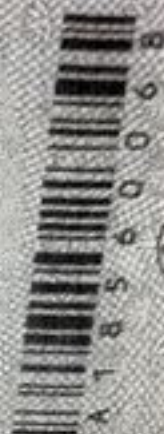


Name: SHUBHADEEP BARAL
Father's Name: DEEPOK KUMAR BARAL
Mother's Name: MITA MANDAL
Legal Guardian's Name:
Permanent Address: EAST JALABARI, NESARABAD, JALABARI - 8523,
PIROJPUR
Emergency Contact:
Name: DEEPOK KUMAR BARAL
Relationship: FATHER
Address: HOUSE-CES-E 27, FLAT A-4, ROAD-130, GULSHAN,
GULSHAN - 1212, DHAKA
Telephone No: +8801711522102



PASSPORT

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH

প্রকার/Type দেশ কোড/Country Code পাসপোর্ট নং/Passport Number
P BGD A18560068

বংশগত নাম/Surname
BARAL

প্রদত্ত নাম/Given Name
SHUBHADEEP

জাতীয়তা/Nationality ব্যক্তিগত নং/Personal No.
BANGLADESHI 19923090919025141

জন্ম তারিখ/Date of Birth পূর্ববর্তী পাসপোর্ট নং/Previous Passport No.
28 JAN 1992 EG0299121

লিঙ্গ/Sex জন্মস্থান/Place of Birth
M DHAKA 012448

প্রদানের তারিখ/Date of Issue প্রদানকারী কর্তৃপক্ষ/Issuing Authority
25 APR 2025 DIP/DHAKA

সমাপ্তি তারিখ/Date of Expiry স্বাক্ষর/Holder's Signature
24 APR 2035



16 APR 2025 JAN



10/24

ଅଭିଜିତ ବଡ଼ାଲ

Name _____

SHUBHAJEET BARAL

Flycatcher

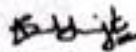
দীপক কুমার বড়াণ

APPENDIX

মিতা মন্ডল

Date of Birth: 04 Apr 1997

NID No. **735 525 7846**



ঠিকানা: বাসা/হোজিং: শিখর লিফ- ক্লাস্ট-এ-৪, প্লট
নং: সি-ই-এস(ই)২৭, গ্রাম/রাস্তা: ১৩০ গুলশান-১,
ডাকঘর: গুলশান মডেল টাউন - ১২১২, গুলশান,
ঢাকা উত্তর সিটি কর্পোরেশন, ঢাকা

Blood Group: B+

Place of Birth: **DHAKA**

Issue Date: 27 Sep 2016

I<BGD735525784<68<<<<<<<<<<
9704046M3109269BGD<<<<<<<<<<4
BARAL<<SHUBHAJEET<<<<<<<<<<



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল 316

ইনওয়ার্ড নং

তারিখ

এক, এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

প্রাপ্ত অফিস:

3004

N. GONJ

প্রাপ্ত ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

অফিস ব্যবহারের:

প্রশোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

ইউনিট ম্যানেজারের কোড:

002878003

লাইসেন্স নং:

মেম্বারশীপ তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম SHUBHAJEET BARAL

ঠিকানা: SPRING LEAF FLAT NO. 4
FL-4 PLOT CES E27 ROAD NO.
126/130 GOLSHAN-1 কোড 1212

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01711522102

Saving
বীমার উদ্দেশ্য:

জাতীয়তা: BD

অবস্থান: Dhaka

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
29 বছর

বয়স প্রমোদের সর্টিফিকেট ধরন

MD

জন্ম তারিখ

04/04/1992

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

AS ABOVE

কোড

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

SHUBHADEEP BARAL

BROTHER

নামনি যদি অগ্রাধিকার বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

স্থলাভিষিক্ত



পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমার মূল্য	বর্তমানের প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমাদের পরিচয়
২০৭/০৬	১,১০,০০০	-	-	-	-	= 106791f

মোট (বার্ষিক/ অর্ধবার্ষিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক) **Single**

ব্যাংক নং

৪. (ক)	বর্তমান পেশা	পদবী/ কাজের প্রকৃতি
	student	
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম	কতদিন যাবত চাকরী করছেন

৫.	শিক্ষাপত যোগ্যতা	বার্ষিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন
	HBA Running	FATHER'S INCOME	-	হ্যাঁ / না
				টিন নং:
				ভোটার আইডি নং: 7355257846

৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য			
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্য পরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট

কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য 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) বিলাসিতা/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত		
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম		
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত		

৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নির্দিষ্ট টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারামি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	মুখটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি তফস্ব তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	অগের পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিড্রি সেবার শেষ সময়

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

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স
বাবা			
মা			
ভাই			
জীবিত.....			
মৃত			
বোন			
জীবিত.....			
মৃত			
স্বামী/স্ত্রী			
সন্তান: ছেলে/মেয়ে			
জীবিত.....			
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?	হ্যাঁ	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	হ্যাঁ	
গ) বিগত, পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	হ্যাঁ	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	হ্যাঁ	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোষবৃদ্ধি, কৃত্ত রোগে ভুগছেন?	হ্যাঁ	
চ) আপনার কি কোন পারিবারিক ক্রটি বা অস্বিকৃতি আছে?	হ্যাঁ	
ছ) আপনার কি কোন মুখটনাজনিত আঘাত আছে?	হ্যাঁ	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যাদি ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (চিহ্ন দিন)	না (চিহ্ন দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়		✓
(২) মাদক		✓
(৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য		✓
(৪) তামাক		✓
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		

১২.

নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।

উচ্চতা (সে.মি)

ওজন (কেজি)

160

61

মহিলাদের ক্ষেত্রে

১৩. (ক)

আপনি কি গর্ভবতী?

শেষ সন্তান প্রসবের সময়

আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা

১৩. (খ)

স্বামীর পূর্ণ নাম

পেশা

বার্ষিক আয়

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

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:

কোনো অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃত যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল গ্রন্থ তিক ভাবে 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 নেয়া 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 কারনে নময় মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনঃজীবিত/হত্যাহার/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নিম্নিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ: _____ স্থান: _____
স্বাক্ষর: Shim-Dal
নাম: Shim-Dal
পেশা: FA LIC
ঠিকানা: _____

Kubhit

স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

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

নাম: _____

ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____

পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বুঝাওলির ছাপ

২. নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বুঝাওলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

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

সত্যায়নকারীর নাম: _____

ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

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

স্বাক্ষর/টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বুঝাওলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড

00287303

লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ

ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স

প্রশোভাল নং

শাখা

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা

MITA MANDAL

প্রস্তাবকের নাম

বয়স

প্রস্তাবিত টাকা

বীমাকারীর নাম

বয়স

পেশা ও কাজের
ধরণ

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

ক) ২৭ বছর
খ) ১০ বছর
গ) ১০/১০

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ

প্রস্তাবক

পলিসির ধারক

মন্তব্য

- ক) চাকুরী
খ) স্বাক্ষর / পেশা
গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত
মোট বার্ষিক আয়

- ১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?
২) বীমাকারীর বেতন সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?
৩) সার্টিফিকেট সি.এ কতক ইস্যুকৃত?
I.T কৃত ফান্ডের সরবরাহকৃত A/c. No./ Tin টিক 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 প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?
আপনি কি নিশ্চয়তা নিচ্ছেন যে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?

৩. ক) বীমাগ্রহনকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি?
খ) বীমাগ্রহনকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, শ্রবণ বৈকল্য বা
মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না?
গ) আপনি কি তাঁর কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্ত্রোপচার সম্পর্কে জ্ঞাত?

ক) Good
খ) NO
গ) ১৫/১৫

৪. আপনি কি বীমাগ্রহনকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন?
আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৫. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /অধীকৃত/বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৬. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত?
তাঁর কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার ত্বকির কারণ হতে পারে?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে

সনাক্তকরণ চিহ্ন

শারীরিক পরিমাপ:

(সে.মি)

(কেজি)

(সে.মি)

(সে.মি)

(সে.মি)

160

60

উচ্চতা

ওজন

পেটের ঘের

শ্বাস ত্যাগ

শ্বাস 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

স্থান

এফ.এ এর স্বাক্ষর

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

Mita Mandal

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং

নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

তারিখ

নাম ও পদবী

পূর্ণ স্বাক্ষর

(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং

নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

তারিখ

স্থান

নাম ও পদবী

পূর্ণ স্বাক্ষর