



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাণ বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারি

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

প্রাণ অফিস: 3001 প্রাণ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: 01715565997
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: 019103002

এফ.এ কোড নং: 019103002 হাইসেল নং: মোবাইল নং: 01735815477

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং: _____

আমানতের পরিমাণ: _____

বি.ও.সি নং: _____

তারিখ: _____

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম SURANJIT KUMER SARKER
ঠিকানা: HOUSE NO 23 SHEHORA DH
OPAKHOLA MYMENSINGH SADA
R MYMENSINGH কোড 2200

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01735815477

বীমার উদ্দেশ্য:
SAVING & RISK COVER

জাতীয়তা:
BANGLADESHI

পিতার নাম:
MYMENSINGH

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী):
51 বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন:
NID CARD

জন্ম তারিখ:
03091975

২. (ক)

ছায়া ঠিকানা:
HOUSE NO 41 MOSHTID ROAD
NORTH KHOIRAKURI HALUAGH
AT MYMENSINGH কোড 2200

পিতার নাম: LATE. SUDHANGSU KUMAR SARKER

২. (খ)

নামনির্ভর পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
SHUBRA NAG HOUSE NO-23, SHEHORA DHOPAKH OLA, MYMENSINGH SADAR, MYMENSINGH-2200.	47 YEARS	WIFE	
নামনির্ভর যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাত
—	—	—	—

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	হুক ও মীড়ি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইম রাইডার বীমারাপি	অটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	মৃত্যুদার প্রাণ টাকার সুবিধা	পলিসি প্রাপ্ত তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আপেক্ষ পলিসি টি এখানে ইনসোর্স আছে কি?	কিছু সেবার শেষ সময়

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

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স
বাবা			67 YEARS
মা	73 YEARS	GOOD	
ভাই জীবিত... (1)	41 YEARS	GOOD	
বোন জীবিত... (2)	54, 47 YEARS	GOOD	
স্বামী/স্ত্রী	47 YEARS	GOOD	
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত... (3)	23, 13 YEARS	GOOD	
মৃত	21 YEARS	GOOD	

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিবরণিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক বছরের 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 সমস্যাতে ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, কোলাস পৃচ্চ, কোম্পর্চি, কৃষ্ণ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	NO	

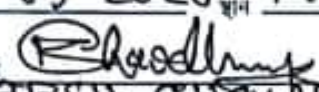
ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত প্রযুক্তি বা ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়			✓
(২) মাদক			✓
(৩) দেশ জাতীয় প্রহা			✓
(৪) তামাক			✓
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		✓	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?			✓
১২. মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।		উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
		5'6"	75 Kgs
১৩. (ক) ~~N/A~~ মহিলাদের ক্ষেত্রে ~~N/A~~			
আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রসবেসের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা	
১৪. (খ) স্বামীর পূর্ণ নাম			
দেশ			
বার্ষিক আয়			
১৫. (গ) ~~N/A~~ স্বামীর বীমা সংক্রান্ত তথ্য ~~N/A~~			
পলিসি নং	কোন প্রতিষ্ঠান হতে বীমা গ্রহণ করা হয়েছে তার নাম। যদি প্রতিষ্ঠানটি এলআইসি অব বাংলাদেশ লিমিটেড হয়। তাহলে শাখার নাম উল্লেখ করুন।	সম্ভাবিত টাকা	ছক ও টার্ম
			পলিসির বর্তমান অবস্থা
১৬. আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?	✓ হ্যাঁ / না		
১৭. আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?	✓ হ্যাঁ / না		
১৮. ব্যাংক একাউন্টের বিস্তারিত			
ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:			
ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি			
খ) একাউন্ট নং: □□□□□□□□□□□□□□□□		রাউটার নং: □□□□□□□□□□□□□□□□	
		সুইফট কোড: □□□□□□□□□□□□□□□□	
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত ডেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।			

পলিসিগ্ৰাহক খাতিয়া 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 প্রস্তুতি ক্রমে যুক্ত এবং 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 মেয়াদ 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 ক্ষতি 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 যত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনঃপ্রদীপিত /প্রত্যাহার /বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নিম্ন প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ: 27.09.2026 স্থান: MYMENSINGH
স্বাক্ষর: 
নাম: RASHID CHOWDHURY
পেশা: BM00000069
ঠিকানা: 19 NO, SWADESHI BAZAR,
MYMENSINGH-2200.


হীমাকর্ষীর স্বাক্ষর

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____
পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বুঝাওলির ছাপ

২. নিরক্ষর ব্যক্তির ক্ষেত্রে বুঝাওলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

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

সত্যায়নকারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

ফেলিক্স কেস এর ক্ষেত্রে

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


স্বাক্ষর/টিপসাই

চাকরির স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বুঝাওলির ছাপ চাকরির এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



এজেন্সীর কোড	
লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স	
লগোয়াল নং	
শাখা	

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা **SHUBRA NAG, 19, NO, SWADRESHI BAZAR, MYM.**

প্রজাবকের নাম **SURANJIT KUMAR SARKER** বয়স **51 YEARS** প্রজাবিত টাকা **GOVT-SERVICE SUB-REGISTER OFFICE**

১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন?
খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি?
গ) বীমাকারী শিক্ষণীয় যোগ্যতা?

ক) **MY HUSBAND**
খ) **MY HUSBAND**
গ) **BASE**

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ	প্রজাবক	পালিসির ধারক	মন্তব্য
ক) চাকুরী			
খ) ব্যবসা / পেশা			
গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত মোট বার্ষিক আয়			

- ১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?
২) বীমাকারীর বৈতনিক সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?
৩) সার্টিফিকেট সি.এ কতক ইঙ্গিতকৃত?
I.T কৃত যাদের সরবরাহকৃত A/c. No./ Tin ঠিক আছে কি?
৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত?
আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহণকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমঞ্জস্য পূর্ণ?
৫) KYC/AML এর মান প্রজাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?
আপনি কি নিশ্চয়তা দিয়েছেন যে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নাই?

৩. ক) বীমাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি?
খ) বীমাগ্রহণকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অসুস্থতা, শ্রবণ বৈকল্য বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না?
গ) আপনি কি তার কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্বাভাবিক সম্পর্কে জ্ঞাত?

ক) **GOOD**
খ) **NO**
গ) **NO**

৪. আপনি কি বীমাগ্রহণকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন?
আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তার বন্ধ বীমা নেই?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৫. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি/অধীকৃত/বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৬. বীমাগ্রহণকারীর পেশা, আর্থনামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত?
তার কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার ঝুঁকির কারণ হতে পারে?

হ্যাঁ ☐ না ☒

৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে
সনাক্তকরণ চিহ্ন
শারীরিক পরিমাপ:
(সে.মি) (কেজি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি)
উচ্চতা ওজন পেটের ঘের শ্বাস ত্যাগ শ্বাস গ্রহণ

৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্ক অবহিত করিয়েছেন?

আমি এই সর্বস্ব স্বাক্ষর করছি যে উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।
তারিখ **27-09-2026** স্থান **MYMRNSINGH**
এফ.এ এর স্বাক্ষর **সুজিত সার্কর** **CODE NO: 01910 3002**

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত) (প্রাক্ষর ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)
আমি প্রজাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ **27-09-2026** MYMRNSINGH
নাম ও পদবী **NARAYAN CHANDRA PAUL**
পূর্ণ স্বাক্ষর **UM0000369**
আমি প্রজাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ **27-09-2026** MYMRNSINGH
নাম ও পদবী **RATISH CHOWDHURY**
পূর্ণ স্বাক্ষর **BM0000069**



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

NATIONAL ID CARD / জাতীয় পরিচয় পত্র



নাম: সুরঞ্জিত কুমার সরকার

Name: SURANJIT KUMER SARKER

পিতা: মৃত সুখাংশু কুমার সরকার

মাতা: বাসনা রানী সরকার

Date of Birth: 03 Sep 1975

ID NO: 6112461452274

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

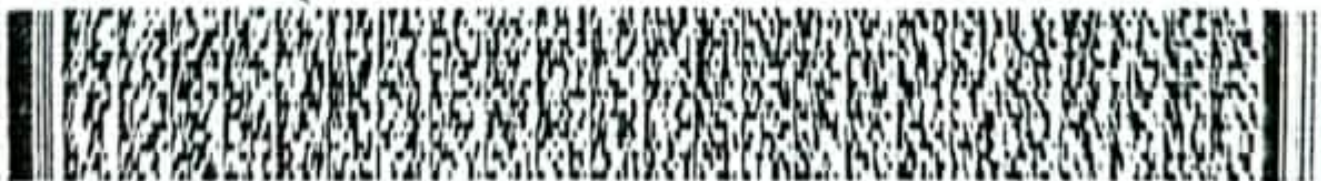
ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: ৪১ মসজিদ রোড, গ্রাম/রাস্তা: উত্তর খয়রাবুড়ি, ডাকঘর:
হালুয়াঘাট - ২২৬০, হালুয়াঘাট, ময়মনসিংহ

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: A+

মোহাম্মদ আজিজুল ইসলাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ২৫/০৮/২০০৮





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

NATIONAL ID CARD / জাতীয় পরিচয় পত্র



নাম: শুভা নাগ

Name: SHUBRA NAG

স্বামী: সুরজিত কুমার সরকার

মাতা: বীনা লাগ

Date of Birth: 25 Feb 1980

ID NO: 6112461451732

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা
কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোন্ডিং: ৪১মসজিদ রোড, গ্রাম/রাস্তা: উত্তর খয়রাকুড়ি, উত্তর
খয়রাকুড়ি, ডাকঘর: হালুয়াঘাট - ২২৬০, হালুয়াঘাট, ময়মনসিংহ

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: O+

মোহাম্মদ আজহার রহমান

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ২৫/০৮/২০০৮

