



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



আফসান দাখলানোর:

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ
-------------------------	--------------	-------

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস: CHATTogram AGRABAD ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: 0000107
01610743736
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: UM# 0000593
এফ.এ কোড নং: 03204B007 লাইসেন্স নং: মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

প্রপোজাল নং: _____

আমানতের পরিমাণ: _____

বি.ও.সি নং: _____

তারিখ: _____

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম MD SALAUDDIN
ঠিকানা: 53 RAHMOTUNNESSA ROAD S
S CENTER REAZUDDIN BAZAR
KOTWALI CHATTogram- 4000

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01622289408

SAVING'S &
বীমার উদ্দেশ্য:
RISK COVER

জাতীয়তা: BANGLADESHI

জন্মস্থান: NOAKHALI

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)

30 বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন

NID

জন্ম তারিখ

07041996

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

YUSUF MEMBER VILL-UTTAR
TARMUDDIN, PO-TARMODDI, HA
TIYA-NOAKHALI, কোড 3892

পিতার নাম: MD ALAUDDIN

৩. (খ)

নামনির্ভর পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
TAHMINA AKTER	২৭	WIFE	
নামনির্ভর যদি অগ্রাধিকার বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থান
—	—	—	—



৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রজ্ঞাবিত বীমাংশ	খন্ডকালীন প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	815 12	346,220/-		১৫১ = 1,09,000/-			= 18,000/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	Six month					—	
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	BUSINESS			PROPRIETOR			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	GOWSIA POULTRY SALES CENTER			15 YRS			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	S.S.C	8,00,000/-	BUSINESS Other	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: 6903220918			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষণা 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।						
	N/A						
৮. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত						
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:						

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রাসঙ্গিক তথ্য 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 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 ক্ষতি 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 পুনরুজ্জীবিত /প্রত্যাহার/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ ০৬/০৪/২০২৬ স্থান ঢাকা
স্বাক্ষর [Signature]
নাম Mohammad Iqbal Hosen
পেশা Unit Manager, ০০০৯৫৯৩
ঠিকানা LIC Bangladesh Ltd.
Agribad Branch, Ctg.

[Signature]

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____

ঠিকানা: _____

[Signature]

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম:

পদবী:

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

২.

নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রশ্ন 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, যাহা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

স্বাক্ষর/টিপসাই

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) আলকোহল জাতীয় পানীয়	☒	
(২) মাদক	☒	
(৩) দেশ জাতীয় দ্রব্য	☒	
(৪) তামাক	☒	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	০১০০০	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	☒	
১৮. মেট্রিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
	১৭০	৭০.৫৭.

মহিলাদের ক্ষেত্রে

আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা

স্বামীর পূর্ণ নাম	
পেশা	
বার্ষিক আয়	

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

আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?	হ্যাঁ / না
আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?	হ্যাঁ / না
ব্যাংক একাউন্টের বিস্তারিত	

ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:	
ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি	রাউটার নং :
খ) একাউন্ট নং:	সুইফট কোড :
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।	



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



মোঃ সালার উদ্দিন

নাম: মোঃ ছালা উদ্দিন

Name: MD SALA UDDIN

পিতা: মোঃ আলম উদ্দিন

মাতা: আয়েশা খাতুন

Date of Birth: 07 Apr 1996

ID NO: 6903220918



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

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: আব্দুর রহিম ফকির বাড়ি, গ্রাম/রাস্তা: বুড়ির চর, ডাকঘর:
সূর্যমুখী - ৩৮৯০, হাতিয়া, নোয়াখালী

রক্তের গ্রুপ / Blood Group:

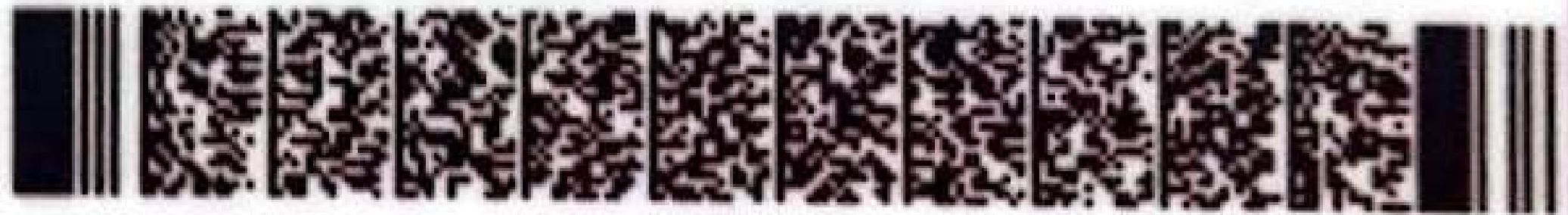
জন্মস্থান: নোয়াখালী

নম্বর ০১



প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০৭/০৭/২০২৫





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



তাহমিনা

নাম: তাহমিনা আকতার

Name: TAHMINA AKTER

পিতা: মোঃ ইউজুপ

মাতা: আহব বন্

Date of Birth: 02 Jan 2000

ID NO: 6029500854

এই কার্ডটি গণস্বাস্থ্য কেন্দ্র বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তিও অন্য কোথাও পাতলা গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: ইউজুপ মেমোরি বাড়ি, গ্রাম/রাস্তা: উত্তর তরমুসিন, চর
তমাকুসিন, ডাকঘর: তমাকুসিন - ৩৮৯২, হাতিয়া, গোয়ালন্দ

রক্তের গ্রুপ / Blood Group:

জন্মস্থান: গোয়ালন্দ

পৃষ্ঠা ০১


প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ১৭/০৮/২০২৫

