



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড  
LIC Bangladesh Ltd.

## জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



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

|                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| এফ.এ. ব্যক্তি পূর্ণ করুন:          | অফিস ব্যবহারের: |
| প্রাথমিক অফিস:                     | প্রপোজাল নং:    |
| ট্রাঙ্ক ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: | অমানতের পরিমাণ: |
| #52                                |                 |
| ইউনিট ম্যানেজারের কোড:             | বি.ও.সি নং:     |
| #225                               |                 |
| এফ.এ. কোড নং:                      | স্বাক্ষর:       |
| লাইসেন্স নং:                       |                 |
| মেসারদ্রষ্টীয় তারিখ:              |                 |
| KANIZ FATEMA P/A #1166             |                 |

### ১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

|            |                                                                                              |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| নাম        | MD. IQBAL BAHAR                                                                              |
| ঠিকানা:    | VILL- UNAI SHAR, (NORTH PARA)<br>EP2 BAIT. PO- RAZA PARA, SADAR.<br>SOUTH, CUMILLA কোড 3500. |
| টেলিফোন:   |                                                                                              |
| ই-মেইল:    |                                                                                              |
| অফিস:      |                                                                                              |
| মোবাইল নং: |                                                                                              |

বীমার উদ্দেশ্য:

জাতীয়তা: BANGLADESH

জন্মস্থান: Cumilla

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)  
49 বছর

বয়স প্রমোদের সার্টিফিকেট ধরন

NID

জন্ম তারিখ

04/12/1976

### ২. (ক)

|              |          |
|--------------|----------|
| ছাড়া ঠিকানা | AS ABOVE |
| কোড          |          |

### ২. (খ)

|            |                      |
|------------|----------------------|
| পিতার নাম: | IQBAL SHAMSUR RAHMAN |
|------------|----------------------|

| নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা                                                  | বয়স | সম্পর্ক |
|----------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| MST. MORIUMER NESSA 12 WIFE                                                |      |         |
| নামনি যদি অগ্রাণ্ড বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা | বয়স | সম্পর্ক |
| N/A                                                                        |      |         |
| স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষ্য                                   |      |         |

|        |                                                                                                           |                     |                                        |                                               |                                                                                             |                                       |                |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| ৩.     | পরিকল্পনা ও শর্ত                                                                                          | প্রজ্ঞাবিত বীমাকারি | খরচকারী প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে) | জটিল অসুস্থতার প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে) | দুর্ঘটনার কোন সুবিধা দেবেন কিনা                                                             | পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ | আমানতের পরিমাণ |
|        | 806<br>16(10)                                                                                             | 120000/-            |                                        |                                               | 120000                                                                                      |                                       | 1055/-         |
|        | মোট (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)                                                              |                     |                                        |                                               |                                                                                             | খাজ নং                                |                |
|        | Mty.                                                                                                      |                     |                                        |                                               |                                                                                             |                                       |                |
| ৪. (ক) | বর্তমান পেশা                                                                                              |                     |                                        | পদবী/ কাজের প্রকৃতি                           |                                                                                             |                                       |                |
|        | BUSINESS.                                                                                                 |                     |                                        |                                               |                                                                                             |                                       |                |
| ৪. (খ) | প্রতিষ্ঠানের নাম                                                                                          |                     |                                        | কর্তনীয় যাবত চাকুরী করছেন                    |                                                                                             |                                       |                |
|        |                                                                                                           |                     |                                        |                                               |                                                                                             |                                       |                |
| ৫.     | শিক্ষাগত যোগ্যতা                                                                                          | বাৎসরিক আয়         | আয়ের উৎস                              | আপনি কি আয়কর প্রদান করেন                     |                                                                                             |                                       |                |
|        | BA                                                                                                        | 10,00,000/-         |                                        | হ্যাঁ / না                                    |                                                                                             |                                       |                |
|        |                                                                                                           |                     |                                        | টিন নং: <input type="text"/>                  |                                                                                             |                                       |                |
|        |                                                                                                           |                     |                                        | ডেটার আইডি নং: 4176334052                     |                                                                                             |                                       |                |
| ৬.     | সংশ্লিষ্ট বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য                                                                         |                     |                                        |                                               |                                                                                             |                                       |                |
|        | বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম                                                                                  | পদবী                | শেষ আস্থাপত্রীকার তারিখ                | স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট                    | কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষণা করা হয়েছে।<br>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 ভাগ্য করার কারণ:                                                                      |                     |                                        |                                               | উত্তর<br>হ্যাঁ / না                                                                         | হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন        |                |
|        | ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত                                                                        |                     |                                        |                                               | N0                                                                                          |                                       |                |
|        | খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম                                                                                    |                     |                                        |                                               | N0                                                                                          |                                       |                |
|        | গ) প্রজ্ঞাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত                                                                           |                     |                                        |                                               | N0                                                                                          |                                       |                |
| ৮. (খ) | আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন: |                     |                                        | N0                                            |                                                                                             |                                       |                |

| পলিসি নং | বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা | ছক ও নীতি | প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা | টার্ম ইন রাইটার বীমারশি | অটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ | মুখ্যতার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা | পলিসি শুরু তারিখ | সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রত্যাখ্যাত | চিকিৎসা জনিত কিনা | আপেক্ষা পলিসি টি এখনো ইনফোর্স আছে কি? | কিছু দেবার শেষ সময় |
|----------|-----------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|---------------------|
|          |                             |           |                                |                         |                             |                               |                  |                                     |                   |                                       |                     |
|          |                             |           |                                |                         |                             |                               |                  |                                     |                   |                                       |                     |
|          |                             |           |                                |                         |                             |                               |                  |                                     |                   |                                       |                     |
|          |                             |           |                                |                         |                             |                               |                  |                                     |                   |                                       |                     |
|          |                             |           |                                |                         |                             |                               |                  |                                     |                   |                                       |                     |
|          |                             |           |                                |                         |                             |                               |                  |                                     |                   |                                       |                     |

৩ বছরের মধ্যে পলিসি বন্ধ হলে কর্পোরেশন কোন নতুন প্রজ্ঞাব পত্র ফরম ইস্যু করবে না।

১০.

| পারিবারিক ইতিহাস                         | জীবিত  |                    | মৃত               |              |
|------------------------------------------|--------|--------------------|-------------------|--------------|
|                                          | বয়স   | স্বাস্থ্যগত অবস্থা | মৃত্যুর সময় বয়স | মৃত্যুর কারণ |
| বাবা                                     |        |                    | 85                | old age      |
| মা                                       |        |                    | 90                | old age      |
| ভাই<br>জীবিত.....3.....                  | 80, 62 | Good               |                   |              |
| মৃত.....                                 | 44     |                    |                   |              |
| বোন<br>জীবিত.....2.....                  | 57, 54 | Good               |                   |              |
| মৃত.....                                 |        |                    |                   |              |
| স্বামী/স্ত্রী                            | 42     | Good               |                   |              |
| সন্তান: ছেলে/মেয়ে<br>জীবিত.....5-1..... | 16.    | Good               |                   |              |
| মৃত.....0-1.....                         | 13     |                    |                   |              |

১১.

| 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 হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন? | NO        |                     |
| গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত 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 বৃদ্ধি, কোমরুচ্চি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?         | NO        |                     |
| চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?                                             | NO        |                     |
| ছ) আপনার কি কোন মুখটোজজনিত আঘাত আছে?                                                          | NO        |                     |

|                                                               |                                                       |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:         | হ্যাঁ (টিক দিন)                                       | না (টিক দিন)                                                                                                                         |
| (১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়                                   | NO                                                    |                                                                                                                                      |
| (২) মাদক                                                      | NO                                                    |                                                                                                                                      |
| (৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য                                        | NO                                                    |                                                                                                                                      |
| (৪) কামাক                                                     | (2-3) Strik Daily                                     |                                                                                                                                      |
| খ) শাহাপাত অবস্থা?                                            | Good.                                                 |                                                                                                                                      |
| গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?  | NO                                                    |                                                                                                                                      |
| ১২. নন-মেডিকেল কেন্দ্রের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে। | উচ্চতা (সে.মি)                                        | ওজন (কেজি)                                                                                                                           |
|                                                               | 5' 5"                                                 | 68Kg                                                                                                                                 |
| মহিলাদের ক্ষেত্রে                                             |                                                       |                                                                                                                                      |
| ১৩. (ক)                                                       | আপনি কি গর্ভবতী?                                      | শেষ সন্তান এসেবের সময়                                                                                                               |
|                                                               | N/A                                                   |                                                                                                                                      |
| ১৩. (খ)                                                       | আপনার গর্ভপাত/সিআরিয়ান ইতিহাস থাকলে বিজ্ঞপিত বর্ণনা: |                                                                                                                                      |
|                                                               | N/A                                                   |                                                                                                                                      |
| ১৩. (গ)                                                       | আপনার বীমা সংক্রান্ত তথ্য                             |                                                                                                                                      |
|                                                               | পলিসি নং                                              | কোন প্রতিষ্ঠান হতে বীমা গ্রহণ করা হয়েছে তার নাম।<br>যদি প্রতিষ্ঠানটি এলআইসি অব বাংলাদেশ লিমিটেড হয়<br>তাহলে শাখার নাম উল্লেখ করুন। |
|                                                               |                                                       | প্রদত্তাধিকারী                                                                                                                       |
|                                                               |                                                       | ইক ও টার্ম                                                                                                                           |
|                                                               |                                                       | পলিসির বর্তমান অবস্থা                                                                                                                |
|                                                               |                                                       |                                                                                                                                      |
|                                                               |                                                       |                                                                                                                                      |
|                                                               |                                                       |                                                                                                                                      |
|                                                               |                                                       |                                                                                                                                      |
|                                                               |                                                       |                                                                                                                                      |
|                                                               |                                                       |                                                                                                                                      |
| ১৪.                                                           | আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?        | হ্যাঁ / না                                                                                                                           |
| ১৫.                                                           | আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?    | হ্যাঁ / না                                                                                                                           |
| ১৬.                                                           | ব্যাংক একাউন্টের বিজ্ঞপিত                             |                                                                                                                                      |
|                                                               | ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:                                |                                                                                                                                      |
|                                                               | ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি                     |                                                                                                                                      |
|                                                               | খ) একাউন্ট নং: <input type="text"/>                   | ব্যাংকের নং: <input type="text"/>                                                                                                    |
|                                                               |                                                       | সুইফট কোড: <input type="text"/>                                                                                                      |
|                                                               | ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।      |                                                                                                                                      |

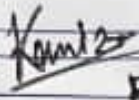
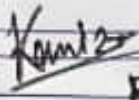
পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

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 প্রাপ্ত তথ্য বুকে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি প্রকাশ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ লিমিটেডের সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার সেরা কোন তথ্য যদি আসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী মুক্তিপত্রটি 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 কান্না হতে জোরপূর্বক কোন মিথ্যা তথ্য প্রদান 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 নম্বর 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: ৩৪/৪/২০২৬ স্থান: Cumilla

স্বাক্ষর:   
নাম:   
পেশা: #1166  
ঠিকানা:



বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: \_\_\_\_\_

পদবী: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগণির ছাপ

২. নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাংগণির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

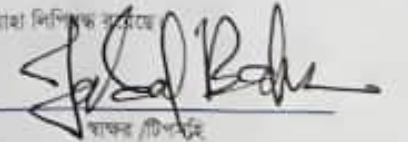
আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত বুকে সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি

সভাপ্রদানকারীর নাম: \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

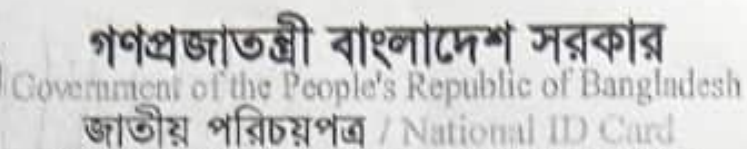
আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, গ্রাহক আমার সম্মুখে সজ্ঞানে সমস্ত প্রশ্নের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যাচা লিপিবদ্ধ রয়েছে



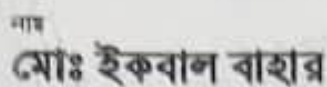
স্বাক্ষর /টিপসহ

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগণির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



04 Dec 1975



Name \_\_\_\_\_

MD IQBAL BAHAR

Forest

সামুদ্র ব্রহ্মান

अद्वैत

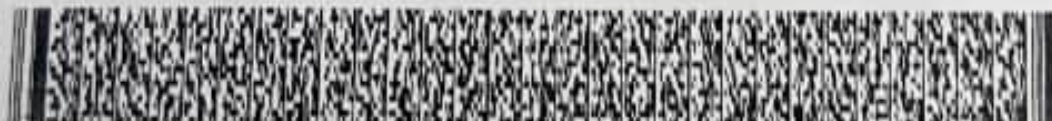
## হাসমতের নেছা



Date of Birth 04 Dec 1976

NID No. **417 633 4052**

Steph Baker



ঠিকানা: বাসা/হোষ্টিং: উত্তর পাড়া, গ্রাম/রাস্তা:  
উনাইসার, ডাকঘর: রাজা পাড়া - ৩৫০০, কুমিল্লা  
সদর দক্ষিণ, কুমিল্লা সিটি কর্পোরেশন, কুমিল্লা

Blood Group

Place of Birth: **COMILLA**



Issue Date: 20 May 2017

I<BGD417633405<29<<<<<<<<<<<<  
7612046M3205194BGD<<<<<<<<<<<<6  
BAHAR<<MD<IQBAL<<<<<<<<<<<<<<



## মোসাঃ মরিয়মের নেছা

Name \_\_\_\_\_

MST MORUMER NESSA

मिष्ट

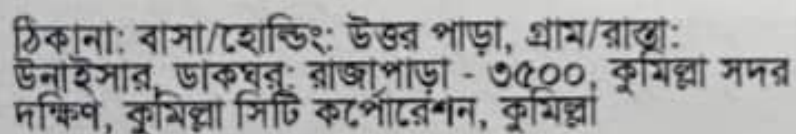
আবদুল গফুর

बाँडा

## তৈয়বের নেছা

Date of Birth 12 Feb 1984

NID No. 914 940 7307



Blood Group: A+

Place of Birth: **CONILLA**



Issue Date: 20 May 2017

I<BGD914940730<72<<<<<<<<<<<<  
8402127F3205194BGD<<<<<<<<<<<<6  
NESSA<<MST<MORUMER<<<<<<<<<<<<