

অখিল চন্দ্র বর্মণ

Name _____

AKHIL CHANDRA BARMAN

পিতা

রাধা সুন্দর বর্মণ

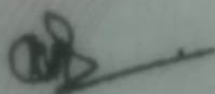
মাতা

রেনু বালা বর্ম্মান

Date of Birth 01 Jan 1973

NID No

102 088 3409



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: ধনকুটি, ডাকঘর: হাট লক্ষীপুর -
৫৭০০, গাইবান্ধা সদর, গাইবান্ধা

Place of Birth: **GAIBANDHA**

Issue Date: 04 Oct 2017

I<BGD102088340<97<<<<<<<<<<<<
7301016M3210031BGD<<<<<<<<<<<<0
BARMAN<<AKHIL<CHANDRA<<<<<<<<<



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
Government of the People's Republic of Bangladesh
জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card

10 Aug 1975



নাম

মমতা রায়

Name

MAMATA RAY

পিতা

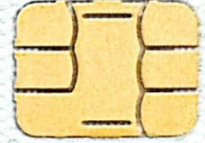
জীতেন্দ্রনাথ সরকার

মাতা

মীরা রানী সরকার

Date of Birth 10 Aug 1975

NID No. 598 077 0548



Signature



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)

সদা তোলা
পাসপোর্ট
সাইজ ছবি

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ
-------------------------	--------------	-------

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
ব্রাঞ্চ অফিস:	গ্রপোজাল নং:
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:	আমানতের পরিমাণ:
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:	বি.ও.সি নং:
এফ.এ কোড নং: 02551 লাইসেন্স নং:	তারিখ:
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	বীমার উদ্দেশ্য:		
নাম: AKHIL CHANDRA BARMAN	জাতীয়তা:		
ঠিকানা:	জন্মস্থান:		
কোড:	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☐		
টেলিফোন:	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী) বছর		
ই-মেইল:	বয়স প্রমানের স্যাটিফিকেট ধরন		
অফিস:	জন্ম তারিখ		
মোবাইল নং: 01716-884680			
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা			
কোড:			
পিতার নাম: LATE RADHASUNDAR BARMAN.			
২. (খ) নমিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
MAMATA RAY		WIFE	
নমিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাত

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারাদশি	স্বত্বকারী প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতার প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	815/12						1,00,000/-
	মোড (বার্ষিক/ অর্ধবার্ষিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাজ নং	
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	PRIVATE JOB			COORDINATOR-			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	GANA UNNAYAN KENDRA (GUK)			11 Years .			
৫.	শিক্ষণত যোগ্যতা	বার্ষিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	M.Com	7,00,000/-	JOB	হ্যাঁ / না			
				টিন নং: 155307176004			
				ভোটার আইডি নং:			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার 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. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত						
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:						

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

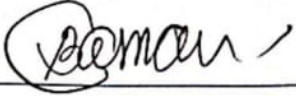
আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃত যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রশ্ন তিক ভাবে বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সম্মতি পোষণ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ লিমিটেডের সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার দেয়া কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিপত্রটি বাতিল বলে গন্য 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: _____ স্থান: _____

স্বাক্ষর _____
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____



বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____



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

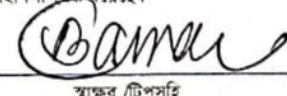
সত্যায়নকারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____



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



চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

 LIC (Established by the Life Insurance Corporation IDRA Act, 2010) MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT		F. No. LIC 03-001 ANNEXURE-1	
		Branch Name: <u>Rangpur</u>	
		Proposal No./Policy No: <u>202600</u>	
		From Medical Register:	
1. Full Name of the Life to be Examined <u>Akhil chandra Barman</u>		Case No.	Month Year
2. Age:	Sex: <u>M</u>	Identification Marks:	
3. Introducer's Name & Designation :		Introducer's Signature:	
4. Height (cms.): <u>160</u>	Weight (kgs): <u>64</u>	Girth of Abdomen (cms.) (over navel) <u>78</u>	
Chest (cms.) : (over nipple) <u>80</u>	Full Expiration (cms.): <u>82</u>	Full Inspiration (cms.): <u>82</u>	
Pulse Rate p.m. <u>80</u>	Blood Pressure	Systolic	Diastolic
	1 st Reading 2 nd Reading	<u>120</u> <u>80</u>	
<i>If answer/s to any of the following question is 'Yes' please give full details and ask L.A to submit relevant documents with proposal form.</i>			
5. Ascertain from the L.A. whether at any time in the past he/she.		<u>No</u>	
(a)	was hospitalised.		
(b)	was operated.		
(c)	met with accident.		
(d)	has undergone any Bio-chemical, Radiological, Cardio logical or other test.		
(e)	Is currently under any treatment.		
6. Is there any abnormality observed on examination of Eyes (partial/total blindness), Ears (deafness), Nose, Throat or Mouth or any physical impairment		<u>No</u>	
7. Is there any externally visible swelling of lymph glands, joints or other organs.		<u>No</u>	
8. Are there any symptoms and/or signs suggestive of abnormality of		<u>No</u>	
(a)	Cardiovascular system		
(b)	Respiratory system		
(c)	Central or peripheral nervous system		
(d)	Abdomen or pelvis		
(e)	Musculoskeletal System including spinal disorder		
(f)	Genitourinary System		

9.	Is there evidence of enlargement of liver or spleen?	No
10.	Is Hernia present?	No
11.	Is there any evidence of operation, if so state?	No
(a)	Date of operation	
(b)	Nature & cause	
(c)	Location, Size & condition of scar	
(d)	Degree of impairment	
12.	Is there any evidence of injury due to accident or otherwise?	No
(a)	Date of Injury	
(b)	Nature of Injury	
(c)	Degree of Impairment	
(d)	Duration of unconsciousness, if any	
13.	Are there any other adverse features in habit or health, past or present, which you consider relevant if so, give details.	No
14.	For Female only:	No
(a)	Is there any disease of the breasts?	
(b)	Do you suspect any disease of uterus, cervix or ovaries?	
(c)	Is there any evidence of pregnancy, if so give duration.	
15.	On examination whether he/she appears mentally and physically healthy?	Yes

I hereby certify that I have, this day, examined the above life to be assured personally, in private, and recorded in my own hand (i) the true and correct findings (ii) the answers to Question No.5 as ascertained from the person examined.

I declare that the person examined signed (affixed his/her thumbs impression) in the space earmarked below, in my presence and that I am not related to him/her or the Agent.

Dated at Rangpur on the day of 20.....at a.m/p.m

Barna
Signature of the L.A

Amy
Signature of the Medical Examiner
ডাঃ অমিতা রায়সাহা
এমবিবিএস (রয়েক)
বিএমডিপি রেজি নং-১৩৪৩৩৪
রেজিস্ট্রার চিকিৎসক
জেনারেল শাকতিসহ
Name & Address:
Qualification:
Code No.
Limit: