



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

জাতীয় পরিচয়পত্র / National ID Card



नाम

অনিল চন্দ্র দাস

Name _____

ANIL CHANDRA DAS

निर्देश

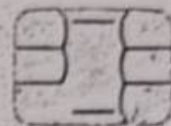
শশী মোহন দাস

माझा

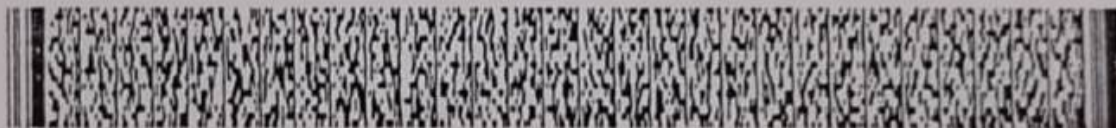
সুমতি দাস

Date of Birth 15 Jun 1969

NID No. 325 456 1313



Confidential 172



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

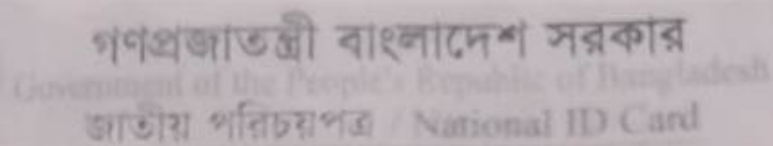


Blood Group:

Place of Birth: DINAJPUR

Issue Date: 18 Sep 2017

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



માર્જના રાની સરકાર

685 455 4422

2019



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

Blood Group

Place of Birth: DINAJPUR

Issue Date: 18 Sep 2017

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

6,689/-
6,680



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:	অফিস ব্যবহারের:	
ব্রাঞ্চ অফিস:	প্রপোজাল নং:	
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:	আমানতের পরিমাণ:	
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:	বি.ও.সি নং:	
এফ.এ কোড নং:	লাইসেন্স নং:	মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:
032478011		
	তারিখ:	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	Serving and Protection বীমার উদ্দেশ্যে জাতীয়তা: Bangladesh অনুস্থান: Dinajpur লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒	
নাম: ANIL CHANDRA DAS	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী): 57 বছর	
ঠিকানা: DOKHIN NOGOR JOYDEBPUR DINAJPUR SODOR DINAJPUR	বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন: NID	
কোড: 5200	জন্ম তারিখ: 15061969	
টেলিফোন:	অফিস:	মোবাইল নং: 01571-351596
ই-মেইল:	স্থায়ী ঠিকানা	
২. (ক)		
পিতার নাম: SHOSHI MOHON DAS		
২. (খ)		
নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
MARJONA RANI SARKAR	47	wife.
নামিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
		স্থলাভিষিক্ত



৩২.

আপনার পূর্বের গৃহিত রীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	রীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পবিত্রনীর নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার রীমারোলি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনায় প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরু হারিশ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রাপ্ত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আপনার পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিছু দেবার শেষ সময়

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

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	মৃতের কারণ
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা		
বাবা	79	Death	23	Hard stroke
মা	61	Good		
ভাই 3	61	Good		
জীবিত... Yes	55	Good		
মৃত				
বোন	63	Good		
জীবিত... Yes				
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী 1	47	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে 1	26			
জীবিত... boy-1	22	Good		
মৃত				

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ নো	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 রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোষবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	No	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	No	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	No	

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 প্রস্তুতি সঠিক 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 কারণে নময় মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরুজ্জীবিত/অত্যাহার/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: _____

✓ অনিল

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

✓ অনিল

স্বাক্ষর

৬

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: _____

✓ অনিল

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

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

✓ অনিল

স্বাক্ষর/টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

 LIC		F. No. LIC 03-001 ANNEXURE-1	
(Established by the Life Insurance Corporation IDRA Act, 2010)		Branch Name: Rongpur	
MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT		Proposal No./Policy No: 202600	
		From Medical Register:	
1. Full Name of the Life to be Examined Anil Chandra Das		Case No.	Month Year
2. Age:	Sex: Male	Identification Marks:	
3. Introducer's Name & Designation :		Introducer's Signature:	
4. Height (cms.): 167	Weight (kgs): 65	Girth of Abdomen (cms.) (over navel) 78	
Chest (cms) : 80 (over nipple)	Full Expiration (cms.): 82	Full Inspiration (cms) : 82	
Pulse Rate p.m 80	Blood Pressure	Systolic	Diastolic
	1 st Reading	120	
	2 nd Reading	80	
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.			
5. Ascertain from the L.A. whether at any time in the past he/she.		No	
(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		No	
7. Is there any externally visible swelling of lymph glands, joints or other organs.		No	
8. Are there any symptoms and/or signs suggestive of abnormality of		No	
(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 Rongpur on the day of 20..... at a.m/p.m

জাতিম
Signature of the L.A

Amy
Signature of the Medical Examiner
ডাঃ অনন্যা ইয়াসমীন
এমবিবিএস (মস্ক)
বিএমডিএসি রেজিঃ নং-১৩৪৩৩৪
মেডিকেল টিকিৎসক
Name & Address: জেনারেল কাকাদিন্দার
Qualification:
Code No.
Limit: