


गणराज्यकी दारणादन नदकार
 Government of India People's Republic of India
 राष्ट्रीय पहिचानपत्र / National ID Card



रिषादि देवा राणी राय
Name
REKHA RANI RAN ROY
DOB
श्री २५ ०५ १९९५
Sex
श्री
Address
श्री राखी राय राय

Order of Birth 12 Feb 1995
MO No 420 203 9717

२०२०


गणराज्यकी दारणादन नदकार
 Government of India People's Republic of India
 राष्ट्रीय पहिचानपत्र / National ID Card



रिषादि देवा राणी राय
Name
REKHA RANI RAN ROY
DOB
श्री २५ ०५ १९९५
Sex
श्री
Address
श्री राखी राय राय

Order of Birth 12 Feb 1995
MO No 420 203 9717

२०२०


गणराज्यकी दारणादन नदकार
 Government of India People's Republic of India
 राष्ट्रीय पहिचानपत्र / National ID Card



नाल चन्द
Name
NAL CHAND
DOB
०३ फेब्रु १९८१
Sex
मद
Address
मद राय

Order of Birth 03 Feb 1981
MO No 416 875 9825

०३


गणराज्यकी दारणादन नदकार
 Government of India People's Republic of India
 राष्ट्रीय पहिचानपत्र / National ID Card



नाल चन्द
Name
NAL CHAND
DOB
०३ फेब्रु १९८१
Sex
मद
Address
मद राय

Order of Birth 03 Feb 1981
MO No 416 875 9825

०३



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:
ব্রাঞ্চ অফিস:	প্রপোজাল নং:
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:	আমানতের পরিমাণ:
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:	বি.ও.সি নং:
এফ.এ. প্রকোড নং:	তারিখ:
লাইসেন্স নং:	
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	

032478011

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: NALU CHANDRA
ঠিকানা: HARISH CHANDRA PUR, RUDR
AAPUR, BIROL, DINAJPUR
কোড: 5210

টেলিফোন:

ই-মেইল:

অফিস:

মোবাইল নং:

01738533082

২. (ক)

স্বামী ঠিকানা

কোড: 5210

পিতার নাম: NARENDRA NATH

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

SREEMOTI REKHA RANI ROY

32

Wife

নামনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্বলাভিভিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

স্বলাভিভিক্ত

Savings and
বীমার উদ্দেশ্যে:

Protection

জাতীয়তা: Bangladeshi

জন্মস্থান: Dinajpur

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)

46 বছর

বয়স প্রমোনের সার্টিফিকেট ধরন

NID.

জন্ম তারিখ

03021981



০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত রীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	রীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার রীমারামি	জটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরু তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিস্তি দেবার শেষ সময়

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

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	—	Death	68	Stroke
মা	—	Death	72	Normal
ভাই জীবিত <i>yes</i> 3	54			
মৃত	52			
বোন জীবিত <i>yes</i> 1	48			
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী 1	32			
সন্তান: ছেলে/মেয়ে <i>yes</i> 2	16			
মৃত <i>yes</i>	07			

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সপ্তাহের 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, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	No	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোষবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	No	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	No	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	No	

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 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/হস্তাহার/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: _____

✓ নাম

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

✓ নাম

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: _____

✓ নাম

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।

✓ নাম

স্বাক্ষর/টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।