



LIC Bangladesh Ltd.

AL FOR INSURANCE ON ANOTHER LIFE

(here deferment period is 10 years or more under CDA Plan)

Form No. Sales 1002

Office use only

Date of Receipt

Inward No

Initials

Is licence in force?

Initials

Branch Office

Proposal No

License No.

Date of Expiry

Agent's & Agency Manager Code Nos

1. Full Name of Proposer MD. ANWAR ULLAH
(IN BLOCK LETTERS)
Short Name of Proposer MD. ANWAR ULLAH Age 66 YRS. Years Nationality Bangladesh
Address which will be incorporated in the Policy and where notice will be sent HOUSE # 17, PLOT # 7, RD # 3, BLOCK # B, SEC # 2, HIRPUR, DHAKA # 1216
Permanent Residential Address VILLA ALICE, P.O. # DOHARIA, P.S. LAKSHMIPUR
Present Occupation BUSINESS Relationship to the life to be assured FATHER

2. Full Name of the life to be assured ADIYAT HOSSAIN
(IN BLOCK LETTERS)
(Short Name of the life to be assured ADIYAT HOSSAIN Sex MALE Nationality Bangladesh
Full Name of the Father of the life to be assured

3. Table and Term of Assurance Sum to be Assured Mode of Payment Amount of Deposit If policy is to be dated back indicate such date
80% (LIFE SAVER) Rs. 200000/- yearly Rs. 16540/-

4. Date of Birth of the life to be assured 29-04-2016 Age Nearer/Last Birthday 10 YRS. Nature of Age Proof Birth Certificate Place of Birth of the life to be assured DAKSH

5. What is the object of this assurance?

6. Is any other proposal on the life of the life to be assured now being made to or is any other proposal or an application for revival of a policy on his life under consideration of this or any other office of the Corporation or any office of the other insurer? If so, which is the office and give details.

7. State below details of all previous policies of the life to be assured :- NIL

Name of the Br Office of the Corp. or the other insurer	Policy Number	Sum Assured	Plan & Term of Assce	Year of issue of Policy	Whether accepted as proposed at ordinary rate	Whether in force for the full sum assured	If not give due date of last premium paid and mode of payment

N. B. - Corporation does not entertain any fresh proposal for insurance where any previous policy lapsed or has been converted into a paid up policy within the last 3 years.

8. Has a proposal on the life of the life to be assured or an application for revival of a policy on his life made to this or any other office of the Corporation or any office of the other insurer ever been a) Withdrawn or dropped? b) Deferred or declined? c) Accepted with an extra premium or lien? d) Accepted on terms otherwise than those proposed? If yes, state Proposal/Policy No. Name of Office and Year.

(a) No
(b) No
(c) No
(d) No

9. Family History of the life to be Assured	LIVING		DEAD		10. Give below the particulars of all the assurance in full force on the lives of parents, brothers and sisters of the life to be Assured		
	Age	State of Health	Age at death	Cause of death	Relationship	Policy Number	Sum Assured
Father :	<u>66 YRS.</u>	<u>Good</u>					
Mother :	<u>51 YRS.</u>	<u>Good</u>					
Brother :							
Living No. :							
Dead No. :							
Sister :	<u>22, 10 YRS.</u>	<u>Good</u>					
Living No. :							
Dead No. :							

SPECIMEN SIGNATURE OF THE PROPOSER

[Signature]

11. Has any of the relations of the life to be assured living or dead suffered from any hereditary or infectious disease like diabetes, insanity, epilepsy, gout, asthma, tuberculosis, cancer, leprosy etc.	No No No
12. Has the life to be assured come in contact during the last three years, with any person suffering from tuberculosis, leprosy or any other infectious disease? If so, give details.	No
13. (a) Is the life to be assured now in good health free from any disease?	(a) Yes
(b) Is the life to be assured of good constitution?	(b) Yes
(c) Has the life to be assured any bodily defect or deformity? If so, give details.	(c) No
(d) Has the life to be assured has (i) Small Pox or (ii) Successful vaccination and if so (iii) When.	(d) i) No ii) iii)
14. (a) Has the life to be assured suffered from any illness or disease? If so give details.	(a) No
(b) Has the life to be assured ever had any operation accident or injury? If so, give details.	(b) No
(c) Has the life to be assured ever had an Electrocardiogram, X-Ray, or Screening, Blood, Urine or Stool examination? If so, give details.	(c) No
(d) Has the life to be assured ever been in any hospital, asylum, or sanatorium for check up, observation, treatment or any operation? If so, give details.	(d) No
15. (a) Is the life to be assured a student? If so, in which standard?	(a) CLASS - III
(b) Do you wish to secure the Premium Waiver Benefit in case of your death before the commencement of risk?	(b) N/A
(c)	(c) N/A
16. Do you agree to the condition that the Policy if issued on the basis of this proposal will automatically vest in the life to be assured on the deferred date?	

17. Have you understood fully the terms and conditions of the plan you propose to take? **Yes**

MD. ANWAR ULLAH

DECLARATION

(Name of the Proposer) do hereby declare that the foregoing statements and answers have been given by me after fully understanding the questions and the same are true, complete in every particulars 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 between me and the Life Insurance Corporation of Bangladesh Ltd. and that if any untrue averment be contained therein the said contract shall be absolutely null and void and all money which shall have been paid respect thereof shall stand forfeited to the Corporation.

And I further agree that after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt any change in the general health of the life to be assured or that any member of his / her family occurs, I shall forthwith intimate the same to the Corporation in writing to reconsider the terms of acceptance of assurance. Any omission on my part to do so shall render this assurance invalid and all moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Corporation.

Dated at **Dhaka** on the **27th** day of **JULY** 2026

Signature of Witness **Shahid**

Occupation and Address

Signature or thumb impression of the proposer

If in this form the answers to this questions and / or signature of the proposer are/ is in vernacular then he should declare in his own handwriting above his signature that all questions were explained to him and that his replies were given after fully and properly understanding the same.

(1) This declaration should be made by the person filing in the form.

Address of the declarant

IN CASE PROPOSER IS ILLITERATE:

(2) The thumb impression of the Proposer 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.

Address of the declarant

the declarant

(1) 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.

Signature

(2) I hereby declare that I have explained the contents of the Proposal form to the Proposer in (Language) and that I have read out to the Proposer the answers to the questions dictated by the Proposer and that the Proposer has affixed his thumb impression to the proposal form after fully understanding the contents thereof.

Signature

N.B. Reduction in premiums is allowed only in case of large sums assured and for yearly and half-yearly mode of payment of Premiums in accordance with the details given in the prospectus. Offer of Acceptance of any other rebate is an offence under Section 41 of the Insurance Act 1938



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



প্রাপ্তক আদিতি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
ব্রাঞ্চ অফিস:	প্রণোদন নং:
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং	আমন্ত্রণের পরিমাণ:
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:	দি.ও.সি নং
00694B002	তারিখ:
এফ.এ কোড নং:	
লাইসেন্স নং:	
মোয়ানউত্তরীন তারিখ:	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	বীমার উদ্দেশ্য: Risk & Savings.		
নাম: MD ANWAR ULLAH	জাতীয়তা: Bangladeshi		
ঠিকানা: HOUSE#04 PLOT#7 ROAD#3 BLOCK#B SEC#2 MIRPUR DHAKA কোড 1216	অনুস্থান: Dhaka		
টেলিফোন:	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒		
ই-মেইল:	বয়স (প্রাপ্ত বয়স অনুসারে অনুমোদিত)		
অফিস:	66 বছর		
মোবাইল নং: 01713303491	বয়স প্রমোনের সার্টিফিকেট ধরন		
	NID		
	জন্ম তারিখ		
	15/06/1960		
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা			
VILL#ALICE PO#DOMBARIA PS#LAKSHMIPUR DIST#COMILLA কোড			
২. (খ) পিতার নাম: MD. ALI HOSSAIN			
নামিত পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
MD. Anwar Ullah		Father	
নামিত যদি অগ্রাধিকার বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাংগত

৩.	পরিচয়না ও শর্ত	প্রজ্ঞাবিত বীমারূপি	খতকারী প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	অতিম অসুস্থতায় প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখটিনা কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
৬	801(10YR) LIC Life Savar	2000000					
	মোড (বৈদেশিক/ অর্থবাৎসরিক/ ট্রেডাসিক/ মাসিক)					ব্যাংক নং	
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ বণ্ণের প্রকৃতি			
	Business			PROPRIETOR, Business Manager			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	MAK International						
৫.	শিক্ষণত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	M.A	Tk#2000000	Business	হ্যাঁ / না			
				দিন নং: 37003789/1/20			
				ভোটার আইডি নং: 7303670850			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জ্ঞাপ্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাক্ষরপত্রের তারিখ	স্বাক্ষর পত্রের পরিচিতি	কখনো কি আপনাকে স্বাক্ষর পত্রের অনুশোধনী মোখনা 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 হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
	গ) প্রজ্ঞাবিত 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	হুক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নির্দিষ্ট টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারামি	আটল অনুহতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাচ টাকার সুবিধা	পলিসি শর্তাবলি তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আপনার পলিসি টি এখানে ইন্সারেন্স আছে কি?	কিছু 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 সময়ের বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা			80 YRS	0/6 2012
মা			83 YRS	0/6 2012
ডাঃ জীবিত... (4).....	82, 80, 72, 62 YRS.	Good		
মৃত				
বোন জীবিত... (1).....	75 YRS.			
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী	51 YRS	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত... (3).....	22, 18, 10 YRS.	Good		
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 জনিত কারণে আপনি কি কর্মক্ষেত্রে অনুপস্থিত ছিলেন?	No	
ঘ) আপনি কি গিটার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	No	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোম্পিউ, ফুট রোগে ভুগছেন?	No	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অস্বাভাবিকতা আছে?	No	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	No	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত প্রযুক্তিগত ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়		No	
(২) মাদক		No	
(৩) নেশা জাতীয় প্রসা		No	
(৪) তামাক		No	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		Good	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন রিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?			
১২.	মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
		167	65
মহিলাদের ক্ষেত্রে			
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তানে প্রসবের সময়	* আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ানে 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 আত?	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:		ব্রাউচার 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 বিবৃত যে চুক্তির ক্রিতি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রাপ্ত তথ্যকে বৃদ্ধি এবং সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি প্রকাশ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ লিগিটমিটের সাথে চুক্তির মূল ক্রিতি। এবং আমার দ্বারা কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইনিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিপত্রটি বাতিল বলে গণ্য হবে।

আমার স্বাক্ষর পরীক্ষার বিশেষ্ট এবং পেশা সম্পর্কিত সকল তথ্য সঠিক এবং নির্ভুল, এই মর্মে সকল আইন এবং নিয়ম মানা হয়েছে, এবং কারো কান্না হতে জোরপূর্বক কোন মিথ্যা তথ্য আসতে কান্না হয় নি।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত তথ্যকে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি প্রকাশ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ লিগিটমিটের সাথে চুক্তির মূল ক্রিতি। এবং আমার দ্বারা কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইনিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিপত্রটি বাতিল বলে গণ্য হবে।

তারিখ _____ স্থান _____

স্বাক্ষর _____

নাম _____

পেশা _____

প্রতিশ্রুতি _____

বীমাকর্তার স্বাক্ষর

২.

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত তথ্যকে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি।

নাম: _____

প্রতিশ্রুতি: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমাণিত সঠিক করে পরীক্ষিত

নাম: _____

পেশা: _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

৩. নিম্নের ব্যক্তির ক্ষেত্রে বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত তথ্যকে সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি।

সত্যায়নকারীর নাম: _____

প্রতিশ্রুতি: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, প্রাপ্ত আমার স্বাক্ষর সত্যায়িত সমস্ত প্রাপ্ত সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছি, যা বাতিল বলে গণ্য হবে।

স্বাক্ষর / সীলসহ

প্রতিশ্রুতির স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ প্রদান এর সত্যায়িত প্রদান করতে হবে।

People's Republic of Bangladesh
Office of the Registrar of Birth and Death
Zone - 1, Dhaka North City Corporation
Dhaka, Bangladesh

Birth Certificate

[Rule-9, of Birth and Death Registration (City Corporation) Rules, 2006]

(Extract from Birth Register)

Register No:

39

Ward No: 1

Date of Registration: 09-12-2018

Date of Issue: 09-12-2018

Birth Registration No: *

20162692501073024

Name: ADIVAT HOSSAIN

Date of Birth: 29-04-2016

Sex: Male

Twenty Ninth April Two Thousand Sixteen

Place of Birth: RMC Hospital & Diagnostic Complex Ltd, Uttara,
Dhaka-1230, Bangladesh.

Father's Name: MD. ANWAR ULLAH

Father's Nationality: Bangladeshi

Mother's Name: JANNATUL FERDAUS

Mother's Nationality: Bangladeshi

Permanent Address: Vill- Alaice, P.O- Dombaria, P.S- Laksham,
Dist- Comilla, Bangladesh.

Present Address: House- 04, Road- 09, Rupnagar, Mirpur,
Dhaka- 1216, Bangladesh.

Authorised Person - Seal and Signature)

Bilki Akter
Birth & Death
Reg. Assistant
Zone-01 Uttara
Dhaka North City Corporation

(Signature and Name of Registrar with Seal)

Dr. Azizul Nessa
Asstt. Health Officer
Zone-1 (Uttara)
Dhaka North City Corporation

(Seal of the Registrar's Office)



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



নাম: মোঃ আনোয়ার উল্লাহ

Name: MD. ANWAR ULLAH

পিতা: মোঃ আলী হোসেন

মাতা: শরাফতের নেছা

Date of Birth: 15 Jun 1960

ID NO: 7303670850

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/ঘোড়িঃ ৭ নিচতলা, গ্রাম/বাজার: ৩, সেকশন-২, ব্লক-বি, ডাকঘর: মিরপুর
- ১২১৬, মিরপুর, ঢাকা উত্তর সিটি কর্পোরেশন, ঢাকা

রক্তের গ্রুপ/Blood Group: A- বসবাস: কুমিল্লা

নম্বর: ০১

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০৩/০২/২০২৬

