



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



আপনার নাম (অক্ষর):

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল

ইনওয়ার্ড নং

তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস:

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

প্রপোজাল নং:

AGRABAD CHITTAGONG

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: 0000591

আমন্ত্রণের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

এফ.এ কোড নং:

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

03163B007

JUDEL DEWAYNJEE

তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম RUVEL DAS

ঠিকানা: FARID ALOM ER BARI
VILL-THAINGKHALI P/S-UKIYA
COXSBAZAR

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01882729987

SAVINGS

বীমার উদ্দেশ্য: &

RISK COVER

জাতীয়তা:

BANGLADESHI

জন্মস্থান:

CHITTAGONG

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)

31 বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন

NID PHOTOCOPY

জন্ম তারিখ

03041995

২. (ক)

স্বামী ঠিকানা

C/O CHITTO SOUDA GORE ER BARI
VILL-PB-BAJALIYA P/S-SATKANJA
CHITTAGONG

কোড 4388

পিতার নাম: NILU DAS

২. (খ)

নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
PAPRI DAS PRITY	19	WIFE	
নামিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থান



৩.	পরিচয়না ও শর্ত	প্রদত্ত ইমারত	বডকাবীর প্রদত্ত টাকা (প্রয়োজন হলে)	অটল অসুস্থতায় প্রদত্ত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুখটিনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	৪১৪/১২	২০০০০০/-	-	১০০০০০/-	YES	-	১৪৪১/-
	মোট (বাসসরিক/ অর্ধবাসসরিক/ ট্রেমাসিক/ মাসিক)					ব্যাংক নং	
	MONTHLY						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	SERVICE			MICRO FINANCE FIELD OFFICER			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	BRAC			03 YEARS			
৫.	শিক্ষাপ্ত কোম্পানী	বাসসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	MBS	৪,৫০,০০০/-	SERVICE	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: 6402304312			
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/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
৮. (খ)	গ) প্রদত্ত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত						
৮. (ঘ)	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 ঠিক ভাবে বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সম্মতি প্রকাশ 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 ৩১/০৮/২০ স্থান CHITTAGONG
স্বাক্ষর [Signature]
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____

Suman Chowdhury
Unit Manager, 0000591
LIC of Bangladesh Ltd.
Agrabad 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 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, যাঁহা 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

03 Apr 1995



নাম

রুবেল দাশ

Name

RUVEL DAS

পিতা

নিলু দাশ

মাতা

রিংকু দাশ

Date of Birth 03 Apr 1995

NID No

640 230 4312

রুবেল দাশ



