



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:

প্রাপ্ত অফিস:

প্রাপ্ত ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

প্রপোজাল নং:

CHATTGRAM AGRAHAD

0000086

PR/ ইউনিট ম্যানেজারের কোড:

ARPITA SAHA
01735-764614

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

23093001 এফ.এ কোড নং:

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

তারিখ:

অফিস ব্যবহারের:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: LITON CHANDRA BHOWMICK
ঠিকানা: UPENDRA MAHAJAN BARI V
ILL-CHAR KALI PO-CHAR FA
KIRA PS-COMPANYGANJ DIST
NOAKHALI

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01881-922506

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

SAME

পিতার নাম: LATE. GONSH CHANDRA BHOWMICK

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
RUPALI RANI BHOWMICK		WIFE
নামনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক

SAVING &
বীমার উদ্দেশ্য:
RISK COVERAGE
জাতীয়তা:
BANGLADESHI
জন্মস্থান:
NOAKHALI
লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒
বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
46 বছর
বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন
MID CARD
জন্ম তারিখ
0110111981



পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	গ্রহণ পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন কন্সট্রাক্ট বীমার বিবরণ	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	মুখটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি তরফে তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রত্যাখ্যাত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আপনার পলিসি টি এখনো ইনফোর্স আছে কি?	কিছু নেবার শেষ সময়

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

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা			50	N/D
মা			65	N/D
ভাই জীবিত.....	NIL	—		
মৃত.....				
বোন জীবিত..... 02	50	৭০০০		
মৃত.....	13			
স্বামী/স্ত্রী	33	৬০০০		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত..... 1/1	08/14	৬০০০		
মৃত.....				

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, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার, বৃক্কি, কোষকৃচ্ছিক, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন মুখটনা জনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যাদি ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (চিহ্ন দিন)	না (চিহ্ন দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়		NO	
(২) মাদক		NO	
(৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য		NO	
(৪) তামাক		NO	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		GOOD	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		NO	
১২. মন-মেডিকেল কেন্দ্রের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।		উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
		5'6" (168)	60
মহিলাদের ক্ষেত্রে			
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা
১৩. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম		
		পেশা	
		বার্ষিক আয়	
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।	প্রদত্ত 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 : সম্মানীয় / চলতি			
খ) একাউন্ট নং:		রাউটার নং:	
		সুইফট কোড:	
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।			

LITON CHANDRA BHOWMICK

পলিমিয়াহক 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 তথ্যে এবং সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি 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 কান্ন 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: _____ স্থান: NOAKHALI

স্বাক্ষর: _____
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____

লিটন চৌধুরী

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

লিটন চৌধুরী

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____
পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ

২. নিম্নের ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাংগুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত তথ্যে 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।

স্বাক্ষর /টিপসহি

লিটন চৌধুরী

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড	02309 8001
লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স	0000453
প্রপোজাল নং	
শাখা	

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা **ARPITA SAHA, NOAKHALI**

প্রস্তাবকের নাম **LITON CHANDRA GHOSHICK**

বয়স প্রস্তাবিত টাকা **1,20,000/-**

বীমাকারীর নাম

বয়স

পেশা ও কাজের ধরন **SERVICE**

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

ক) **10 YEARS**
খ) **N.O.**
গ) **H.S.C.**

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ

ক) চাকুরী

খ) ব্যবসা / পেশা

গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত

মোট বাৎসরিক আয়

প্রস্তাবক

3,60,000/-

পালিসির ধারক

3,60,000/-

মন্তব্য

GOOD

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 ইস্যুড?

I.T কৃত মাসের 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 প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?

আপনি কি নিশ্চয়তা নিচ্ছেন যে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?

YES

৬. ক) বীমাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি?

খ) বীমাগ্রহণকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, প্রবন বৈকল্য বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না?

গ) আপনি কি তাঁর কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্ত্রোপচার সম্পর্কে জ্ঞাত?

ক) **GOOD**

খ) **N.O.**

গ) **N.O.**

৮. আপনি কি বীমাগ্রহণকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন?

আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৯. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /অস্থীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৬. বীমাগ্রহণকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত?

তাঁর কোন অভিযোগ কি গৃহীত বীমার ত্রুটির কারণ হতে পারে?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৭. নন-মেডিকেল কেনের ক্ষেত্রে

সনাক্তকরণ চিহ্ন

পার্যায়িক পরিমাপ:

(সে.মি)

(কেজি)

(সে.মি)

(সে.মি)

(সে.মি)

168

60

উচ্চতা

ওজন

পেটের ঘের

শ্বাস তায়াম

শ্বাস গ্রহণ

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

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।

তারিখ..... স্থান **NOAKHALI**

এফ.এ এর স্বাক্ষর.....

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য গ্রহণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

তারিখ..... স্থান **NOAKHALI**

নাম ও পদবী.....

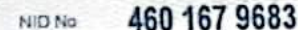
পূর্ণ স্বাক্ষর.....

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য গ্রহণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

তারিখ..... স্থান **NOAKHALI**

নাম ও পদবী.....

পূর্ণ স্বাক্ষর.....



تاریخ



ঠিকানা: বাসা/হোজিং: উপেন্দ্র মহাজন বাড়ী,
গ্রাম/বাস্তা: চর কাণি, ডাকঘর: চর ফকিরা - ৩৮১১,
কোম্পানীগঞ্জ, নোয়াখালী



Blood Group

Place of Birth: **NOAKHALI**

Issue Date: 17 May 2018

I<BGD460167968<38<<<<<<<<<<<
8101017M3305164BGD<<<<<<<<<<8
BHOWMICK<<LITON<CHANDRA<<<<<<

