এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস: GULSHAN

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: BM0000001

ইউনিট খাসেগারের কোড: UM0000001

এফ.এ কোড নং: 00224B001

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

১ পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: SHARBORI KARMAKER

ঠিকানা: H= 49, BLOCK = C, BANANI, GULSHAN, DHAKA-

কোড: 1212.

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং: 01715-616838

ই-মেইল:

বীমার উদ্দেশ্য: Savings and life.

জাতীয়তা: Bangladesh

জন্মস্থান: Dhaka

লিঙ্গ: মহিলা ☑ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী): 50 বছর

২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা

কোড:

বয়স প্রমাণের সার্টিফিকেট ধরন: NID

জন্ম তারিখ: 26 07 1976

পিতার নাম:

২. (খ)

নমিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
KALACHAND KARMOKER	57 YRS	HUSBAND

নমিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষ্যত

৩.

পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারাশি	খতকালীন প্রস্তাবিত টাকা (প্রযোজ্য হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রযোজ্য হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমান
815/5	1 1					

মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)	ব্যাজ নং
Single.	

৪. (ক)

বর্তমান পেশা	পদবী/ কাজের প্রকৃতি
BUSINESS.	Chairman.

৪. (খ)

প্রতিষ্ঠানের নাম	কতদিন যাবত চাকুরী করছেন
NEW QUEEN PEARL HOUSE	10 Y.

৫.

শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন
S.S.C	2 Slac	BUSINESS	হ্যাঁ / না
			টিন নং:
			ভোটার আইডি নং: 2692619472644

৬. সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য

বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষনা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন
/		/	/	No

৭.

আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহন 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 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	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমারাশি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমান	দুর্ঘটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরুর তারিখ	সাধারন মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানো 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 কারন
বাবা			92 Y.	Normal
মা	89 Y.	Good		
ভাই জীবিত (3) ..... মৃত	52, 52	43 Y. Good		
বোন জীবিত (2) ..... মৃত	54, 42 Y.	Good		
স্বামী/স্ত্রী	57 Y.	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত (5) - (3) ..... মৃত	28 Y. 32 Y.	Good		

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সপ্তাহের অধিক সময় ধরে কোন চিকিৎসা গ্রহন করেছেন?	No	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষন বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	No	
গ) বিগত. পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারনে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	No	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	No	
ঙ) আপনি কি ডায়বেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোলবৃদ্ধি, কুষ্ঠ 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 দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন।	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়	No	
(২) মাদক	No	
(৩) নেশা জাতীয় দ্রব্য	No	
(৪) তামাক	No	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	No	

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

উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
160	65

মহিলাদের ক্ষেত্রে

১০. (ক)

আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা	
No	1-2-2000		

১০. (খ)

স্বামীর পূর্ণ নাম	Kalachand Karmoker
পেশা	BUSINESS
বার্ষিক আয়	50/ac

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।	প্রস্তাবিত 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. ব্যাকে একাউন্টের বিস্তারিত

ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা: Not Known,

ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি

খ) একাউন্ট নং: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

রাউটার নং :

সুইফট কোড :

ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।

পলিসি সংগ্রহ কর্মকর্তা/ বিশেষ দায়িত্ব প্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর

(সিল ও তারিখ)

(সিল ও তারিখ)

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

এ মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃত যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রশ্ন ঠিক ভাবে 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 অসত্য 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 পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম প্রিমিয়াম জমা করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারনে সময় মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরুজ্জীবিত /প্রত্যাহার /বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 25/06/2026 স্থান Dhaka.

Sharbani Karmaker

বীমাকারীর স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর

নাম

পেশা

ঠিকানা

১.

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

নাম:

ঠিকানা:

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম:

পদবী:

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ

২. নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাংগুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

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

সত্যায়নকারীর নাম:

ঠিকানা:

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

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

স্বাক্ষর /টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড	
লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স	
প্রপোজাল নং	
শাখা Gulshan.	

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা Sovendra Nath Saha.

প্রস্তাবকের নাম	DO	বয়স	প্রস্তাবিত টাকা
বীমাকারীর নাম	Sharbori Karmaker	বয়স 50 Yr.	পেশা ও কাজের ধরণ BUSINESS

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

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ	প্রস্তাবক	পলিসির ধারক	মন্তব্য
ক) চাকুরী	Nil	10,000/-	Good
খ) ব্যবসা / পেশা	/	/	
গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত			
মোট বাৎসরিক আয়	Nil	10,000/-	

১) উপরে বর্ণিত আয়ের উক্ত আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত? —
২) বীমাকারীর বেতন সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত? —
৩) সার্টিফিকেট সি.এ কর্তৃক ইস্যুকৃত? —
I.T কৃত ঘরের সরবরাহকৃত No. No./ Tin ঠিক আছে কি? —
৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত —
আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহণকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমঞ্জস্য পূর্ণ? —
৫) KYC/AML এর মান প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি? —
আপনি কি নিশ্চয়তা দিচ্ছেন যে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকান্ডের সাথে জড়িত নয়? —

৩. ক) বীমাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি? ক) Good
খ) বীমাগ্রহণকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, শ্রবণ বৈকল্য বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না? খ) No
গ) আপনি কি তার কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্ত্রোপচার সম্পর্কে জ্ঞাত? গ) No

৪. আপনি কি বীমাগ্রহণকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন? আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তার কোন বীমা নেই? হ্যাঁ ☑ না ☐

৫. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /অস্বীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই? হ্যাঁ ☑ না ☐

৬. বীমাগ্রহণকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত? তার কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার ঝুকির কারণ হতে পারে? হ্যাঁ ☑ না ☐

৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে
সনাক্তকরন চিহ্ন
শারীরিক পরিমাপ:

(সে.মি)	(কেজি)	(সে.মি)	(সে.মি)	(সে.মি)
160cm	65Kg	—	—	—
উচ্চতা	ওজন	পেটের ঘের	শ্বাস ত্যাগ	শ্বাস গ্রহণ

৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্কে অবহিত করিয়াছেন?

আমি এই মর্মে ঘোষনা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।
তারিখ 26/11/2016 স্থান Dhaka
এফ.এ এর স্বাক্ষর

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ 26/11/21 স্থান
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 26.11.2016 স্থান Dhaka
নাম ও পদবী
পূর্ণ স্বাক্ষর
BM 000001

(সিল ও তারিখ) (সিল ও তারিখ)

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

নাম: শর্বরী কর্মকার
Name: Sharbori Karmaker
স্বামী: কালাচাঁদ কর্মকার
মাতা: অঞ্জুতলা কর্মকার
Date of Birth: 26 Jul 1976
ID NO: 2692619472644

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

ঠিকানা: বাড়ি নং: এইচ-৪৯, ফ্ল্যাট-বি, ব্লক: ক্যানাল: আর-৬, এ-বি, মনারী, আকমল: মনারী - ১২১৩, গুলশান, ঢাকা সিটি কর্পোরেশন, ঢাকা

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: B+

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

Verified
S.Apon

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card

নাম
কালাচাঁদ কর্মকার
Name
KALACHAND KARMOKER
পিতা
বৈদ্যনাথ কর্মকার
মাতা
শোভা রানী কর্মকার
Date of Birth 08 Apr 1969
NID No. 284 470 0563

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: এইচ- ৪৯ এফ- বি -৩,
গ্রাম/রাস্তা: ব্লক- ৬,রুক- সি, বনানী, ডাকঘর: বনানী
- ১২১৩, ঢাকা, ঢাকা উত্তর সিটি কর্পোরেশন, ঢাকা

Blood Group B+ Place of Birth MANIKGANJ Issue Date 27 Sep 2010

I<BGD284470056<33<<<<<<<<<<<<<<
6904085M3109269BGD<<<<<<<<<<<<4
KARMOKER<<KALACHAND<<<<<<<<<<<<

Verified
S. Alam.
30/09/2018