



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:

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

প্রপোজাল নং:

B003 Motiur 0000016

BM0000016

আমানতের পরিমাণ:

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: 0000056

বি.ও.সি নং:

এফ.এ কোড নং:

পাইসেস নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

01819 B003

তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম MD. MOTIUR RAHMAN
EXECUTIVE OFFICER
ঠিকানা: RISING TRADE INTERNATIONAL
67 NAYAPOLTON, CITY
HEART SUITE 11/2 (10 FLOOR) কোড DHAKA-1000

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01757336464

বীমার উদ্দেশ্য:

Risk & Savings

জাতীয়তা:

Bangladeshi

জন্মস্থান:

Barisal

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)

28 বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন

N.I.O

জন্ম তারিখ

15/01/1999

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

HOWLADAR BARI VILL: KULKANA
PO: PANCHGOAN BARISAL SAD
OR BARISAL কোড 8200

পিতার নাম: TAZAMMUL HOSSAIN

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

LAMIA AKTER

22

wife

নামিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

স্থলাভি



পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমারশি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরুর তারিখ	সাধারণ মূল্যে পৃথিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিছু সেবার শেষ সময়
803001411	LIC						19/11 2023				

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

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	68	(68) Good	65	Heart Fail
মা	31	Good	—	—
ভাই জীবিত..... মৃত	31	Good	—	—
বোন জীবিত..... মৃত	NO	—	—	—
স্বামী/স্ত্রী	22	Good	—	—
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত..... মৃত	NO	—	—	—

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, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, 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 বিবৃত যে চুক্তির তিস্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রশ্ন ঠিক 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 তিস্তি। এবং আমার দেয়া কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমানিত 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 29/09/2026 স্থান Dhaka
স্বাক্ষর [Signature]
নাম Md. Shahadat Hossain
পেশা Bm LIC
ঠিকানা 82, Matigheel CA

[Signature]

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রশ্ন বুঝে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি
নাম: _____
ঠিকানা: _____

[Signature]

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____

পদবী: _____

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 অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ

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 সম্মুখো প্রদান করতে হবে।



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড	01819B003
লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স	
প্রপোজাল নং	
শাখা	8083

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা	Md. Meskhat Hossain		
প্রস্তাবকের নাম	Md. Motiur Rahman	বয়স	28
বীমাকারীর নাম	Md. Motiur Rahman	প্রস্তাবিত টাকা	100000
		বয়স	28
		পেশা ও কাজের ধরন	Service

১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন?	ক) 3 Years
খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি?	খ) NO
গ) বীমাকারী শিক্ষাগত যোগ্যতা?	গ) B.A.

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ	প্রস্তাবক	পলিসির ধারক	মন্তব্য
ক) চাকুরী	-	Yes	
খ) ব্যবসা / পেশা	-		
গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত মোট বাৎসরিক আয়	800000/-		

১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?	N/A
২) বীমাকারীর বেতন সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?	N/A
৩) সার্টিফিকেট সি.এ কতক ইস্যুকৃত?	N/A
I.T কৃত যাদের সরবরাহকৃত A/c. No./ Tin ঠিক আছে কি?	yes
৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত?	yes
আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহনকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমঞ্জস্য পূর্ণ?	yes
৫) KYC/AML এর মান প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?	yes
আপনি কি নিশ্চয়তা দিয়েছেন যে বীমা গ্রহনকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?	yes

৩. ক) বীমাগ্রহনকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি?	ক) Good
খ) বীমাগ্রহনকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, শ্রবণ বৈকল্য বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না?	খ) NO
গ) আপনি কি তাঁর কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্বাভাবিক সম্পর্কে জ্ঞাত?	গ) NO

৪. আপনি কি বীমাগ্রহনকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন?	হ্যাঁ ☒	না ☐
আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?		

৫. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /অস্বীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?	হ্যাঁ ☒	না ☐
---	---	-----------------------------

৬. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত?	হ্যাঁ ☐	না ☒
তাঁর কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার ঝুঁকির কারণ হতে পারে?		

৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে					
সনাক্তকরণ চিহ্ন					
শারীরিক পরিমাপ:					
(সে.মি)	(কেজি)	(সে.মি)	(সে.মি)	(সে.মি)	
162	62	86	91	96	
উচ্চতা	ওজন	পেটের ঘের	হাস ত্যাগ	হাস গ্রহন	

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

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।	
তারিখ 29/09/2026 স্থান Dhaka	
এফ.এ এর স্বাক্ষর Meskhat	

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা প্রণয়নকৃত)	(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা প্রণয়নকৃত)
আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।	আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ 29/09/2026 স্থান Dhaka	তারিখ 29/09/2026 স্থান Dhaka
নাম ও পদবী Most. Salma	নাম ও পদবী Md. Shahadat Hossain
পূর্ণ স্বাক্ষর	পূর্ণ স্বাক্ষর



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

সংবিধান: ১৯৭২ সন / সার্বিক জাতীয় পরিচয় পত্র



মতিউর

নাম: মোঃ মতিউর রহমান

Name: MD. MOTIUR RAHMAN

পিতা: তাজামুল হোসেন

মাতা: মোসা. সুফিয়া বেগম

Date of Birth: 15 Jan 1999

ID NO: 2403696202

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি ও অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোলিস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোষ্টেল: হাওলাদার বাড়ী, গ্রাম/রাস্তা: কুলাকান্দা, কুলাকান্দা, ডাকঘর: পাঁচগাও - ৮২০০, বরিশাল সদর, বরিশাল

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: A/B+

মুদ্রণ ০১

প্রদানের তারিখ: ০৪/০৪/২০১৯

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ: ০৪/০৪/২০২১





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



একটি ছবি

নাম: লামিয়া আক্তার

Name: LAMIA AKTER

পিতা: সেলিম হাওলাদার

মাতা: সারমিন সুলতানা

Date of Birth: 02 Jun 2004

ID NO: 1046753826

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। এটি ব্যবহারকারী ব্যক্তিগত এবং
কোনও পাওয়া গেলে নিম্নলিখিত পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা: হোস্টেল, ৬৫৪, গ্রাম: বঙ্গ, চককাইচা নদী, চক কোচা নদী, ডাকঘর
বরিশাল সদর - ৮২০০, বরিশাল সদর, বরিশাল

রক্তের গ্রুপ / Blood Group (B) জন্মস্থান: বরিশাল

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০৫.০১.২০২৫





গ্রাহক পরিচিত সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তির জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) (লাইফ)

১. বীমা পলিসির নাম /শ্রেণী :
পলিসি রেফারেন্স নং/পলিসি নং :

806/20/12 LIC Bima Diamond.

তারিখ: 30/09/2026

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	মোঃ মতিয়াবুর রহমান	জন্ম তারিখ :	১৫-০২-১৯৯৮
পিতার নাম :	মুতু ভাস্করমূল হোসেন		
মাতার নাম :	সুফিয়া বেগম		
স্বামী/ স্ত্রীর নাম :	ললিতা অরুণ		
জাতীয়তা :	বাংলাদেশী		
টেলিফোন (বাসা) :		টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	০১৭৫৭৩৩৬৪৬৪	ফ্যাক্স :	
ইমেইল :			

৩. পরিচিতিপত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং : 2403696202
খ) পাসপোর্ট নং : NO মেয়াদ : NA
গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :
ঘ) ই-টিন আই এন (E-Tin) (যদি থাকে) :
ঙ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নং : মেয়াদ :
চ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :

কপি গৃহীত
হ্যাঁ ☒ না ☐
হ্যাঁ ☐ না ☒
হ্যাঁ ☐ না ☒
হ্যাঁ ☐ না ☒
হ্যাঁ ☐ না ☒
হ্যাঁ ☐ না ☒

[ক হতে গ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যেকোন একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি খোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যেকোন পরিচিতিপত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতিপত্র না থাকলে যে বিষয়ে বীমাকারীর সম্ভাব্য ঝাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতিপত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রাপ্তিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সম্ভাব্য ঝাপেক্ষে উপরের ঘ হতে চ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদি সহ অতিরিক্ত আরো কোন দলিলাদি এবং এই ফর্মে উল্লিখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।]

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

মোঃ মতিয়াবুর রহমান গ্রাম: কুলজান
সো: সাঁচনাতি বরিশাল মহর, বরিশাল

৫. আবাসিক/ বর্তমান ঠিকানা :

মোঃ মতিয়াবুর রহমান, ৩৯ নং/১০০
১০০০ হাট হাটলস ঢাকা

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত) :

মোঃ মতিয়াবুর রহমান Executive Officer Travel Agency.

গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব গ্রেডের গেজেটেড কর্মকর্তা পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যক্ষ, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, নেটারি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্তশাসিত/রাষ্ট্রায়ত্ত্ব সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদুর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব গ্রেডের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

পেশাগত ঠিকানা (নাম/পদবী/ঠিকানা) :

Rising Trade International . 67, Nayapalton Shaker

৭. গ্রাহকের অর্থের উৎস :

Service

৮. অর্থের উৎসে যাচাইয়ের পদ্ধতি :

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি :

☐

মাসিক

☐

ত্রৈমাসিক

☐

ষান্মাসিক

☒

বার্ষিক

☐

এককালীন

☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ :

3924/-

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম :

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ)

-

(খ) নগদ

২১৮

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম:	লক্ষ্মীমহা দেবী	সম্পর্ক:	স্ত্রী
পিতার নাম:	সৈয়দুল হক		
মাতার নাম:	সায়মা বেগম		
স্বামী/স্ত্রীর নাম:	সৈয়দুল হক		
পেশা:	চাকরি	জন্ম তারিখ:	০২-০৬-২০০৮
বর্তমান ঠিকানা:	হাটলিডার বর্ডা ফিটম কলকাতা, পোঃ দাচগাতি, বরিশাল		
স্থায়ী ঠিকানা:			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং (কপি সহ):	1046753826		
টেলিফোন (বাসা):	-		
টেলিফোন (অফিস):			
মোবাইল:	01757336464		
ইমেইল:	-		



(মনোনীত ব্যক্তি একাধিক হলে ছবিসহ সকলের তথ্য ও শতকরা হার উল্লেখ করতে হবে)

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ :

☒

নিম্ন

☐

উচ্চ

[মন্তব্য অংশে বিষয়কেন্দ্রিক (Subjective) বিবেচনায় গ্রাহকের ঝুঁকি সম্পর্কে আবশ্যিকভাবে মন্তব্য করতে হবে। গ্রাহকের ঝুঁকি নিরূপনের ক্ষেত্রে গ্রাহকের পেশার বিস্তারিত ধারণা বিশ্লেষণ করতঃ ব্যবসায়ের ক্ষেত্রে ব্যবসায়ের প্রকৃতি, অর্থের মাত্রা, ব্যবসায়ের এলাকা, ব্যবসায়ের আকার, হিসাবের প্রকৃত সুবিধাজোগী ইত্যাদি সহ অন্যান্য বিশেষ দিক বিবেচনায় নিয়ে গ্রাহককে উচ্চ বা নিম্ন ঝুঁকি সম্পন্ন হিসাবে শ্রেণীকরণ করতে হবে। চাকুরীর ক্ষেত্রে ও অনুরূপভাবে বিস্তারিত ধারণা লাভ করতঃ বিশেষ করে চাকুরীর প্রকৃতি ও দায়-দায়িত্বের নিরিখে ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে। গ্রাহক উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ হলে নিয়মিত তদারকি করতে হবে।]

১৪. মন্তব্য :

সকল তথ্যই স্বতঃসিদ্ধ

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/ রিলেশনশিপ ম্যানেজারের স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)

অনুমোদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর
(সিল ও তারিখ)