



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(গ্রাহক ব্যক্তিদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ. দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
ব্রাঞ্চ অফিস: <u>B001</u> ইউনিট ম্যানেজারের কোড: <u>028073001</u> ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: <u>BM00000069</u> <u>01715565997</u> এফ.এ. কোড নং: <u>028073001</u> লাইসেন্স নং: _____ মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ: _____	প্রপোজাল নং: _____ অ্যামানুয়ের পরিচয়: _____ বি.ও.সি. নং: _____ তারিখ: _____

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/শ্রমসী	নাম: <u>SURANJIT PAUL</u> ঠিকানা: <u>HOUSE NO 38 RAM BABU ROAD MYMENSINGH SADAR MYMENSINGH</u> কোড: <u>2200</u> টেলিফোন: _____ ই-মেইল: _____ অফিস: _____ মোবাইল নং: <u>01842989710</u>	<u>SAVING & RISK COVER</u> <u>BANGLADESH</u> <u>MYMENSINGH</u> লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒ বয়স (সর্বোচ্চ অনুমোদিত বয়স): <u>49</u> বছর বয়স গ্রহণের সার্বিকক্ষেত্র বয়স: <u>NID CARD</u> জন্ম তারিখ: <u>01/01/1978</u>
২. (ক)	স্থায়ী ঠিকানা: <u>HOUSE NO 38 RAM BABU ROAD MYMENSINGH SADAR MYMENSINGH</u> কোড: <u>2200</u> পিতার নাম: <u>LATE. DILIP KUMAR PAUL</u>	
২. (খ)	মহিলার পূর্ণ নাম ও ঠিকানা: <u>MRINMORI PAUL</u> <u>HOUSE NO-38, RAM BABU ROAD, MYMENSINGH, SADAR, MYMENSINGH-2200.</u> বয়স: <u>38</u> বছর সম্পর্ক: <u>WIFE</u> মহিলার যদি অগ্রাধিকার বয়স হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা: _____ বয়স: _____ সম্পর্ক: _____ স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষর: _____	

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রত্যাখিত বীমাব্যয়	খতকারীর প্রত্যাখিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	অটল অনুদ্বায় প্রত্যাখিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুখটিনায় কোন সুবিধা মেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমলদেহের পরিমাণ
১	809	20,000/-					19,566/-
১	06 YEAR'S						
	মোট (বার্ষিক/ অর্ধবার্ষিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)					ব্যাজ নং	
	SINGLE PREMIUM						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	BUSINESS / INSURANCE MARKETING			PROPRIETOR/ UNIT MANAGER (LTC) BUSINESS SUPERVISION & MARKETING			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কর্তনিন যাবত চাকুরী করছেন			
	M/S. G. PAUL TRADING INTERNATIONAL & LTD OF BANGLADESH LTD.						
৫.	শিক্ষণত যোগ্যতা	বার্ষিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	B.COM.	12,00,000/-	SELF INCOME	হ্যাঁ / না			
				টিন নং			
				জাতীয় আইডি নং:			
৬.	N/A সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য N/A						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাক্ষরপত্রের তারিখ	স্বাক্ষর পত্রের রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষনা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন		
৭.	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহন করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						
৮.	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
(ক)	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধা গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
	গ) প্রত্যাখিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত						
৯.	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						

০৯.

আপনার পূর্বের পুষ্টি বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন কভার বীমাবার্ষিক	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	পুষ্টিমার গ্রাফ টাকার সুবিধা	পলিসি কভার তারিখ	সাধারণ মূল্যে পুষ্টি বা অজ্ঞাবৃত	ডিক্লিয়ার জমির জিন্দা	আপনার পলিসি টি এখনো ইনফোর্স আছে কি?	কিছু মেম্বর 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
বাবা			65 YEARS
মা			NORMAL
ভাই জীবিত.....(২)			
মৃত.....	68 YEARS (জন্ম)	51,45 YEARS (জন্ম)	
বোন জীবিত.....			
মৃত.....	NIL NIL		
স্বামী/স্ত্রী			
স্বামী: জীবিত.....	38 YEARS (জন্ম)		
মৃত.....	13 YEARS (জন্ম)		
স্ত্রী: জীবিত.....	01+4 YEARS (জন্ম)		
মৃত.....			

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সপ্তাহের অধিক সময় ধরে কোন ডিক্লিয়ারেইশন করেছেন?	না	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	না	
গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	না	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	না	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, কোলেস্ট্রল, ক্যান্সার, ক্রান্তি, কোমপ্লিক, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	না	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক ত্রুটি বা অস্বাভাবিক আছে?	না	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	না	

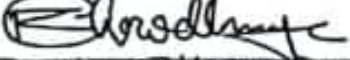
পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

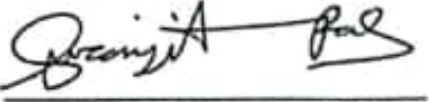
আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির তিথি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রাপ্ত তথ্যে সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি প্রকাশ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ সিটিয়েন্ডের সাথে চুক্তির মূল তিথি। এবং আমার সেয়া 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 কায় 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 নম্বর 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: 28.09.2026 MYMRENSINGH

স্বাক্ষর: 
নাম: RAJESH CHOWDHURY
পেশা: BM00000069
ঠিকানা: 19 NO, SWADESHI BAZAR,
MYMRENSINGH-2200.


SURANJIT PAUL
বিমার্কটার স্বাক্ষর

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

নাম: _____

ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রদানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____

পদবী: _____

নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বুঝাওলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

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

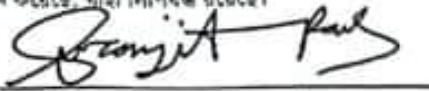
সত্যায়নকারীর নাম: _____

ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

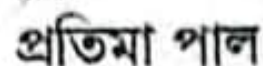
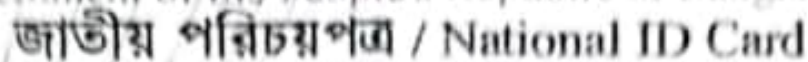
মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

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


স্বাক্ষর/চিপিওসি
SURANJIT PAUL

স্বাক্ষর/চিপিওসি বুঝাওলির ছাপ প্রাপ্তির এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

 এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড LIC Bangladesh Ltd.		এজেন্সীর কোড	
		লাইসেন্স নং মেয়াদক্রমের তারিখ	
		ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স	
		প্রশাসনিক নং	
এফ.এ নাম এবং ঠিকানা		শাখা	
এফ.এ নাম		বয়স	প্রত্যাখিত টাকা
বীমাকারীর নাম		বয়স	পেশা ও কাজের ধরন
১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন ধার্য করেন? খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি? গ) বীমাকারী শিক্ষাগত যোগ্যতা?		ক) MY HUSBAND খ) MY HUSBAND গ) B.COM	
২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ ক) চাকুরী খ) ব্যবসা / পেশা গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত মোট বাৎসরিক আয়	প্রত্যাখ্যক	পলিসির ধরক	মন্তব্য
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 ঘাসের সরবরাহকৃত A/c. No./ Tin রিক 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 প্রত্যাখ্যক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি? আপনি কি নিশ্চয়তা দিচ্ছেন যে বীমা গ্রহনকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?			
৬. 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) ৬০০০ খ) NO গ) NO	
৮. আপনি কি বীমাগ্রহনকারীর 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 /অবীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?		হ্যাঁ ☒ না ☐	
১০. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত? তাঁর কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার সুকির কারণ হতে পারে?		হ্যাঁ ☐ না ☒	
৭. মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে সমাপ্তকরণ চিহ্ন শারীরিক পরিমাপ: (সে.মি) (কেজি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) উচ্চতা ওজন পেটের ঘের খাস ভাগ খাস গ্রহন			
৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্কে অবহিত করিয়াছেন?			
আমি এই সর্বোচ্চ সত্যি বলে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি। তারিখ 28-09-2026 স্থান MYMENSINGH এফ.এ এর স্বাক্ষর Minmoei Paul CODE NO: 028073001			
(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত) আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি। তারিখ 28-09-2026 MYMENSINGH নাম ও পদবী SURAJIT PAUL পূর্ণ স্বাক্ষর [Signature] UM000532		(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত) আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি। তারিখ 28-09-2026 MYMENSINGH নাম ও পদবী RAJESH CHOWDHURY পূর্ণ স্বাক্ষর [Signature] BM000069	



NID No **149 060 0705**

Summit Pass



ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: ৩৮, গ্রাম/রাস্তা: রাম বাবু
রোড, টাউন, ডাকঘর: ময়মনসিংহ সদর - ২২০০,
ময়মনসিংহ সদর, ময়মনসিংহ পৌরসভা, ময়মনসিংহ



Issue Date: 12 Jan 2018

I<BGD149060070<52<<<<<<<<<<<<
7801011M3301111BGD<<<<<<<<<<<2
PAUL<<SURANJIT<<<<<<<<<<<<<<<



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
Government of the People's Republic of Bangladesh
NATIONAL ID CARD / জাতীয় পরিচয় পত্র



Mrinmoei Paul

নাম: ম্রিনমৌ পাল
Name: Mrinmoei Paul
পিতা: যতীশ চন্দ্র পাল
মাতা: লক্ষী রানী পাল
Date of Birth: 17 Jul 1988
ID NO: 19882697683273288

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

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: ২৯, গ্রাম/রাস্তা: মোহন পোদ্দার লেন, ডাকঘর: ফরিদাবাদ -
১২০৪, শ্যামপুর, ঢাকা সিটি কর্পোরেশন, ঢাকা।

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: AB-

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ১৯/০১/২০১১

