



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)

সদ্য তোলা
পাসপোর্ট
সাইজ ছবি

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:		অফিস ব্যবহারের:	
ব্রাঞ্চ অফিস:	ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:	ইনশুরেন্স নং:	
<u>Boo1</u>	<u>DAKSHIN KUMAR KUNDU</u>	আমানতের পরিমাণ:	
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:	ইউনিট ম্যানেজারের মোবাইল নং:	বি.ও.সি নং:	
	<u>MOB: 01727661277</u>	তারিখ:	
এফ.এ কোড নং:	লাইসেন্স নং:	নেগোসিটর তারিখ:	
<u>02931 Boo1</u>			

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	Savings & Protection	
নাম <u>BIKROM ROY</u>	জাতীয়তা: <u>Bangladesh</u>	
ঠিকানা: <u>DAKSHIN SHIBPUR JOYDEB</u>	অবস্থান: <u>Dinajpur</u>	
<u>PUR SADAR DINAJPUR</u>	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒	
কোড <u>5200</u>	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী) <u>22</u> বছর	
টেলিফোন:	অফিস:	মোবাইল নং: <u>01799447986</u>
ই-মেইল:	হ্যাঁ/না	বয়স প্রমোনের সার্টিফিকেট ধরন <u>NID</u>
		জন্ম তারিখ <u>23/04/2004</u>
২. (ক) পিতার নাম: <u>Shamol Chandra Roy</u>		
২. (খ)		
নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
<u>Kakuli Roy</u>	<u>23</u>	<u>wife</u>
নামিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
		স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাৎ

১৯. আপনার পূর্বের পৃথিবী বিষয়ক বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	বছর ও মাস	প্রধান পরিচালকের মিত্রের নাম	টার্ম ইন হাইডার ইন্সুরেন্স	জটিল অনুসন্ধান টাকার পরিমাণ	পৃথিবীর ক্ষতি টাকার পরিমাণ	পলিসি ফলস্বরূপ অর্থ	সাধারণ মূল্য পৃথিবী বা অন্যান্য	চিকিৎসা জরুরি কিনা	অন্যত্র পলিসি নং এখানে ইন্সুরেন্স আছে কিনা

ও বছরের মধ্যে পলিসি বন্ধ হলে কার্পোরেশন কোন মন্তব্য প্রস্তাব পরে গ্রহণ করা হবে না।

২০

পরিবর্তিত ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যের অবস্থা	মৃত্যুর সময়ের বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	52	Good		
মা	44	Good		
ভাই/ভগ্নী	25	Good		
স্বামী/স্ত্রী	—	—		
পুত্র/পুত্রী	23	Good		
সন্তান: মেয়ে/মেয়ে	01	Good		
পুত্র				

২১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/না	হ্যাঁ হলে বিবরণ
ক) পর পর বছরের মধ্যে আপনি কি এক সপ্তাহের অধিক সময় ধরে কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ ছাড়া শরীক, পর্ববেকন বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	NO	
গ) বিপরীত, পর বছরে অনুসন্ধান জরুরি কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	NO	
ঘ) আপনি কি সিগার, প্যাসাইল, হার্ট, ক্যান্সার, ডায়াবেটিস বা অন্যত্রের সমস্যায়ে ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, অ্যালার্জি, ক্রীড়া, কোলিক, স্তন্য রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক জটিল বা অস্বাভাবিক আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন পৃথিবীজাতিক আঘাত আছে?	NO	

Notes: *See text for details.*

I, _____, the person giving this license hereby represent to be assured, to hereby warrant that the foregoing statements are accurate have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information and I fully agree and warrant that these statements and this declaration shall be the basis of the contract of association between me and the Life Insurance Commission of Bangladesh. I do and that if any untrue statement is contained therein the said contract shall be null and void from the date of its execution.

I agree with sharing the provision of any law, statute, regulation or ordinance to the best of my ability or from providing any digital, digital audio evidence from changing any language or information about me concerning my health or employment on the grounds of privacy - my name, position, administrative and personnel or any other person or persons, taking interest of any third individual in the policy cannot be used to be. I hereby agree that each authority having such knowledge or information shall at any time be at liberty to divulge any such knowledge or information to the Corporation.

And I further agree that I affirm the date of submission of the proposed but before the date of First Payment Received if any change in the anticipated or any other circumstances, connected with my financial position, to the January fourth of month or that if any members of my family come to die if a proposed for submission of all applications for members of a policy on my life results in any office of the Corporation has been withdrawn or stopped, followed or accepted or an increased premium is required by a law or regulation, other than as proposed, I shall forthwith inform the same in the Corporation it willing to discontinue the same or permission of discontinue, long premiums on my part to the first member that contract is, be itself with me and premiums of first.

Turned in _____ on the _____ day of _____ 20____

Signature of Witness _____

Notes: _____

Summary _____

Experiments on "French impressionism" of the present
showing the impression to be unimpaired

(Indemnification by the person filing in the form in case form is filed up / signed in a language different from that of the Proposed Patent)

^a I have decided that I have fully explained the above questions to the program and I have truthfully recorded the answers given to the program.

Name of the District _____

Address of the Donor: _____

Background

I certify that the contents of the form and documents have been fully explained to me by _____ (Name, Designation, occupation) (M: / / Y) and I have understood the significance of the proposed contract.

Signature or thumb impression of the person
whose life is insured to be insured

In case the Program is altered, further third impression should be attached by a person of standing whose identity can easily be established, but unconnected with the Corporation and this declaration should be made by him.

I hereby declare that I have fully explained the above questions and contents of the proposal form to the proposer, to be Assured or Assignee and that the proposer, to be Assured or Assignee has affixed his thumb impression above after fully understanding the contents thereof.

Name of the Declarant _____

Address of the Declarant _____

Signature _____

FOR MEDICAL CASES ONLY

⁵ I admit that the Life Insurance has significant partial fund expression in my presence after admitting that all the answers to Question Two. 10 and contents of this book have been correctly recorded.

Signature is the valid agreement of the respondent

14. If signature or thumb impression should be affixed to the presence of Medical Examiner

Signature of the Medical Examiner:



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড

পাইলসেপ নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ

ইউনিট ম্যানেজার পাইলসেপ

প্রশোভাল নং

শাখা

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা Doulot Roy

প্রজাবকের নাম

বয়স 40

প্রজাবিত টাকা

3,12,000/-

বীমাকারীর নাম

Biknom Roy

বয়স 22

পেশা ও কাজের ধরণ

Business

১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন?
খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি?
গ) বীমাকারী শিক্ষণত যোগ্যতা?

ক) 20Y
খ) No
গ) Class Eight

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ

প্রজাবক

পালিসির হারক

মন্তব্য

ক) চাকুরী

খ) ব্যবসা / পেশা

গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত

মোট বার্ষিক আয়

3,50,000/-

১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?

Yes

২) বীমাকারীর বেতন সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?

৩) সার্টিফিকেট সি.এ তথ্যক ইয়াকৃত?

I.T কৃত ঘাসের সরবরাহকৃত A/c. No / Tin ঠিক আছে কি?

৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত?

আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহনকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমঞ্জস্য পূর্ণ?

৫) KYC/AML এর মান প্রজাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?

আপনি কি নিশ্চয়তা নিয়েছেন যে বীমা গ্রহনকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?

৬. ক) বীমাগ্রহনকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি?

ক) Good

খ) বীমাগ্রহনকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অসহানি, শ্রবণ বৈকল্য বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না?

খ) No

গ) আপনি কি তাঁর কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্ত্রোপচার সম্পর্কে জ্ঞাত?

গ) No

৮. আপনি কি বীমাগ্রহনকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন?

আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৯. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /জীবীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৬. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থগোষ্ঠিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত?

তাঁর কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার সুতির কারণ হতে পারে?

হ্যাঁ ☐

না ☒

৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে

সমাজকরন চিক

শারীরিক পরিমাপ:

(সে.মি)

(কেজি)

(সে.মি)

(সে.মি)

(সে.মি)

5'4"

70

36

38

40

উচ্চতা

ওজন

শেটের ঘের

খাল তাল

খাল গ্রহন

৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্ক অবহিত করিয়েছেন?

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।

তারিখ

এফ.এ এর স্বাক্ষর

Doulot Roy 02931 0001

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

আমি প্রজাবক টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

আমি প্রজাবক টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

তারিখ

তারিখ

নাম ও পদবী

নাম ও পদবী

পূর্ণ স্বাক্ষর

পূর্ণ স্বাক্ষর

Ranjan
0000356



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

National ID Card / জাতীয় পরিচয় পত্র



স্বাক্ষর

নাম: কাকুলী রায়

Name: KAKULI ROY

পিতা: অতুল রায়

মাতা: দিপালী রায়

Date of Birth: 22 Apr 2003

ID NO: 1035040896

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোশিঃ পূর্ব রামনগর, গ্রাম/রাস্তা: পূর্ব রামনগর, ডাকঘর: জয়দেবপুর - ৫২০০, দিনাজপুর সদর, দিনাজপুর

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: A+ জন্মস্থান: দিনাজপুর

মুদ্রণ: ০১

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০৭/০৫/২০২৫





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



স্বাক্ষর

নাম: বিক্রম রায়

Name: BIKROM ROY

পিতা: শ্যামল চন্দ্র রায়

মাতা: সিবানী রায়

Date of Birth: 23 Apr 2004

ID NO: 5567509582

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: দক্ষিণ শিবপুর, গ্রাম/রাস্তা: দক্ষিণ শিবপুর, দক্ষিণ শিবপুর,
ডাকঘর: জয়দেবপুর - ৫২০০, দিনাজপুর সদর, দিনাজপুর

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: B+ জন্মস্থান: দিনাজপুর

মডেল ০১

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ২২/০১/২০২৫





