

জাতীয় পরিচয়পত্র



नाम

Name

MST RASEDA AKTER

செட்டி

আব্দুল মালেক

भाऊ

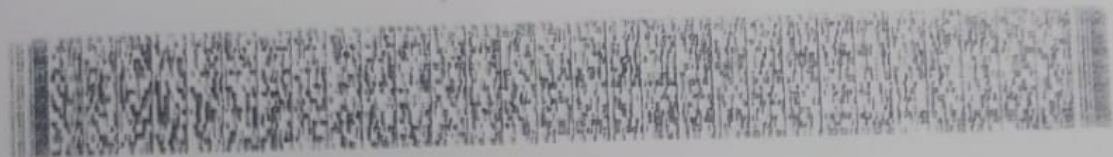
মোছাঃ নেহেরা খাতুন

Date of Birth 15 Aug 1975

NID No

280 717 5068

ব্রাহ্মণ



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: রামনগর, ডাকঘর: বিষ্ণুউড়ী
৩৪৬২, কসবা, ব্রাহ্মণবাড়িয়া

Place of Birth: BRAHMANBARIA

I<BGD280717506<84<<<<<<<<<<<<
7508158F3412237BGD<<<<<<<<<<<<2
AKTER<<MST<RASEDA<<<<<<<<<<<<

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রশ্ন ত্রিক ভাবে বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি পোষণ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ পলিসিগ্রাহার সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার দেয়া কোন তথ্য যদি আসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিপত্রটি বাতিল বলে দাবা হবে।

আমার স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট এবং পেশা সম্পর্কিত সকল তথ্য সঠিক এবং নির্ভুল, এই মর্মে সকল আইন এবং নিয়ম মানা হয়েছে, এবং কারো কাছ হতে জোরপূর্বক কোন মিথ্যা তথ্য আদায় করা হয় নি।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, আমি সময়মত প্রিমিয়াম জমা দেয়ার পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম প্রিমিয়াম জমা করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারনে নময় মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার ঘাড়া পলিসি টি পুনরায়ীকৃত/প্রত্যাহার/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 29.5.2025 স্থান Cumilla

স্বাক্ষর স্বাক্ষর ✓ SMH
নাম
পেশা
ঠিকানা # 02763 B001.

স্বাক্ষর

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রশ্ন বুঝে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি

নাম:
ঠিকানা:

স্বাক্ষর

আমার ঘাড়া সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম:
পদবী:

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্কনের ছাপ

২. নিম্নের ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাঙ্কনের ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রশ্ন বুঝে সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি

সত্যায়নকারীর নাম:
ঠিকানা:

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, প্রাক্কর আমার সমস্ত সত্যায়ন সমস্ত প্রশ্নের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যা যা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

স্বাক্ষর

স্বাক্ষর/টিপসাই

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্কনের ছাপ প্রাক্কর এর সমস্ত প্রদান করতে হবে।

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়	NO	
(২) মাদক	NO	
(৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য	NO	
(৪) তামাক	NO	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	

১২.

নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
	5'0"	58 Kg

মহিলাদের ক্ষেত্রে

১৩. (ক)

আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা
	28/04/2004	

১৩. (খ)

স্বামীর পূর্ণ নাম	MD. ANA MIAH.
পেশা	BUSINESS
বার্ষিক আয়	400000/.

১৩. (গ)

স্বামীর বীমা সংক্রান্ত তথ্য				
পলিসি নং	কোন প্রতিষ্ঠান হতে বীমা গ্রহণ করা হয়েছে তার নাম। যদি প্রতিষ্ঠানটি এলআইসি অব বাংলাদেশ লিমিটেড হয়। তাহলে শাখার নাম উল্লেখ করুন।	প্রদত্ত টাকা	ছক ও টার্ম	পলিসির বর্তমান অবস্থা
	/		7	

১৪.

আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?	হ্যাঁ / না
--	------------

১৫.

আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?	হ্যাঁ / না
--	------------

১৬.

ব্যাংক একাউন্টের বিস্তারিত	
ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:	
ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি	
খ) একাউন্ট নং:	
	রাউটার নং :
	সুইফট কোড :

ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / কনভে হবে।

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত রীমার বিবরণ দিন।

পলিসি নং	রীমা কোম্পানীর নাম / প্রকার	ছক ও নীতি	প্রধান শারিকজন্মের নির্দিষ্ট টাকা	টার্ম ইন হাইডার রীমারশি	জটিল অনুস্থতা টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার হাঙ্ক টাকার সুবিধা	পলিসি ফলস্বরূপ তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জমিত কিনা	আপনার পলিসি টি এখানে ইনসেইস আছে কি?	ভিত্তি সেবার শেষ সময়

ও বছরের মধ্যে পলিসি বন্ধ হলে কন্সলেশন কোন নতুন প্রস্তাব পরা করম ইস্যু করবে না।

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	৭০	Good		
মা			৪৫	
ভাই				
জীবিত..... ২	৫২, ৪০	Good	৬০	
মৃত.....				
বোন				
জীবিত..... ৪	৫৫, ৫০,	Good		
মৃত.....	৪৭, ৪২	Good		
স্বামী/স্ত্রী	৫৭	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে				
জীবিত..... ৫-১	২৫,	Good		
মৃত..... ০-১	২০			

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সপ্তাহের অধিক সময় ধার কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	NO	
গ) বিগত পাঁচ বছরে অনুস্থতা জমিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	NO	
ঘ) আপনি কি গিটার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোলিক, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অস্বাভাবিকতা আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	NO	

৩.	পরিচয়না ও শর্ত	প্রতিষ্ঠান বীমারপি	খসড়াপত্রের প্রতিষ্ঠান টাকা (প্রয়োজন হলে)	অটম অসুস্থতার প্রতিষ্ঠান টাকা (প্রয়োজন হলে)	সুস্থতায় কোন সুবিধা দেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমাদের পরিমাণ
	806 16(10)	120000			120000		1058/0
	মোট (বাসসরিক/ অর্ধবাসসরিক/ ট্রেমাসিক/ মাসিক)					বাজ্য নং	
	M/y						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Service						
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	EPZ - CUMILLA						
৫.	শিক্ষাপত্র যোগ্যতা	বাসসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	class-V	300,000%		হ্যাঁ / না			
টিন নং:							
ভোটার আইডি নং: 2807175068							
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে প্রাপ্ত পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষনা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন		
৭.	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহন করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						
৮. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত				NO		
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম				NO		
	গ) প্রজ্ঞাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত				NO		
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:			NO			



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



অফিস ব্যবহারের:

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ
-------------------------	--------------	-------

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস:

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

A52

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

ইউনিট ম্যানেজারের কোড:

#225

এফ.এ কোড নং:

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

ASFATA KHATUN #02763 B001

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম	MST. RASEDA AKTER
ঠিকানা:	00-ANA MIAH, VILL-RAMNAGAR PO-BISHNUORI, PS-KASBA. BRAHMONBARIA কোড 3462

বীমার উদ্দেশ্য:

জাতীয়তা: BANGLADESH

জন্মস্থান: B-BARIA.

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
49 বছর

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01885-376988

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

AS ABOYE
কোড

বয়স প্রমোনের সার্টিফিকেট ধরন
NID.

জন্ম তারিখ

1308/1975

পিতার নাম:

RASEDA

ABDUL MALEK

২. (খ)

নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
MD. ANA MIAH	51	HUSBAND.	
নামিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষ্য
N/A			