



জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(গ্রাহক বয়স্কদের জন্য)

এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এবং এ ছাড়া পূর্ব ককন:

গ্রাহক অফিস: Agarabad Ctg.

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

প্রপোজাল নং:

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: Um0000380

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

নাইসেল নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

তারিখ:

এফ এ কোড নং: 20378007
Sumi Rani Dey

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: KRISHNA SHILL
ঠিকানা: NARAYAN BABUR BASA SOU
TH MIDDLE HALISHAHARIN SITE
HINDUPARA ANANDA কোড

টেলিফোন:

অফিস:

ই-মেইল:

Barar, Bandar, Ctg.

01813169186 /
01867106693

Swings and
Risk Cover.

জাতীয়তা: Bangladesh

জন্মস্থান: CTG

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
39 বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন
NID

জন্ম তারিখ

15071984

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

SAME AS ABOVE

পিতার নাম:

Gopal Shill

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

RBIN DEB

39

Husband.

নামিনি যদি অগ্রাধ বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক



৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমাবাশি	খসড়াবিলী প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখ্যতায় কোন সুবিধা সেরেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	814/15	1000000/-	-	C.I. 500000/-	Yes		604/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)					ব্যাংক নং	
	Monthly						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Service			Operator			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করেছেন			
	Regency 05			05 Years			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	Class-5	2000000/-	Service	হ্যাঁ / না			
টিন নং:							
ভেটোর আইডি নং:							
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।						
৮. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অধীকৃত/ 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 প্রশ্ন সঠিক ভাবে 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 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 কারণে 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: _____ স্থান: _____

স্বাক্ষর: _____
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____

কৃষ্ণা কলিণ

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____
SHANKAR KUMAR DEY
Units Manager
Agrabad Branch
LIC Bangladesh Ltd.

কৃষ্ণা কলিণ

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 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 /টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

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



नाम

कृष्ण बीज

Name

KRISANA SHILL

Figure 2

গোপাল শীল

4472

प्रकाश शीत

Date of Birth 15 Jul 1987

NID No **775 108 1642**



Page 102



ঠিকানা: বাসা/হোষ্টিং: নারায়ন বাবুর ভাড়া ঘর,
গ্রাম/রাস্তা: দক্ষিণ মধ্যম হালি শহর, হিন্দু পাড়া ১ নং
সাইট, ডাকঘর: আনন্দ বাজার - ৪২১৫, চট্টগ্রাম
পোষ্ট, চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন, চট্টগ্রাম



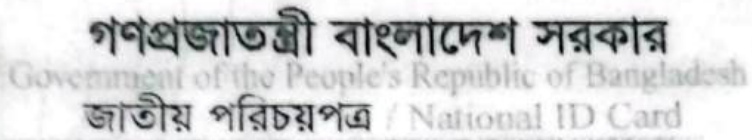
Blood Group

Place of Birth: CHITTAGONG

Issue Date 11 Feb 2017

I<BGD,775108164<23<<<<<<<<<<<<<<
8707154F3202104BGD<<<<<<<<<<<<<8
SHILL<<KRISANA<<<<<<<<<<<<<<<<

3097



Name

REBIN DEV

1994

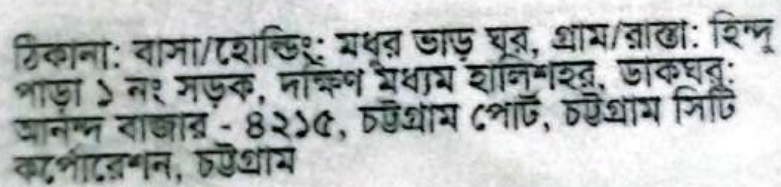
বর্ণজিত দেব

5

বর্ণা বর্ণী দেব

Date of Birth 07 Oct 1987

NID No. **865 110 0813**



Blood Group B+

Place of Birth CHITTAGONG

Issue Date: 11 Feb 2017

I<BGD865110081<35<<<<<<<<<<<<
8710075M3202104BGD<<<<<<<<<<<0
DEV<<RBIN<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

30/01/02