



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



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

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস:

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

52

ইউনিট ম্যানেজারের কোড:

364

এফ.এ কোড নং:

NAGMUN NAHAR # 1779

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

প্রদোজাল নং:

আমন্ত্রণের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পলবী

নাম	MD. MEHEDI HASAN
ঠিকানা:	HOLDING-# 660. SHARIFPUR. (MAJUMDER BARE) PO- BANDIL, PS- ADARSHA SADAR, CUMILA. কোড 3500.

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01632-668942

বীমার উদ্দেশ্য:

জাতীয়তা: Bangladesh

জন্মস্থান:

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আনুমানিক জন্মদিন অনুযায়ী)
29 বছর

বয়স প্রমাণের সাক্ষরিত দলন
Passport

জন্ম তারিখ

03/05/1997

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

AS ABOVE
কোড

পিতার নাম:

MEHEDI

ABDUL MOMIN.

২. (খ)

নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

HALIMA AKTER	25	WIFE
নামিনি যদি অগ্রাধিকারক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
N/A		



৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারশি	খন্ডকারীর প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতার প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখটিনার কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	801	200000/-			200000/-		350/- 1129/-
	মোট (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	mly						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Service						
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস		আপনি কি আয়কর প্রদান করেন		
	SSC	600,000/-			হ্যাঁ / না		
					টিন নং:		
					ভেটিং আইডি নং: 3765699050		
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষণা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন		
৭.	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ 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) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত				NO		
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:				NO		

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারামি	খসড়াকারী প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	806 20(12)	300000/-			300000/-		1886/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রেমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	my						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Service						
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
৫.	শিক্ষাপত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়ের প্রদান করেন			
	HSE	600000/-		হ্যাঁ / না			
				দিন নং:			
				ডেটের আইডি নং:			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্য পরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষার 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) প্রস্তাবিত 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			

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারামি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি তফস্বি তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রত্যাহিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখনো ইনশোরেন্স আছে কি?	কিভাবে সেবার শেষ সময়

৩ বছরের মধ্যে পলিসি বন্ধ হলে কর্পোরেশন কোন নতুন প্রস্তাব পত্র ফরম ইস্যু করবে না।

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	৬০	স্বাস্থ্যগত অবস্থা		
মা	৫০			
ভাই জীবিত.....২.....				
মৃত.....				
বোন জীবিত.....৩.....	৩৫, ৩২			
মৃত.....	২৫			
স্বামী/স্ত্রী	২৫			
সন্তান: ছেলে/মেয়ে				
জীবিত.....১-১.....				
মৃত.....০-১.....				

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সপ্তাহের অধিক সময় ধরে কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্ববেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	NO	
গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	NO	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার, বৃদ্ধি, কোমপ্লিক্স, ফুট রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত সুব্যবস্থা ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়	NO	
(২) মাদক	NO	
(৩) মেশা জাতীয় সুবা	NO	
(৪) তামাক	NO	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন ডিক্লারেশন গ্রহণ করেছেন?	NO	
১২. নন-মেডিকেল কেন্দ্রের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি) 5'-5"	ওজন (কেজি) 65 kg
মহিলাদের ক্ষেত্রে		
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রন্থের সময়
	N/A	
১৩. (খ)	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা	
১৩. (গ)	স্বামীর পূর্ণ নাম	
	পেশা	
	বার্ষিক আয়	
১৩. (ঘ)	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
১৪.	আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি আত?	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	ব্রাউচার নং :
		সুইফট কোড :
কটোকপি অথবা ব্যক্তিগত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।		

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রাপ্ত তথ্য বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সম্মতি পোষণ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ লিমিটেডের সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার দোষ কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিপত্রটি বাতিল বলে গণ্য 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 কারণে নময় মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরুজ্জীবিত /প্রত্যাহার/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 25/6/2026 স্থান cumilla

স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর
নাম নাজিমুল
পেশা ০৫৭৭
ঠিকানা ০৫৭৭

✓ মুহম্মদ হাফিজ

বীমাকারীর স্বাক্ষর

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম:

পদবী:

স্বাক্ষর অথবা বুঝাওলির ছাপ

২. নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বুঝাওলির ছাপ সহায়িত করতে হবে।

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

সহায়নকারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, গ্রাহক আমার সম্মুখে সজ্ঞানে সমস্ত প্রাপ্ত সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যা বা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

✓ মুহম্মদ হাফিজ
স্বাক্ষর/টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বুঝাওলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

LIFE INSURANCE CORPORATION OF BANGLADESH

Branch Code _____

QUESTIONNAIRE TO BE COMPLETED BY NON-RESIDENT BANGLADESH

Proposal No. _____

Policy No. _____

Sr. No.	Particulars	
1.	Yours Nationality	Bangladeshi
2.	a. Your country of permanent residence	Bangladesh
	b. Date from which you became a permanent resident of country mentioned in (a) above	
3.	a. Date of leaving Bangladesh for the first time	2015.
	b. Details of exchange facility availed of	
	c. Full particulars of Bangladesh Bank Permit Number	
	d. Visa status, if any	WORK VISA.
	e. Name of Office of the Bangladesh Bank which granted the above facilities	
4.	Duration of your stay abroad	
5.	a. Purpose of your stay abroad	
	b. Are you gainfully employed abroad?	
	c. Your monthly income from employment in the foreign country (including Scholarship, Assistantship etc for students or trainees). Please enclose true copies of the appointment letter received from your employer or educational institutes.	
6.	a. Passport Number	A01871070
	b. Date of issue	26.09.2021
	c. Place of issue	25.09.2031
	d. Date of birth	03.05.1997
7.	Whether you hold any Bank account in Bangladesh and if so, whether it is a Resident Account or Non-resident Account. Furnish full details thereof	
8.	The source from which the premiums will be paid	
9.	Please indicate by which of the following manner you propose to remit the premiums to LIC of	

	Bangladesh Ltd.	
a.	By direct remittance from the country of your residence to Bangladesh through Banking channels (preferably by Taka Draft in favour of LIC) Or by remittance through postal channels like foreign orders.	
b.	By cheques drawn on your Non-Resident (External) or Foreign Currency (Non-Resident) Account with Bank in Bangladesh.	
c.	By cheques drawn on your Resident / Non-resident Account with bank in Bangladesh.	
d.	By cheques drawn on account maintained by resident parent or spouse of the policyholder in their name or joint name with other close relatives	
e.	By any other manner (please specify)	
10.	Your full address in the country of your residence abroad	ROBEL ALI DELIVERY SERVICES, DUBAI, UAE
11.	State full name and address of an Bangladeshi National permanently residing in Bangladesh to whom the policy may be dispatched	
12.	Date of your leaving Bangladesh/ Date you left Bangladesh (current visit)	
13.	If you are a student state the nature and full details of your studies	

I hereby declare that the foregoing statements and answers are true in every respect and I am agreeable for treating this as a part of the original Proposal Form. I am also aware that claims of any nature arising under the policy will be settled in Bangladeshi TK in Bangladesh only. I have taken note of the restrictions applicable as given in the enclosed annexure.

Dated at Cumilla this 25th day of June 2025.

Signature of the life to be assured

(MEHEDI HASAN)

Witness :

Name:

Address:

Designation :

AD.M. Engr. M. M. Hossain
Branch Manager
Cumilla Branch
LIC-Bangladesh Ltd.
01-16060559



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



লেখচিত্র

নাম: মোঃ মেহেদী হাসান

Name: MD MEHEDI HASAN

পিতা: আবদুল মুমিন

মাতা: মিনুয়ারা বেগম

Date of Birth: 03 May 1997

ID NO: 3765099050

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে অথবা মেবার অন্য অনুজ্ঞা করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোডিং: ৬৬০, গ্রাম/রাজা: শরীফপুর, ডাকঘর: বামইল - ৩৫০০, কুমিল্লা
আদর্শ সদর, কুমিল্লা

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: B+ অঙ্গাঙ্গন: কুমিল্লা

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ১১/০৮/২০২১



જાતીય ખેતિપ્રાજ્ઞ / National IP Card

Geology

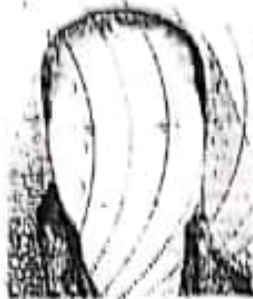
References

threat

제출

Date of Birth 10 Apr 2001

NID No. **466 150 2023**



ଆନିକ୍ଷା



Issue Date: 30 Jun 2020

I<BGD466150202<31<<<<<<<<<<<
0104104F3506293BGD<<<<<<<<<<4
AKTER<<HALIMA<<<<<<<<<<<<<<