

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
ব্রাঞ্চ অফিস:	প্রপোজাল নং: _____
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: # 364	আমানতের পরিমাণ: _____
এফ.এ কোড নং: NAJMUN NAHAR #1779	বি.ও.সি নং: _____
লাইসেন্স নং: _____	তারিখ: _____
মোবাইল নং: _____	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	বীমার উদ্দেশ্য:	
নাম: MD. SHAKHAWAT HOSSAIN	জাতীয়তা: BANGLADESHI	
ঠিকানা: VILL-NORTH RAJA, BAGBAIR, (SHARDA BARI) PO-BAMOIL, ADARSHA SADAR CUMILLA	জন্মস্থান: CUMILLA	
টেলিফোন: _____	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒	
ই-মেইল: _____	বয়স (আপনার জন্মদিন অনুযায়ী): 31 বছর	
অফিস: 01932 395510	বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন: NID	
মোবাইল নং: 01935510	জন্ম তারিখ: 15/10/1993	
স্থায়ী ঠিকানা: AS ABOVE		
পিতার নাম: SHAKHAWAT FAZLUR RAHMAN		
নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
JANNATUL AKTER MIN	21	WIFE
নামনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থানান্তরিত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
N/A		



৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রজ্ঞাবিত বীমাধাৰি	খণ্ডকাৰীৰ প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখ্যতন্য কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূৰ্বেৰ তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমান
	801 ১২৭২	100000			100000		578x2 1154/০
	মোড (বাহ্যসংগিক/ অৰ্থবাহ্যসংগিক/ ট্রেমাসংগিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	MH						
৪. (ক)	বর্তমান শেখা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Business						
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন হাৰত চাকুরী করছেন			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাহ্যসংগিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	HSE	400000		হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: 10206631778			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাক্ষরপত্রের তারিখ	স্বাক্ষর পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাক্ষর 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) 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		

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ইক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারামি	জটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	মৃত্যুনিবার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শর্তাবলি তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত ভিনা	আগের পলিসি টি এখনো ইনফোর্স আছে কি?	কিস্তি দেবার 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	৪৫	Good		
মা	৪০	Good		
ভাই জীবিত ৭	৬০, ৫৫, ৫৩, ৫০	Good		
মৃত	৪৮, ৪০, ৩৫			
বোন জীবিত ৪	৫৪, ৪৫	Good		
মৃত	৩৪, ৩৩			
স্বামী/স্ত্রী	২১	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত ৩-১	২	Good		
মৃত				

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সন্তানের অধিক সময় ধরে কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্ববেকন বা অস্কেলোগ্রাফ করেছেন?	NO	
গ) বিগত, পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	NO	
ঘ) আপনি কি নিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, কোলেস্ট্রল বৃদ্ধি, কোবল্ডি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অক্ষমতা আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি তখনো নিম্নলিখিত প্রবৃত্তি ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (চিহ্ন দিন)	না (চিহ্ন দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়	NO	
(২) মাদক	NO	
(৩) দেশা জাতীয় প্রবৃত্তি	NO	
(৪) ডামাক	NO	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	
১২. মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
	5' 3"	62 Kg
মহিলাদের ক্ষেত্রে		
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়
	N/A	
১৩. (খ)	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা	
১৩. (গ)	আপনার বর্তমান নাম	
	N/A	
১৩. (ঘ)	পেশা	
১৩. (ঙ)	বার্ষিক আয়	
১৩. (চ)	আপনার বীমা সংক্রান্ত তথ্য	
১৩. (ছ)	আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?	হ্যাঁ / না
১৩. (জ)	আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?	হ্যাঁ / না
১৩. (ঝ)	ব্যাংক একাউন্টের বিস্তারিত	
১৩. (ঞ)	ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:	
১৩. (ট)	ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি	
১৩. (ঠ)	খ) একাউন্ট নং:	ব্যাংকের নং:
১৩. (ড)	স্বাক্ষর	

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 প্রশ্ন তিক ভাবে বুকে 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 দেয়া কোন তথ্য যদি অনত্য প্রমানিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিপত্রটি বাতিল বলে গন্য 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 পূর্ব চেষ্টা করব, প্রথম প্রিমিয়াম জমা করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারণে নম্বর মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরুজ্জীবিত /প্রত্যাহার /বিলম্বিত করার শ্রুতাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 28/6/2026 স্থান Cumilla
স্বাক্ষর নীলমণ্ডল
নাম নীলমণ্ডল
পেশা ০১৭৭৭
ঠিকানা

✓ স্বাক্ষর ওয়াট
বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম:
ঠিকানা:

স্বাক্ষর
স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম:
পদবী:

২. নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের থেকে বৃদ্ধাংগুলির 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, গ্রাহক আমার সদ্যুবে সজ্ঞানে সমস্ত প্রশ্নের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যা যা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

✓ স্বাক্ষর ওয়াট
স্বাক্ষর /টিপসাই

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সদ্যুবে প্রদান করতে হবে।



Government of the People's Republic of Bangladesh
Office of the Registrar, Birth and Death Registration
Panchthubi Union Parishad
Cumilla Adarsha Sadar, Cumilla
(Rule 9, 19)

জন্ম নিবন্ধন সনদ / Birth Registration Certificate

Date of Registration
22/09/2018

Birth Registration Number
20041916790110939

Date of Issuance
22/09/2018

Date of Birth : 01/01/2004

Sex : Female

In Word : First of January Two Thousand Four

নাম : জন্মাতুল আক্তার মিম

Name : Jannatul Akter Mim

মাতা : হোসনেয়ারা বেগম

Mother : Hosneara Begum

মাতার জাতীয়তা : বাংলাদেশী

Nationality : Bangladeshi

পিতা : মোঃ আখলাকুর রহমান

Father : Md Akhlaqur Rahman

পিতার জাতীয়তা : বাংলাদেশী

Nationality : Bangladeshi

জন্মস্থান : কুমিল্লা, বাংলাদেশ

Place of Birth: Cumilla, Bangladesh

স্থায়ী ঠিকানা : বকিম রচিয়া বার্মইল, পাঁচখুপি,
কুমিল্লা আদর্শ সদর, কুমিল্লা

Permanent Address : South Rachia Bamoil,
Panchthubi, Cumilla Adarsha
Sadar, Cumilla

Seal & Signature

Assistant to Registrar
(Preparation, Verification)

Md. Ahasan Habib
UP Administration Officer
No-6 Panchthubi Union Parishad
Adarsha Sadar, Cumilla.



Seal & Signature

Registrar

Kazi Tanvir Ahmed Rahul
Chairman in charge
No-5 Panchthubi Union Parishad
Adarsha Sadar, Cumilla.

This certificate is generated from bdris.gov.bd, and to verify this certificate, please scan the above QR Code & Bar Code.