



I<BGD685455442<25<<<<<<<<<<<<<
7905126F3209170BGD<<<<<<<<<<<<<4
SARKAR<<MARJONA<RANI<<<<<<<<<<<

জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card



नाम

অনিল চন্দ্র দাস

Name _____

ANIL CHANDRA DAS

निर्देश

শশী মোহন দাস

माझा

সুমতি দাস

Date of Birth 15 Jun 1969

NID No. 325 456 1313

Confidentiality 172



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: দক্ষিণ নগর, ডাকঘর: জয়দেবপুর
- ৫২০০, দিনাজপুর সদর, দিনাজপুর



Blood Group:

Place of Birth: DINAJPUR

Issue Date: 18 Sep 2017

I<BGD325456131<39<<<<<<<<<<<<
6906159M3209170BGD<<<<<<<<<<<8
DAS<<ANIL<CHANDRA<<<<<<<<<<<<

২০০০/০০



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল		ইনশুর্যান্স নং	তারিখ
এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:		অফিস ব্যবহারের:	
ব্রাঞ্চ অফিস:	ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:	প্রপোজাল নং:	
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:		আমানতের পরিমাণ:	
এফ.এ কোড নং:	লাইসেন্স নং:	বি.ও.সি নং:	
03247B011		তারিখ:	
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:			

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: MARJONA RANI SARKAR
ঠিকানা: DOKHINNOGOR, JOYDEBPUR,
DINAJPURSODOR, DINAJPUR.
কোড: 5200

টেলিফোন:

ই-মেইল:

অফিস:

মোবাইল নং:

01571-351596

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

কোড: 5200

পিতার নাম: KHOKARAM ROY

২. (খ)

নমিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
ANIL CHANDRA DAS	57	Husband.	
নমিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত

Saving and
Protection
জাতীয়তা: Bangladeshi
জন্মস্থান: Dinajpur
লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐
বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
47 বছর
বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন
NID
জন্ম তারিখ
12052026



১৩.

পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমার মূল্য	খসড়াবিলী প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
815 12	1,00,000		Yes	Yes		2900f

মোড (বার্ষিক/ অর্ধবার্ষিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)

ব্যাংক নং

Quarterly

৪. (ক)

বর্তমান পেশা

পদবী/ কাজের প্রকৃতি

House-Wife.

Farming

৪. (খ)

প্রতিষ্ঠানের নাম

কতদিন যাবত চাকুরী করছেন

৫.

শিক্ষাগত যোগ্যতা

বার্ষিক আয়

আয়ের উৎস

আপনি কি আয়কর প্রদান করেন

P.S.C.

1,30,000f

হ্যাঁ / না

টিন নং:

ভোটার আইডি নং: 6854554422

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।

No

৮.

(ক)

আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:

উত্তর
হ্যাঁ / না

হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
বর্ণনা দিন

ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত

N/A

খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম

No

গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত

No

৮.

(খ)

আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন
বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি?
করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:

No

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন।

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নির্দিষ্ট টাকা	টার্ম ইন হাইডার বীমারামি	জটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	মুখটনার গ্রাফ টাকার সুবিধা	পলিসি শুদ্ধতার তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জমিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিছু দেবার শেষ সময়

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

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	ব্যাধিগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	—	Death	38	Hardgack
মা	—	Death	51	Stroke
ভাই	3			
জীবিত... Yes	53	Good		
মৃত	51			
বোন	1			
জীবিত... Yes	55	Good		
মৃত	57			
স্বামী/স্ত্রী	1	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে - 1	26			
জীবিত... Yes	22	Good		
মৃত... boy 1				

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, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	No	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোমরবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	No	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	No	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	No	

পলিনিয়াম্বক 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 প্রশ্ন সঠিক ভাবে বুঝে 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 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: _____ স্থান: _____

স্বাক্ষর _____
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____

✓ মার্জনা

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

✓ মার্জনা

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: _____

✓ মার্জনা

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।

✓ মার্জনা

স্বাক্ষর/টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।