



জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত ব্যক্তদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল

ইনওয়ার্ড নং

তারিখ

এফ.এ অফিস পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস:

GULSHAN

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং

BM0000001

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: UM.0000001

এফ.এ কোড নং:

002242001

পাইলট নং

স্ট্যান্ডার্ড তারিখ

অফিস ব্যবহারের:

প্রণোদন নং

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং

তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/গণবী

নাম	KALACHAND KARMOKER
ঠিকানা	HOUSE NO=49, ROAD=6, F.B-3 BANANI, GULSHAN DHAKA
কোড	1212

টেলিফোন:

ই-মেইল:

অফিস:

মোবাইল নং

01715016838

বীমার উদ্দেশ্য:

Savings and

আবাসন:

Rangkul

অনুস্থান:

MANIKGONJ

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)

57 বছর

বয়স প্রদানের সার্টিফিকেট ধরন

N/A

জন্ম তারিখ

08041969

২. (ক)

স্বামী ঠিকানা

নাম	
ঠিকানা	
কোড	

পিতার নাম:

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

SHARBORI KARMAKER

50
Yrs

WIFE

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

বয়স

সম্পর্ক

স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষ্য

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমাশাখা	খতকারীর প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মাটির অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনার কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমাদের পরিমাণ
	815 54.		—	—	—	—	
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	Single.						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	BUSINESS			Proprietor.			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	NEW QUEEN PEARL HOUSE			20 Yrs			
৫.	শিক্ষণত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	HSC	80 Lac	BUSINESS	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: 28 9 9 7 0 0 5 6 2			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্য পরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষণা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন		
					No		
৭.	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।					No	
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 সিক্যর				No		
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:			No.			

১০.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ডাক ও মীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারামি	জাটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	মুখটিনার প্রাক টাকার সুবিধা	পলিসি তত্ত্বের তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জ্ঞানিত কিনা	আপনার পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিষ্টি সেবার শেষ সময়

৩ বছরের মধ্যে পলিসি বদল হলে কর্পোরেশন কোন নতুন প্রস্তাব পত্র করম ইস্যু করবে না।

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	গর্ভবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
স্বামী			১৭৪৬ (১৬)	Normal
মা	৪৬৪	৬৭০৮		
ভাই গর্ভবিত..... (২)	৬৭৪.৬	৬৭০২		
মৃত.....				
বোন গর্ভবিত..... (৩)	৫৪, ৫২৪	৬৭০২		
মৃত.....	৩০৪			
স্বামী/ভ্রাতা	৫০৪	৬৭০৮		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে	২৪৪	৬৭০২		
গর্ভবিত.....	৫০৮	৬৭০২		
মৃত.....				

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, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	no	
গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জ্ঞানিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুশ্রুতি ছিলেন?	no	
ঘ) আপনি কি গিল্পার, পাকবগী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায়া ভুগছেন?	no	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোষবৃদ্ধি, স্ট্রোক প্রাণে ভুগছেন?	no	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	no	
ছ) আপনার কি কোন মুখটিনাজনিত আঘাত আছে?	no	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যাদি ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)			
(১) অ্যানকোহল স্মার্টল্যান্ড গানীয়া	☒				
(২) মাদক	☒				
(৩) সোশা স্মার্টল্যান্ড দ্রব্য	☒				
(৪) তামাক	☒				
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good				
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	☒				
১২. নন-মেডিকেল কেন্সের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)			
	158 cm	60 kg			
মহিলাদের ক্ষেত্রে					
১০. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রহণের সময়			
		আপনার গর্ভগাত/গিআরিয়া ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা			
১০. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম				
	পেশা				
	বার্ষিক আয়				
১০. (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	পলিসি বর্তমান অবস্থা	
১৪.	আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?		হ্যাঁ / না		
১৫.	আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?		হ্যাঁ / না		
১৬.	Not known,		আপেক্ষা একাউন্টের বিস্তারিত		
ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:					
ক) একাউন্টের ধরন: সঞ্চয়ী / চলতি					
খ) একাউন্ট নং:					
গ) একাউন্ট নং:					
সুইফট কোড:					
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।					

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই নিবৃত্তি যে চুক্তি ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল গ্রন্থ ত্রিক ভাবে বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি নিবৃত্তিওপোর সাথে সন্মতি পোষণ করছি যা আমার এবং এন আই সি অব বাংলাদেশ সিসিটিভের সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার দেয়া 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 সময়সত প্রিমিয়াম অর্থাৎ দেয়ার পূর্ণ চেটা করার, প্রথম প্রিমিয়াম অর্থাৎ দেয়ার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাহিত্য হবার কারণে নম্বর মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরুজ্জীবিত/প্রত্যাহার/বিশদিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী সিদ্ধি প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম অর্থাৎ দেতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 25/06/2026 স্থান SAZ
স্বাক্ষর SAZ ' BM-100000
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____



বীমাকর্তার স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে প্রদানকৃত

নাম: _____
পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বুজাংগিরি ছাপ

২. নিম্নলিখিত ব্যক্তির ফেড্রে বুজাংগিরি 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 ফেড্রে

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

স্বাক্ষর/টিপসাই

টিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বুজাংগিরি ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড	
পলিসি নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
ইউনিট ম্যান্ডেটার বাইসেল	
প্রপোজাল নং	
শাখা	

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা SOVENIRA NATH SAHA

প্রত্যাক্ষের নাম Dr বয়স 40 প্রস্তাবিত টাকার

বীমাকর্তার নাম KALACHAND KARMO, KED বয়স 40 পেশা ও কাজের ধরণ

১. ক) আপনি বীমাকর্তাকে কতদিন যাবত চেনেন?
খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি?
গ) বীমাকর্তা শিক্ষণীয় যোগ্যতা?

ক) Yes
খ) Yes
গ) Yes

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ	প্রত্যাক্ষ	পরিমিত প্রায়	মন্তব্য
ক) চাকুরী	<u>2lac</u>	<u>15,000/-</u>	<u>Good</u>
খ) ব্যবসা / পেশা	<u>/</u>	<u>/</u>	
গ) অন্যান্য উৎস / নিবন্ধিত	<u>2lac</u>	<u>/</u>	
মোট আর্থিক আয়			

১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?
২) বীমাকর্তার বৈতনিক সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?
৩) সার্টিফিকেট সি.এ কর্তৃক ইস্যুকৃত?
I.T কৃত যাচাই সরবরাহকৃত No. No./ Tin তিক আছে কি?
৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত?
আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহণকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমন্বিত পূর্ণ?
৫) KYC/AML এর মান প্রত্যাক্ষ কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?
আপনি কি নিশ্চিত হয়ে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সমস্যাগী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?

৩. ক) বীমাগ্রহণকারীর আয়ের সাধারণ অবস্থা কি?
খ) বীমাগ্রহণকারীর কি ধরনের অসুস্থতা, অসুস্থতা, অসুস্থতা বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না?
গ) আপনি কি তাঁর কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অসুস্থতার সম্পর্কে জ্ঞাত?

ক) Yes
খ) Yes
গ) Yes

৪. আপনি কি বীমাগ্রহণকারীর 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 /অগ্রীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?

হ্যাঁ ☒ না ☐

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

হ্যাঁ ☒ না ☐

৭. মন-মেডিকেল কেসের ফ্রেম
স্বাস্থ্যকরন চিহ্ন
শারীরিক পরিমাপ:
(সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি)
158 62 kg — — —
উচ্চতা ওজন শেঠের ঘের স্থান জ্ঞান স্থান গ্রহণ

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

আমি এই ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।
তারিখ 26/06/2026 স্থান Dhaka
এফ.এ এর স্বাক্ষর Dr. Saha Dr. Saha

(ইউনিট ম্যান্ডেটার দ্বারা প্রাপ্ত)
আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ 26/06/2026 স্থান Dhaka
নাম ও পদবী Dr. Saha
পূর্ব স্বাক্ষর Dr. Saha

(ব্রাঞ্চ ম্যান্ডেটার দ্বারা প্রাপ্ত)
আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ 26/06/2026 স্থান Dhaka
নাম ও পদবী Dr. Saha
পূর্ব স্বাক্ষর Dr. Saha

U4 000001

জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card



শোভা বানী কৰ্মকাৰ

AND NO. 284 470 0583

विमाना यन्त्रावस्थिति: एडिस-४८ एफ-वि-०.
आय/अवकाश पात्र-०.४५ मि. यन्त्री, कार्यप्रव. यन्त्री-
-१२१०, उपयान, कार्य प्रवर्धन विधि कर्मचारी, प्रका

Blood Group B+ Race of Birth HAWKANE Ending Date 22 Sep 2010

1<BGD284470056<33<<<<<<<<<<<<
6904085M3109269BGD<<<<<<<<<<<4
KARNOKER<<KALACHAND<<<<<<<<<<

Verified

S. Spence,

30/09/2018



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



নাম: শর্বুরী কর্মকার
Name: Sharburi Karmaker
প্রাণী: কালচাঁপ কর্মকার
মাতা: অমলতলা কর্মকার
Date of Birth: 26 Jul 1976
ID NO: 2692619472644

(Signature)

এই জাতীয় পরিচয়পত্র বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কাজটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য
কোনও পক্ষের লেখা নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে প্রমাণ প্রদান করে অনুগ্রহ করা হলো।
ঠিকানা: বাড়ি নং: ৫৫৮-৪৯, ফ্রান্সিস, সান্ডা নর্থবান, আর-৬, ৬-নি, বনানী, ডাকঘর:
বনানী - ১২১৩, ঢাকা সিটি কর্পোরেশন, ঢাকা

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: B+

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর: প্রদানের তারিখ: ০৬/০৪/২০০৮



(Signature)

Verified
Sapan