



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:

ব্রাঞ্চ অফিস: AGRAMAD CTG ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: 60000107
01610743736

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: UM0000611

03266B007

এফ.এ কোড নং:

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

FARZANA AKTER

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ: 1,26,578.

বি.ও.সি নং: 1586

তারিখ: 29/09/2026.

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম CHOWDHURY ARJUMAND SABEN

ঠিকানা: HOUSE 65-A/B HILVIEW AMI

N JUTE MILLS PANCHLISH CTG

কোড A211

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

স্থায়ী ঠিকানা

HOUSE MOKAMI PARA POST B

ATTALI P/S-ANWARA CTG

কোড A376

পিতার নাম: SAHIR UDDIN CHOWDHURY

২. (ক)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

S.M AR FAT UDDIN.

44

HUSBAND

নামনির যদি আগের বয়স হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

স্থলাভি

SAVINGS
বীমার উদ্দেশ্য: RISK COVER

জাতীয়তা: BANGLADESH

জন্মস্থান: CHATTAGRAM.

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন
NID photocopy

জন্ম তারিখ

01/09/1991



৩.	পরিচালনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমাবাশি	খন্ডকালীণ প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুখটিনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	৪১৪ ০৫	৬,০০,০০০	—	—	YES	—	
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	YEARLY						
৪.	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	SERVICE			Executive Officer.			
৫.	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	UCB LTD			০৪৭৫			
৬.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	LLM	১০,০০,০০০/-	Service & other	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: ৯১৩৭৬৫২৭৭১১১১			
৭.	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		
	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						
৮.	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) নিলম্বিত/ অস্থায়ী/ বন্ধ/ গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত						
	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						

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

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

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা			70	Normal
মা	65	৬৭৯৯		
ভাই জীবিত... Hill		৬৭৯৯	-	-
মৃত				
বোন জীবিত... ০২	39, 31	৬৭৯৯	-	-
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী	৫৫	৬৭৯৯	-	-
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত... ০১ (৩০৯)	১০	৬৭৯৯	-	-
মৃত				

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, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, ক্যান্সার, বৃক্ক, কোলিক, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক ত্রুটি বা অস্বাভাবিকতা আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)		
(১) আলকোহল জাতীয় পানীয়		NO		
(২) মাদক		NO		
(৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য		NO		
(৪) তামাক		NO		
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good			
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		NO		
১২. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)		
	1162	70		
মহিলাদের ক্ষেত্রে				
১৩. (ক) আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা		
	19/02/2017			
১৩. (খ) স্বামীর পূর্ণ নাম	SM ARFAT UDDIN -			
পেশা	SERVICE			
বার্ষিক আয়	= 12,00,000/-			
১৩. (গ) স্বামীর বীমা সংক্রান্ত তথ্য				
পলিসি নং	কোন প্রতিষ্ঠান হতে বীমা গ্রহণ করা হয়েছে তার নাম। যদি প্রতিষ্ঠানটি এলআইসি অব বাংলাদেশ লিমিটেড হয়। তাহলে শাখার নাম উল্লেখ করুন।	প্রস্তাবিত টাকা	ছক 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 বিস্তারিত				
ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:				
ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি				
খ) একাউন্ট নং:				
	রাউটার নং : সুইফট কোড :			
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।				

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 কারনে 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: 15/09/26 স্থান: ঢাকা.

স্বাক্ষর: D. Alau
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____
ID: DIDARUL ALAM
MANAGER, 0000611
LIC OF BOLD
AGRABAD BR

✓ Sabin

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

✓ Sabin

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____
পদবী: _____
স্বাক্ষর অথবা বুঝাংগুলির ছাপ

২. নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বুঝাংগুলির 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।

✓ Sabin

স্বাক্ষর /টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বুঝাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড	০০০০০১০৮
লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স	০০০০৬১১
প্রপোজাল নং	
শাখা	AGRABAD

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা		FARZANA AKTER	
প্রস্তাবকের নাম	CHOWDHURY ARJUMAND SABIN	বয়স	প্রস্তাবিত টাকা ৬,০০,০০০
বীমাকারীর নাম	CHOWDHURY ARJUMAND SABIN	বয়স	পেশা ও কাজের ধরণ SERVICE
১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন? খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি? গ) বীমাকারী শিক্ষাগত যোগ্যতা?		ক) 5 YEARS খ) গ) LLM. NO	
২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ	প্রস্তাবক	পালিসির ধারক	মন্তব্য
ক) চাকুরী			
খ) ব্যবসা / পেশা			
গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত মোট বাৎসরিক আয়			
১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?			
২) বীমাকারীর বেতন সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?			
৩) সার্টিফিকেট সি.এ কতক ইস্যুকৃত? I.T কৃত যাদের সরবারহকৃত A/c. No./ Tin ঠিক আছে কি?			
৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহনকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমঞ্জস্য পূর্ণ?			
৫) KYC/AML এর মান প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি? আপনি কি নিশ্চয়তা দিচ্ছেন যে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?			
৩. ক) বীমাগ্রহনকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি? খ) বীমাগ্রহনকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, শ্রবণ বৈকল্য বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না? গ) আপনি কি তাঁর কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্ত্রোপচার সম্পর্কে জ্ঞাত?		ক) খ) গ)	
৪. আপনি কি বীমাগ্রহনকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন? আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?		হ্যাঁ ☐ না ☐	
৫. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /অবীকৃত/ বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?		হ্যাঁ ☒ না ☐	
৬. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত? তাঁর 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) 162 70 পেটের ঘের শ্বাস ত্যাগ শ্বাস গ্রহন উচ্চতা ওজন			
৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্ক অবহিত করিয়াছেন?			
আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি। তারিখ: স্থান: এফ.এ এর স্বাক্ষর: FARZANA.			
(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)		(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)	
আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসে সত্যি ঘোষণা করছি। তারিখ: স্থান: নাম ও পদবী: MD. DIDARUL ALAM U.M. পূর্ণ স্বাক্ষর: MD. DIDARUL ALAM U.M. UNIT MANAGER ০০০০৬১১ LIC OF BOLTO AGRABAD BR		আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসে সত্যি ঘোষণা করছি। তারিখ: স্থান: নাম ও পদবী: পূর্ণ স্বাক্ষর: Mohammed Azam Uddin Branch Manager Agrabad Branch LIC Bangladesh Ltd.	



I<BGD326455119<79<<<<<<<<<<<<
8302102M3206076BGD<<<<<<<<<<<<O
UDDIN<<S<M<ARFAT<<<<<<<<<<<<

Mohammed Azam Uddin
Branch Manager
Agrani Branch
LIC Bangladesh Ltd.

Scanned by CamScanner