



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)

সদস্য কোড
পাসপোর্ট
সাইজ ছবি

প্রাপ্ত আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ. দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
প্রাপ্ত অফিস:	প্রাপ্ত মাসের কোড / মোবাইল নং:
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: <u>Um 0000567</u>	আমন্ত্রণের পরিমাণ:
এফ.এ. কোড নং: <u>030073001</u>	বি.ও.সি. নং:
লাইসেন্স নং:	তারিখ:
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	বীমার উদ্দেশ্য:	
নাম: <u>DILIP KUMAR ROY</u>	<u>Savings Riun</u>	
ঠিকানা: <u>Villa: Radhanagar. P.O: Rukhmagar.</u>	জাতীয়তা: <u>Bangladeshi</u>	
<u>P.S. Atwari, Dist: Panchagar</u>	জন্মস্থান: <u>Panchagar</u>	
কোড: <u>5040</u>	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒	
টেলিফোন:	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী):	
ই-মেইল:	<u>45 বছর</u>	
অফিস:	বয়স প্রাপ্তির সার্টিফিকেট ধরন	
মোবাইল নং: <u>01568276920</u>	জন্ম তারিখ	
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা	<u>18011981</u>	
<u>Senneur</u>		
কোড: <u>5040</u>		
২. (খ) নিজস্ব নাম: <u>Atul Chandra Barman</u>		
নামের পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
<u>Kajol Rani</u>		<u>wife.</u>
নামের যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
		স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষর

৫.	পরিচয়না ও শার্ট	প্রজ্ঞাবিত বীমারশি	খতকারীর প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রজ্ঞাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুখদিনীয় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমদানের পরিমাণ
	81 st / 10	108500	—	—	—	—	1k1,000/-
	মোট (বাস্তবিক/ অর্ধবাস্তবিক/ ট্রান্সমিক/ মাসিক)					বাক্স নং	
	monthly					—	
৬. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Business			—			
৬. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কর্তৃপক্ষ দ্বারা চাকুরী করছেন			
	—			—			
৭.	শিক্ষায়তন যোগ্যতা	বাস্তবিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
				হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: 2361170430			
৮.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাক্ষরপত্রের তারিখ	স্বাক্ষর পত্রের ক্রমসংখ্যা	কখনো কি আপনাকে স্বাক্ষর পত্রীকায় অনুপযোগী ঘোষণা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন		
	—	—	—	—	—		
৯.	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						
১০. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত অধীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত					—	
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম					—	
	গ) প্রজ্ঞাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত					—	
১১. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:		—				

ଆଳମାର ମୁର୍ଦ୍ଦର ମୁଦ୍ଦିତ କ୍ଷେତ୍ରର ବିବରଣ ନିମ୍ନ

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

All are good

 $\sqrt{0}$

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত প্রত্যাহার ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)		
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়	NO			
(২) মাদক	NO			
(৩) দেশ জাতীয় প্রাণ	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"	79kg		
মহিলাদের ক্ষেত্রে				
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান জন্মের 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।	প্রাপ্তির 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 : সঞ্চয়ী / চলতি				
খ) একাউন্ট নং:				
গ) একাউন্টের নং:				
সুইফট কোড:				
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।				

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে তুচ্ছ ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রস্তাবিত তথ্যে এর 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 তুচ্ছ মূল ভিত্তি। এবং আমার দেয়া কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী তুচ্ছপত্রটি 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 কান্ড হতে জোরপূর্বক কোন মিথ্যা তথ্য আদায় করা হয় নি।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, আমি সময়মত জিমিয়াম জমা দেয়ার পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম জিমিয়াম জমা করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারণে নময় মজ পলিসির জিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরায়ীকৃত/মত্যাচার/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট জিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত জিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ _____ স্থান Dhaka

স্বাক্ষর _____
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____

Dilip

স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার স্বাস্থ্য সমস্ত প্রমাণাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____
পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্কিত ছাপ

২. নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাঙ্কিত ছাপ সহায়িত করতে হবে।

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

সহায়ককারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, গ্রাহক আমার সম্মুখে সজ্ঞানে সমস্ত প্রস্তাবিত তথ্যে সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যাচা দৃষ্টিকোণ থেকে।

Dilip

স্বাক্ষর/সিগনেচার

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্কিত ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



এজেন্সীর কোড	
লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
ইউনিট মানেজার লাইসেন্স	
এগোজাল নং	
শাখা	

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা **Kajol Rani**

প্রজ্ঞাবকের নাম	বয়স	প্রজ্ঞাবিত টাকা
বীমাকারীর নাম Dilip Kumar	বয়স	পেশা ও কাজের ধরণ

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

ক).....
খ).....
গ).....

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ	প্রজ্ঞাবক	পুলিসের ধরন	মন্তব্য
ক) চাকুরী			
খ) ব্যবসা / পেশা			
গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত			
মোট বার্ষিক আয়			

১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?
২) বীমাকারীর বর্তমান স্যাটিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?
৩) স্যাটিফিকেট সি.এ কর্তৃক ইস্যুকৃত?
I.T কৃত ঘাসের সরবরাহকৃত A/c. No./ Tin টিক 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 প্রজ্ঞাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?
আপনি কি নিশ্চয়তা নিচ্ছেন যে বীমা গ্রহণকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?

৩. 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) **no**
গ) **no**

৪. আপনি কি বীমাগ্রহণকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন?
আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মর্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৫. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /অবীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৬. বীমাগ্রহণকারীর পেশা, আর্থনামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত?
তাঁর কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার কৃতির কারণ হতে পারে?

হ্যাঁ ☒ না ☐

৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে
সনাক্তকরণ চিত্র
শারীরিক পরিমাপ:
(সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি)

5'6" **70kg** **শেটের ঘের** **হাস ত্যাগ** **হাস গ্রহন**

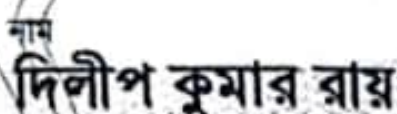
৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্ক অবহিত করিয়াছেন?

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।
তারিখ **Dheka**
এফ.এ এর স্বাক্ষর **Kajol**

(ইউনিট মানেজার দ্বারা পূরণকৃত) (ট্রাঙ্ক মানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

আমি প্রজ্ঞাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নিরুপল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ **567**
নাম ও পদবী **Dilip Kumar**
পূর্ব স্বাক্ষর

আমি প্রজ্ঞাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নিরুপল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।
তারিখ
নাম ও পদবী
পূর্ব স্বাক্ষর



Name _____

DILIP KUMAR ROY.

जिन्हा

অতুল চন্দ্র বর্মণ

माय

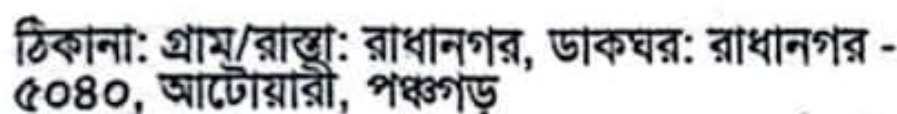
যবুনা রানী রায়

Date of Birth 18 Jan 1981

NID No. **236 117 0430**



प्रतिष्ठा



Blood Group: A+

Place of Birth: PANCHAGARH

Issue Date: 27 Feb 2020

[illegible]



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

ଜାତୀୟ পরিচয়পত্র National ID Card



5

काव्यन रानी

Keywords: child sexual abuse; disclosure; social support

KAJOL RANI

Figure 4

निर्देशक चक्र द्वाया

1274

ਬਾਇਬਲ ਦਾਨੀ

Date of Birth: 30 Dec 1992

2003 2004

554 239 2724

व्यक्ति बली



ঠিকানা: বাসা/হোন্ডিং: দেওধা, গ্রাম/রাস্তা: দেওধা,
ডাকঘর: হরসুয়া - ৫১১০, পীরগঞ্জ, ঠাকুরগাঁও

Blood Group **AB+** Place of Birth **THAKURGAON**

05 Nov 2018

I<BGD554239272<41<<<<<<<<<<<<
9212303F3311086BGD<<<<<<<<<<<<<
RANI<<KAJOL<<<<<<<<<<<<<<<<<