

Date of Proposal

12/09/2022

Proposal No:

THB-1733-22

Date of Commencement

12/09/2022

Premium due date:

ON THE DATE OF 12 SEPTEMBER IN EVERY YEAR

Last premium due date

12/09/2037

Next Due Date:

12/09/2023

Date Of Maturity

12/09/2038

Special Provision

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

- 1) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2026
- 2) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2030
- 3) 20% OF SUM ASSURED ON THE DATE OF 12/09/2034
- 4) 40% OF SUM ASSURED WITH BONUS ON THE DATE OF 12/09/2038

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

Organization Stamp:

202000055/20200034/2020030/205318/200731/200731/203153

MD. ASHUR RASUL
ASST. MANAGER (ID No-0985)
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
SERVICING CENTER, KHULNA.

MD. ANAMUL HOQUE
SENIOR MANAGER (ID NO-800)
RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
KHULNA SERVICING CENTER



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Islami Bima

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

প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রসিদ (বুঁকি গ্রহণ পত্র)

ফাইল কপি

বীমাপত্র নং	প্রস্তাবপত্র নং	বীমা শুরু তারিখ	বুঁকির তারিখ	পরিকল্প ও মেয়াদ	কিস্তির পদ্ধতি	পি. আর/বি. এম নং	গৃহীত টাকা
208059208-5	THB-1733-22	12/09/2022	12/09/2022	16-16	Yly	THB9201-2021	5096
MS. ARPANA SARKER বীমাগ্রাহকের নাম ও ঠিকানা: D/O:MR. SACHITRA SARKAR VILL:NATANA, HARIBHANGA P.O.:HARIBHANGA-9460 THANA:ASSASUNI বীমাগ্রাহকের বয়স: 29 DIST:SATKHIRA 01742045202				Godauner More Agency এফ পি সার্কেল (THB9411) THB-1733 ইস্যুর তারিখ -22 12/09/2022		12/09/2022	0
বীমা অংক	মূল প্রিমিয়াম	সহযোগী প্রিমিয়াম	অতিরিক্ত প্রিমিয়াম	মোট প্রিমিয়াম	উদ্ধৃত জমা	সহযোগী বীমা	মোট
65000	5096	0	0	5096	0	NILL.	5096
সাংগঠনিক কোড নং: 202000055/20200034/2020030/205318/200731/200731/203153							12/09/2023

F. Khatun

AGE ADMITTED(Voter List)

তারিখ: 12/09/2023

Rupali Life Insurance Company limited

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

12/09/2022

FPR No: THB-1733-22 SC Code: THB
Policy No: 208059208-5 SC Name: Khulna Serviceing Cer
Proposal No: THB-1733-22 Com. Date: 12/09/2022 Office Code: THB9411
Proposal Date: 12/09/2022 Risk Date: 12/09/2022 Office Name: Godauner More Agenc

Sum Assured	Table & Term	Mode	Total Premium	Total Paid	Suspense	Next Due Date
65,000.00	16-16	Yly	5,096	0.00	(5,096)	12-Sep-2023
<u>Sum Assured In word:</u> SIXTY-FIVE THOUSAND						
<u>Premium In word:</u> FIVE THOUSAND NINETY-SIX						

Extra Clause:

Proposars Name & Address:

ARPANA SARKER

Mobile No:

Age & Date of Birth

29 03/07/1993

Special Clause:

AGE ADMITTED(Voter List)

Life Prem: 5,096.00

PDAB/DIAB: 0.00

Extra: 0.00

Chain Set up:

202000055/20200034/2020030/205318/200731/200731/203153

PR No:	PR Date	PR Amount
		0.00
		0.00
		0.00

Nominee:

Guardian(If Any):

Comments of Medical Adviser(If Any):

Comission Information for calculation:

Tair | Com. | Tax | Net Com.

FA : 1467.65 - 73.38 = 1394.27

UM : 440.29 - 22.01 = 418.28

BM : 293.53 - 14.68 = 278.85

5% Source Tax: 110.07

Net Payable: 2091.4

158

12.09.2022
 MD. ASHRAFUR RAHMAN
 MANAGER (ID No-0978)
 RUPALI LIFE INSURANCE CO. LTD.
 SERVICING CENTER, KHULNA.

Accepted at OIR.



রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

প্রিমিয়াম রসিদ

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

“ইসলামী শরীয়াহ মোতাবেক পরিচালিত”

ইসিআর.নং

F THB8201-20220912-855

ঝুঁকির তারিখ	12/09/2022	পরিকল্পন নং ও মেয়াদ	16 - 16	বীমা অংক	65000	প্রি	প্রিমিয়াম কিস্তি	5096	প্রিমিয়াম প্রদান কিস্তি	Ylv
ARPANA SARKER						মি য়া ম	সমন্বয় কাল	12/09/2022	সমন্বিত কিস্তির সংখ্যা	1
<div>Basic Premium Tk. 5096 PDAB/DIAB: Tk. 0 F/E or O/E: Tk. 0</div> <div>প্রদত্ত কিস্তির সংখ্যা</div>							সমন্বিত প্রিমিয়াম	বর্ধিত প্রিমিয়াম	পরবর্তী প্রিমিয়ামের দেয় তারিখ	
							বিলম্ব ফি (যদি থাকে)		12/09/2023	
							সর্বমোট	5096	অতিরিক্ত জমা (যদি থাকে)	
Received by	Cash	12/09/2022				1				

Orgn.

202000055/20200034/2020030/205318/200731/200731/203153/202945/-/-/-/-/-

Taka Inword: Five Thousand Ninety Six taka only

Amount(s):

উল্লিখিত টাকা প্রিমিয়াম ও বিলম্ব ফি (যদি থাকে) খাতে সমন্বয় করা হলো।

তারিখ

12/09/2022

Old FA:



MRINMOY HALDER
S.E.O (10/09/2022)
Rupali Life Ins. Co. Ltd.
Khulna Servicing Center.

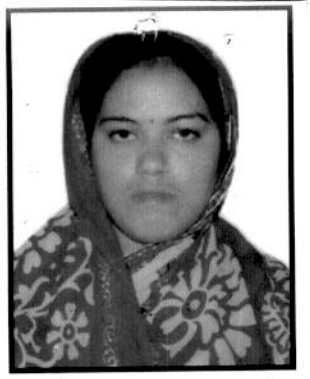


রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড Rupali Life Insurance Company Ltd.

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

প্রস্তাবপত্র / KYC FORM

প্রস্তাবিত বীমা প্রকল্পে-টিক (✓) দিন



- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> একক বীমা
ডিভিশন | <input type="checkbox"/> আর ডিপিএস
প্রকল্প | <input checked="" type="checkbox"/> ইসলামী জীবন
বীমা তাকাফুল | <input type="checkbox"/> টিডিপিএস
প্রকল্প |
| <input type="checkbox"/> রূপালী ক্ষুদ্র বীমা
তাকাফুল ডিভিশন | <input type="checkbox"/> শরীয়াহ ডিপোজিট
পেনশন স্কীম | <input type="checkbox"/> আল আমানত
বীমা প্রকল্প | <input type="checkbox"/> রূপালী সঞ্চয়
বীমা প্রকল্প |

PROPOSAL NO. ২৭৬৬)২২ Policy No. ২০৪০৫৭২০৪-৫ Branch Code.....

ব্যক্তিগত তথ্য - প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

* সকল প্রশ্নের পূর্ণ উত্তর প্রস্তাবকের স্বহস্তে বা তাঁর নির্দেশনানুযায়ী একই কালিতে লিখতে হবে। কোন প্রকার ঘষামাজা বা ফুইড ব্যবহার করা যাবে না।

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম বাংলায়.....

অরাসনা সরকার

ইংরেজীতে (BLOCK LETTER).....

পিতার নাম..... মাতার নাম.....

অট্টল সরকার

বিজলী সরকার

স্বামী/স্ত্রীর নাম..... বৈবাহিক অবস্থা : ☐ অবিবাহিত ☒ বিবাহিত ☐ তালাক প্রাপ্ত ☐ বিধবা

সালমা সরকার

গ্রাহকের পেশা..... পদবী.....

মুহিনা জামশাদ আলম

গ্রাহকের পেশার পূর্ণ বিবরণ.....

অফিস/ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম.....

জন্ম তারিখ ০৩০৭১৯৯৩ বয়স ২৮ জন্ম স্থান হাজি ডাঙ্গা ধর্ম হিন্দু জাতীয়তা বাংলাদেশ

ফোন-বাসা..... ফোন-অফিস..... ইমেইল.....

মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক) ০২৭৪-২০৪৫০০২

শিক্ষাগত যোগ্যতা ৬র্থ (পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি বা সমমানের সনদের ফটোকপি দাখিল করতে হবে)।

স্থায়ী ঠিকানা..... বর্তমান ঠিকানা.....

বাড়ী নং/রোড নং..... বাড়ী নং/রোড নং.....

গ্রাম/শহর..... গ্রাম/শহর.....

ডাকঘর..... ডাকঘর.....

থানা..... থানা.....

জেলা..... জেলা.....

নথিপত্রের ধরণ ☒ জাতীয় পরিচয়পত্র ☐ পিএসসি/জেএসসি/এসএসসি সনদ ☐ পাসপোর্ট ☐ অনলাইন জন্ম সনদ ☐ ডাইভিং লাইসেন্স

নথিপত্রের পরিচিতি নম্বর..... (সত্যায়িত)

মনোনীতক এর তথ্য (বীমাযোগ্যস্বার্থ অনুযায়ী)

নাম..... নাম.....

জন্ম তারিখ ০৮০৮২০৮৬ বয়স ৯৮ জন্ম তারিখ.....

সম্পর্ক ৬৫লে প্রাপ্ত অংশ ২০০% সম্পর্ক.....

মোবাইল নম্বর..... মোবাইল নম্বর.....

মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে

অভিভাবকের নাম..... মোবাইল.....

www.rupalilife.com

পৃষ্ঠা-০১



বীমা অংক.....২২৮.০০০/.....কথায়.....

প্রিমিয়াম.....২০২৫/.....কথায়.....

পরিকল্প নং.....২৬.....মেয়াদ.....২৬.....বুঁকির শ্রেণী.....সহযোগী বীমা ☐ PDAB ☐ DIA

প্রিমিয়াম জমা পদ্ধতি ☒ বার্ষিক ☐ ষাণ্মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ মাসিক ☐ এককালীন প্রিমিয়াম দাতা ☐ নিজে ☐ অন্য

বীমা গ্রহণের উদ্দেশ্য.....নিয়মিত.....বার্ষিক আয়.....২০০.০০০.....আয়ের উৎস.....পশু চাষ

প্রিমিয়াম প্রদানের তথ্য : নগদ/ডিডি/পে-অর্ডার/চেক নং.....তারিখ.....টাক.....

কথায়.....ব্যাপকের নাম.....শাখা.....

পিআর/বিএম নং.....তারিখ.....টাকা.....কথায়.....

পেনশন পলিসি/শিশু শিক্ষা বীমার এর ক্ষেত্রে: বীমা প্রস্তাবকের বয়স কত বছর পূর্তির পরে পেনশন/বৃত্তি প্রদান শুরু হবে.....বছর, মাসিক পেনশনের/বৃত্তি পরিমাণ.....টাকা

পেনশন/বৃত্তির মেয়াদ.....বছর প্রিমিয়ামদাতা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে ১৭ টিক দিন) : ☐ নিজে ☐ অভিভাবক ☐ অন্য কেউ

প্রিমিয়ামদাতা অন্য কেউ হলে তার বীমাযোগ্য স্বার্থের পূর্ণ বিবরণ লিখুন:

বীমা প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নামঃ.....প্রস্তাবকের সাথে তার সম্পর্কঃ.....

আপনার বা আপনার পরিবারের অন্য কোন সদস্যের রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা অন্য কোন কোম্পানীতে বীমা পলিসি যদি থাকে, তাহলে অনুগ্রহপূর্বক তার তথ্যাবলী নিম্নের ছকে উল্লেখ করুন।

পলিসি নম্বর	বীমা গ্রহণকারীর নাম	কোম্পানীর নাম	মেয়াদ	বীমা অংক	গ্রহণের তারিখ	যে শর্তে বীমা গৃহীত হয়েছে

পারিবারিক ইতিহাস

সম্পর্ক	জীবিত			মৃত			
	সংখ্যা	বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালে বয়স	মৃত্যুর কারণ	শেষ অসুস্থতার স্থিতিকাল	মৃত্যুকালীন সন
পিতা	১	৮৫	স্বাস্থ্য				
মাতা	১	৫৪	স্বাস্থ্য				
ভাই	১	৬৭	স্বাস্থ্য				
বোন	১	৩৮/৩৯	স্বাস্থ্য				
স্বামী/স্ত্রী	১	৬৭	স্বাস্থ্য				
পুত্র	১	২	স্বাস্থ্য				
কন্যা	১	১	স্বাস্থ্য				

১) আপনি কি এখন সুস্থ?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
২) গত এক বছরে আপনার ওজন হ্রাস/বৃদ্ধি হয়েছে কি?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৩) আপনি কি গত এক বছরে অসুস্থতার কারণে এক সপ্তাহের বেশি ছুটি বা বিশ্রামে কাটিয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহপূর্বক ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৪) আপনার শরীরের কোন অংশ প্রতিবন্ধী কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে লিখুন	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৫) আপনি কি কখনো বসন্ত রোগে ভুগেছেন?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৬) আপনি কি বসন্ত রোগের টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৭) আপনি কি কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হয়েছিলেন?	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
৮) আপনি কি কোভিড-১৯ এর টিকা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না <input checked="" type="checkbox"/> হ্যাঁ
৯) আপনি কি গত পাঁচ বছরে কোন সংক্রামক রোগীর সান্নিধ্যে বসবাস করেছেন? যদি হ্যাঁ হয় অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১০) আপনি পিতৃ বা মাতৃ কুলের কোন বংশগত রোগের ধারক কি না? যদি হ্যাঁ হয় তবে অনুগ্রহপূর্বক সংক্ষেপে পৃথক কাগজে লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
১১) আপনি কি কখনো নিম্নোক্ত রোগে ভুগেছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তবে পৃথক কাগজে বিস্তারিত লিখুন।	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মৃগী বা স্নায়বিক সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘন ঘন কাঁশি, ব্রংকাইটিস, অ্যাজমা, নিউমোনিয়া, প্রিউরিসিস, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়েবেটিকস, হৃদরোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পাকস্থলী বা অন্ত্রে কোন সংক্রামণ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
পিত্তাশয় বা লিভারের অসুখ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
মূত্রপাথর, মূত্রাশয় রোগ, যৌনরোগ, প্রসাবে গ্লুকোজ, অ্যালবুমিন, ইত্যাদি	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চোখ, কান, নাক, গলার রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
অন্য কোন রোগ	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
কোন ধরণের অপারেশন, দুর্ঘটনা, জয়েন্ট বা মাংসপেশীর সমস্যা	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
আপনি কি ধূমপায়ী? হ্যাঁ হলে কত দিন যাবৎ আসক্ত উল্লেখ করুন	<input checked="" type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

শারীরিক পরিমাপ

আপনার বর্তমান ওজন..... ৬০..... কেজি/পাউন্ড, আপনার উচ্চতা..... ৫'৪"..... ফুট/ইঞ্চি, আপনার বুকের মাপ: শ্বাস গ্রহণের পর ইঞ্চি/সে.মি..... ৩৭.....
 শ্বাস ত্যাগের পর..... ৩৬..... ইঞ্চি/সে.মি., কোমরের মাপ..... ৩৬..... ইঞ্চি/সে.মি., আপনার সনাক্তকরণ চিহ্ন.....

মহিলাদের জন্য অতিরিক্ত প্রশ্নমালা-প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

শিক্ষাগত যোগ্যতা..... ৮ম..... মাসিক আয়..... ১০০০০/-..... আয়ের উৎস..... পশুপালন.....
 আয়ের উৎস কি নিজস্ব ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি করদাতা? ☒ না ☐ হ্যাঁ আপনি কি বিবাহিত? ☐ না ☒ হ্যাঁ আপনি কি এখন সন্তান সম্ভবা? ☒ না ☐ হ্যাঁ
 স্বামীর নাম..... সালমা মরজার..... স্বামীর পেশা..... সিস্ট্রিয়ন..... স্বামীর মাসিক আয়..... ২০০০/-
 সর্বশেষ মাসিকের তারিখ..... ০৫/১০/২২..... সন্তান সংখ্যা..... ৩..... কত দিন আগে শেষ সন্তান প্রসব করেছেন?..... ৭ মাস.....

শিশু নিরাপত্তা/শিশু শিক্ষা বীমার জন্য প্রযোজ্য- প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন

শিশুর নাম (বাংলায়).....
 ইংরেজীতে (BLOCK LETTER).....
 পিতার নাম..... মাতার নাম.....
 প্রিমিয়াম দাতার সাথে সম্পর্ক..... নিকটতম জন্মদিনে বয়স..... জন্ম তারিখ..... DDMMYYYY
 বয়স প্রমাণপত্র : জন্ম সনদ/অন্যান্য সনদের নম্বর..... জন্ম স্থান..... দেশ.....

শিশুর ডাক্তারী পরীক্ষার রিপোর্ট- প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন
পরীক্ষাকারী ডাক্তারকে নিম্নোক্ত তথ্য পূরণ করে সীলসহ স্বাক্ষর প্রদান করতে হবে

শিশুর নাম..... বয়স.....
শিশুটি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটির কোন অঙ্গহানি আছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটিকে গুটি-বসন্ত, পোলিও, ডিপথেরিয়া, ধনুষ্টংকার টিকা দেয়া হয়েছে কি না? ☐ না ☐ হ্যাঁ
শিশুটির উচ্চতা.....ফুট/ইঞ্চি, ওজন.....কেজি/পাউন্ড, নাড়ীর গতি.....শরীরের তাপমাত্রা.....

ডাক্তারী পরীক্ষায় অতীতের নিম্নোক্ত রোগের লক্ষণ ধরা পড়েছে কি? পড়ে থাকলে হ্যাঁ/ না টিক (✓) দিন।		
ক) হৃদযন্ত্র, রক্তবাহী শিরা, অস্ত্র বা শ্বাসযন্ত্রের কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
খ) মূত্রাশয় বা মূত্র নালীর কোন পীড়া?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
গ) মস্তিষ্ক বা স্নায়ু জনিত কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঘ) অস্থি, গ্রন্থি, চর্ম, চক্ষু, নাক, কান বা গলায় কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ঙ) ফোলা বা রিকেট?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
চ) আমাশয় বা উদরাময়?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ছ) জ্বরসহ বা জ্বর ছাড়া দুরারোগ্য কোন ব্যাধি?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ
জ) কোন প্রকার অস্ত্রোপচার বা অন্য কোন রোগ?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ

ডাক্তারের নাম

সীলসহ স্বাক্ষর

প্রস্তাবকের ঘোষণা


আমি রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেডের প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক হিসাবে প্রতিজ্ঞা পূর্বক ঘোষণা করছি যে, আমার নিজের, স্বাস্থ্য, জীবন, ও পরিবার সম্পর্কে উল্লেখিত প্রশ্নের উত্তর সম্পূর্ণরূপে সঠিক এবং আমি নিশ্চয়তা দিচ্ছি যে আমি আমার প্রদত্ত ঘোষণায় কোন প্রকার শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই প্রস্তাবপত্রে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নের অংশে শারীরিক বিষয়সহ প্রদত্ত সকল তথ্য ও বক্তব্য এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে প্রথম গর্ভধারণ উপধারা, অপ্রাপ্তবয়স্ক উপধারা ও পূর্বস্বত্ব শর্তাবলী অত্র বীমাচুক্তির মৌলিক ভিত্তি হিসাবে গণ্য হবে। আমার বিষয়ে ওয়াকিবহাল যে কোন ব্যক্তি, প্রতিষ্ঠান, ডাক্তার ও হাসপাতালকে তথ্য প্রদানের অনুমতি দিলাম। আমার সম্পর্কে কোম্পানীর কোন অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে এবং তাতে অত্যাৱশ্যকীয় কোন কিছু মিথ্যা প্রমাণিত হলে রূপালী লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিমিটেড আমার সমুদয় প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত করা ও পলিসি বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, অবলিখন সংক্রান্ত চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত প্রদান না করা পর্যন্ত এবং কোম্পানী কর্তৃক প্রথম প্রিমিয়াম রশিদ (এফ.পি. আর) ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত কোম্পানীর উপর আমার জীবন বীমার কোন দায়-দায়িত্ব বর্তাবে না।

প্রস্তাবপত্র পূরণের স্থান.....
সাক্ষীর স্বাক্ষর ও তারিখ:.....
নাম.....
পিতার নাম.....
মোবাইল নম্বর.....

MD. JAHANGIR ALAM
Sr. Executive Director
Rupali Life Ins. Co Ltd.
Khulna Servicing Center
Mob: 01911-944928

বীমা প্রস্তাবকের স্বাক্ষর.....
নাম.....
প্রস্তাবপত্র পূরণের তারিখ.....
অভিভাবকের প্রতী স্বাক্ষর..... তারিখ.....
(অপ্রাপ্তবয়স্ক প্রস্তাবকের ক্ষেত্রে)

উন্নয়ন কর্মকর্তাদের কোড সেটআপ

এফ.এ. কোড	2020880 ৫৫	 G.M. Ruhul Quddus District Coordinator (200721) সংগঠন প্রধানের স্বাক্ষর (কোড এবং সীল) Godauli Mor, Shyamnagar, Sadkhira
ইউ.এম. কোড	2020880 ৬৪	
বি.এম. কোড	2020880 ৩০	

অবলিখন বিভাগের জন্য প্রযোজ্য

মন্তব্যসহ অনুমোদনের জন্য উপস্থাপন

মূল প্রিমিয়াম টাকা, সহযোগী প্রিমিয়াম: PDAB/DIAB..... টাকা, HI..... টাকা
অতিরিক্ত প্রিমিয়াম (O/E, F/E, H/I, E/M)..... টাকা, সর্বমোট প্রিমিয়াম..... টাকা।

মন্তব্যসহ অনুমোদন

প্রস্তুতকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)

অনুমোদনকারী (সীলসহ স্বাক্ষর)

জাতীয় পরিচয়পত্র



Header

1982

5298

775 638 0247

आता

ঠিকানা: বাসা/হোস্তিঃ: ১৭২, গ্রাম/রাস্তা: নাটানা,
হাতিভাঙ্গা, ডাকঘর: হাতিভাঙ্গা - ৯৪৬০, আশাবনি,
সাতক্ষীরা



United Group

Place of Birth **SATKHIRA**

Issue Date 28 Oct 2021

I<BGD775638024<73<<<<<<<<<<<<
9307034F3610251BGD<<<<<<<<<<<<O
SARKAR<ARPANA<<<<<<<<<<<<<<<

G.M. Ruhul Quddus
District Coordinator (200731
Shyamnagar Office -I
Godaun Mor, Shyamnagar, Satkhira

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

অমনি ফর্ম-৩

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়
আশাশুনি ইউনিয়ন পরিষদ

উপজেলা: আশাশুনি
জেলা: সাতক্ষীরা, বাংলাদেশ।

জন্ম নিবন্ধন সনদ

[বিধি ৯ ও ১০ প্রকৃতি]
(জন্ম নিবন্ধন বহি হতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নম্বর: ১২

সনদ প্রদানের তারিখ: ১২/০৫/২০২২

নিবন্ধনের তারিখ: ১২/০৫/২০২২

জন্ম নিবন্ধন নম্বর:

২	০	১	৩	৮	৭	১	০	৪	১	৭	১	০	৪	৪	৮	৬
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

নাম: তন্ময় সরকার

জন্ম তারিখ: ১৮/০৮/২০১৩

লিঙ্গ: পুরুষ

কথায়: আঠারো আগস্ট দুই হাজার তেরো

সন্তানের ক্রম: ১

জন্মস্থান: সাতক্ষীরা

স্থায়ী ঠিকানা: লাটানা লাটানা হাতিভাংগা
আশাশুনি, আশাশুনি, সাতক্ষীরা, খুলনা বিভাগ

পিতার নাম: শলাশ সরকার

পিতার জন্ম নিবন্ধন নম্বর: ১৯৮৯৮৭৩০৪১৭০১৯৮৩৮

পিতার জাতীয়তা: বাংলাদেশী

পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:

মাতার নাম: অবসলা সরকার

মাতার জন্ম নিবন্ধন নম্বর: ১৯৯৩৮৭১৮৬৭৯০১৭৪৭৬

মাতার জাতীয়তা:

মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:



নিবন্ধকের কার্যালয়ের সিনমোহর

প্রতিষ্ঠাপক কর্মকর্তার স্বাক্ষর
প্রভাষ কুমার মন্ডল
অতিরিক্ত

০৬নং আশাশুনি সদর ইউনিয়ন পরিষদ
আশাশুনি, সাতক্ষীরা।

০৬নং আশাশুনি সদর ইউনিয়ন পরিষদ
আশাশুনি, সাতক্ষীরা।

উপসদস্য, ৮নং ওয়ার্ড
০৬নং আশাশুনি সদর ইউনিয়ন পরিষদ
আশাশুনি, সাতক্ষীরা।

২২/০৫/২২

নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও নামসহ সিল

এস.এম. হোসেনুজ্জামান
চেয়ারম্যান

০৬নং আশাশুনি সদর ইউনিয়ন পরিষদ
আশাশুনি, সাতক্ষীরা।

G.M. Ruhul Qudus
District Coordinator (2000)
Shyamnagar Office
Godaun Mor, Shyamnagar