



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:	অফিস ব্যবহারের:
প্রাক্ষরিত অফিস:	প্রপোজাল নং:
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: # 224	আমানতের পরিমাণ:
এফ.এ কোড নং: SULTANA FAHMIDA # 1163	বি.ও.সি নং:
মোবাইল নং: # 52	তারিখ:
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম	NAZMIN NAHAR
ঠিকানা:	VILL- RAYPUR (ANU MIAR BARI)
	PO- BAZAR EHOWARA, PS-SOUTH
	SADAR, CUMILLA
টেলিফোন:	
ই-মেইল:	
অফিস:	
মোবাইল নং:	01670 550392

বীমার উদ্দেশ্য:

জাতীয়তা: Bangladeshi

জন্মস্থান: Cumilla

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী) বছর

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা	AS ABOVE
কোড	

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন

NID

জন্ম তারিখ

31/12/1992

পিতার নাম:

NAZMIN SHAMSUL HOQUE

২. (খ)

নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
SAFAYATUL HASAN	12	SON	
নামিনি যদি অগ্রাধিকার বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত
MD. ABUL HOSSAN		FATHER	



[illegible]

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও মীতি	গ্রাহ্যন পরিকল্পনার নির্দিষ্ট টাকার	টার্ম ইন রাইডার বীমার আশি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	মুখটনার গ্রাফ টাকার সুবিধা	পলিসি ফরম তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রত্যাখ্যাত	চিকিৎসা জরুরি কিনা	আপনার পলিসি টি এখানে ইনস্টলেশন আছে কি?	কিছু সেবার শেষ সময়
	/					/				/	

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

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	মৃত্যুর কারণ
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স	
বাবা	78	Good	50	stroke
মা				
ভাই/ভগ্নি..... 3	50, 45	Good		
দুই.....	40			
বোন/ভগ্নি..... 2	60, 58	Good		
দুই.....				
স্বামী/স্ত্রী	45	Good		
সন্তান: মেয়ে/মেয়ে	5-1	Good		
ভাই/ভগ্নি.....	0-09			
দুই.....				

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সন্তানের অধিক সময় ধরে কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	
খ) আপনি কি কখনো হৃদযন্ত্রাঙ্গ/কৃত্রিমকৃত সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	NO	
গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জন্মিত 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, গর্ভ, কোমকৃৎ, কৃৎ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অস্বাভাবিক আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন মুখটনারজনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত সুরক্ষাশো ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় শারীর		NO	
(২) ছাগল		NO	
(৩) দেশী জাতীয় সুরক্ষা		NO	
(৪) ভায়াক		NO	
(৫) স্বাস্থ্যকর অবস্থা		Good	
খ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিক কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		NO	
১২. মন-ফিজিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।		উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
		5' 3"	58 Kg
মহিলাদের ক্ষেত্রে			
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রহণের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা
	NO	19.05.2016	
১৩. (খ)	আমীর পূর্ণ নাম		MD. ABUL HOSSAIN
	পেশা		SERVICE.
	বার্ষিক আয়		800000 /.
১৩. (গ)	আমীর 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।	প্রতিবর্ত টাকা
			হত ও টার্ম
			পলিসির বর্তমান অবস্থা
১৪.	আপনি কি পলিসির 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 বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।			

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল গ্রন্থ ত্রিক ভাবে বুকে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি পোষণ করছি যা আমার এবং এল আই সি আর বাংলাদেশ লিমিটেডের সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার দেখা কোন তথ্য যদি আসত। প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরএ 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 গ্রিমিডাম জমা দেয়ার পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম গ্রিমিডাম জমা করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারণে মনঃ মত পলিসির গ্রিমিডাম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনঃপ্রমাণিত/প্রত্যাহার/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট গ্রিমিডামের চেয়ে বর্ধিত গ্রিমিডাম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ _____ স্থান Cumilla
 স্বাক্ষর ✓ SCF
 নাম _____
 পেশা _____
 ঠিকানা _____

Nazmin nahar

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত গ্রন্থ বুকে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি
 নাম: _____
 ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমাণাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত
 নাম: _____
 পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগলির ছাপ

২.

নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাংগলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।
 আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত গ্রন্থ বুকে সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি

সত্যায়নকারীর নাম: _____
 ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, গ্রাহক আমার সম্মুখে সজ্ঞানে সমস্ত গ্রন্থের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যা বা শিথিলত্ব রয়েছে।

✓ Nazmin nahar

স্বাক্ষর/চিহ্নপত্র

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।