



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)

সদা তোলা
পাসপোর্ট
সাইজ ছবি

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ. দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
ব্রাঞ্চ অফিস: <u>Boo1</u>	প্রশেজাল নং: _____
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: _____	আমানতের পরিমাণ: _____
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: _____	বি.ও.সি নং: _____
এফ.এ. কোড নং: <u>02931 Boo1</u>	তারিখ: _____
পাইসেল নং: _____	
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ: _____	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	Savings & protection বীমার উদ্দেশ্য: জাতীয়তা: <u>Bangladesh</u> অবস্থান: <u>Dinajpur</u> লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐ বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী): <u>43</u> বছর বয়স প্রমোদের সার্টিফিকেট ধরন: <u>NID</u> জন্ম তারিখ: <u>13/09/1983</u>	
নাম: <u>SHOPNA BENARGE</u>		
ঠিকানা: <u>UTTAR GOPALPUR SHAKPUR</u> <u>A SADAR DINAJPUR</u>		
কোড: <u>5200</u>		
টেলিফোন: _____		
ই-মেইল: _____		
অফিস: _____		
মোবাইল নং: <u>01744-861329</u>		
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা		

কোড: _____		
২. (খ) পিতার নাম: <u>Subod Chandra Benarge</u>		
নামিতির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
<u>Krisna Banerji</u>	<u>48</u>	<u>Husband</u>
নামিতি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
		স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাৎ

৩.	মরিকল্পনা এ নং	প্রকৃতিক সীমাবদ্ধি	খসড়াগীর প্রকৃতিক টাকা (প্রয়োজন হলে)	চলিত অনুমোদিত প্রকৃতিক টাকা (প্রয়োজন হলে)	বুসিনেস কোন বুসিনেস সেবেন ক্রিস	পলিসি পূর্বের অবস্থায় হলে অবস্থায় উল্লেখ	অন্যভাবে পরিচয়
	802 18	200000 190000	-	Yes	Yes	-	1305
মোট (মাসিক/অর্ধমাসিক/ত্রৈমাসিক/মাসিক)						হ্যাঁ না	
Monthly							
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/কার্যের প্রকৃতি			
	Teaching			private Tutor			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	own house			09 Year			
৫.	শিক্ষামত যোগ্যতা	বাস্তবিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আরও প্রদান করেন			
	B.Sc	200,000/-	self	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: 7305014818			
৬.	সংশ্লিষ্ট বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ বাধ্যপরিচয় তারিখ	বাহ্য পত্রিকার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে বাহ্য পত্রিকার অনুপযোগী যোগ্যতা 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) প্রত্যাখ্যাত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত						
৮. (খ)	আপনি গত এক বছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:			NO			

০৯. আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	হুক ও শীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমাব্যাপি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	মুখটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি চলার তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রত্যাখ্যাত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখনো ইনফোর্স আছে কি?	কিট্রি সেবার শেষ সময়

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

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	৬৭	Good		
মা	৬৩	Good		
ভাই জীবিত.....	৪০, ৩৪	Good		
মৃত				
বোন জীবিত.....		-		
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী	৪৪	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত.....	২০, ১৫	Good		
মৃত ছেলে	২৪			

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 জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	NO	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার, বৃক্ক, কোম্বুজি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন পারিবারিক ক্রটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন মুখটনাজনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত প্রবণতায় ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়	NO	
(২) মাদক	NO	
(৩) দেশা জাতীয় প্রবণ	NO	
(৪) তামাক	NO	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Yes	
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)
	5'2"	58
মহিলাদের ক্ষেত্রে		
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রসবের সময়
	NO	20-12-2011
১৩. (খ)	আপনার গর্ভপাত/সিয়ারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা	
১৩. (গ)	স্বামীর পূর্ণ নাম	Krisna Benggi
	পেশা	Prisnt
	বার্ষিক আয়	350,000/-
১৩. (ঘ)	স্বামীর বীমা সংক্রান্ত তথ্য	
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:
ফটোকপি অথবা ব্যক্তিগত ডেস্ক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।		

DECLARATION BY THE PROPOSER

I, _____ the person whose life is herein being proposed to be assured, do hereby declare that the foregoing statements and answers have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information and I do hereby agree and declare that these statements and this declaration shall be the basis of the contract of assurance between me and the Life Insurance Corporation of Bangladesh Ltd. and that if any untrue statement be contained therein the said contract shall be death with as per provisions of IDRA Act.

Notwithstanding the provision of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any doctor, hospital and/or employer from divulging any knowledge or information about me concerning my health or employment on the grounds of secrecy I my heirs, executors, administrators and assignees or any other person or persons, having interest of any kind whatsoever in the policy contract issued to me, hereby agree that such authority, having such knowledge or information, shall at any time be at liberty to divulge any such knowledge or information to the Corporation.

And I further agree that if after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt (i) any change in my occupation or any adverse circumstances connected with my financial position or the general health of myself or that of any members of my family occurs or (ii) if a proposal for assurance or an application for revival of a policy on my life made to any office of the Corporation has been withdrawn or dropped, deferred or accepted at an increased premium or subject to a lien or on terms other than as proposed I shall forthwith intimate the same to the Corporation in writing to reconsider the terms of acceptance or assurance. Any omission on my part to do so shall render this contract to be void with as per provisions of Act.

Dated at _____ on the _____ day of _____ 20____

[Handwritten Signature]

Signature of Witness _____

Name _____

Occupation _____

Address _____

Signature or Thumb impression of the person whose life proposed to be assured

1.

Declaration by the person filling in the form (In case form is filled up / signed in a language different from that of the Proposal Form)

"I hereby declare that I have fully explained the above questions to the proposer and I have truthfully recorded the answers given by the proposer."

Name of the Declarant: _____

Address of the Declarant: _____

Signature

[Handwritten Signature]

"I certify that the contents of the form and documents have been fully explained to me by (Name, Designation, occupation) Mr. / Mrs. : _____ and I have understood the significance of the proposed contract."

Signature or thumb impression of the person whose life proposed to be assured

2.

In case the Proposer is illiterate, his/her thumb impression should be attested by a person of standing whose identity can easily be established, but unconnected with the Corporation and this declaration should be made by him.

"I hereby declare that I have fully explained the above questions and contents of the proposal form to the proposer Life to be Assured in language and that the proposer Life to be Assured has affixed his thumb impression above after fully understanding the contents thereof"

Name of the Declarant: _____

Address of the Declarant: _____

Signature

FOR MEDICAL CASES ONLY

"I certify that the Life Assured has signed/put his/her thumb impression in my presence after admitting that all the answers to Question Nos. 10 and onwards of this form have been correctly recorded"

Signature or Thumb impression of the proposer

N.B. Signature or thumb impression should be affixed in the presence of Medical Examiner.

(Signature of the Medical Examiner)

 এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড LIC Bangladesh Ltd.		এজেন্সীর কোড		
		লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ		
		ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স		
		প্রশোজাল নং		
এফ.এ নাম এবং ঠিকানা		Dowlat Ray		
প্রজ্ঞাপকের নাম		বয়স	প্রজ্ঞাপিত টাকা	200000/-
বীমাকারীর নাম		বয়স	পেশা ও কাজের ধরণ	Teaching
১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন? খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি? গ) বীমাকারী শিক্ষণত যোগ্যতা?		ক) 18 Y খ) NO গ) SSC		
২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ ক) চাকুরী খ) ব্যবসা / পেশা গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত মোট বাৎসরিক আয়		প্রজ্ঞাপক	পালিসির ধারক	মজুরী
			200000/-	
১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত? ২) বীমাকারীর বেতন সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত? ৩) সার্টিফিকেট সি.এ কর্তৃক ইস্যুকৃত? I.T কৃত যাদের সরবরাহকৃত A/c, 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 প্রজ্ঞাপক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি? আপনি কি নিশ্চয়তা দিয়েছেন যে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নন?				
Yes				
৩. ক) বীমাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি? খ) বীমাগ্রহণকারীর 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) NO		
৪. আপনি কি বীমাগ্রহণকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আশোচনা 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 সুফির কারণ হতে পারে?		হ্যাঁ ☐ না ☒		
৭. মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে সনাক্তকরণ চিহ্ন শারীরিক পরিমাপ: (সে.মি) (কেজি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) 5'2" 58 36 38 40 উচ্চতা ওজন পেটের ঘের শ্বাস ত্যাগ শ্বাস গ্রহণ				
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..... এফ.এ এর স্বাক্ষর.....				
(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত) আমি প্রজ্ঞাপনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি। তারিখ..... নাম ও পদবী..... পূর্ণ স্বাক্ষর.....				
(গ্রোপ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত) আমি প্রজ্ঞাপনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি। তারিখ..... নাম ও পদবী..... পূর্ণ স্বাক্ষর.....				

জাতীয় পরিচয়পত্র



महोदय, जयपुर

Date of Birth 13 Sep 1983
MID No 730 501 4818



স্থিতি: গ্রাম/ডাক্তার: উত্তর গোশালপুর, ডাক্তার:
শেখপুরা - ৫২০০, দিনাজপুর সদর, দিনাজপুর



Grand Course

Place of Birth: THAKURDACH

Issue Date 18 Sep 2017

I<BGD730501481<83<<<<<<<<<<<
8309134F3209170BGD<<<<<<<<<<6
BENARGE<<SHOPNA<<<<<<<<<<<<<

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

জাতীয় পরিচয়পত্র



Name

-3-

10

Date of Birth 14 May 1978

2000



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: উওর গোপালপুর, ডাকঘর:
শেখপুরা - ৫২০০, দিনাজপুর সদর, দিনাজপুর



Issue Date 18 Sep 2017

I<BGD955250038<23<<<<<<<<<<<
7805145M3209170BGD<<<<<<<<<<<0
BANRZI<<KRISNA<<<<<<<<<<<<<



