



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
Government of the People's Republic of Bangladesh

National ID Card / জাতীয় পরিচয় পত্র



বিধান

নাম: বিধান চন্দ্র রায়

Name: BIDHAN CHANDRA ROY

পিতা: জগদিশ চন্দ্র রায়

মাতা: রেখা রানী

Date of Birth: 14 Mar 2006

ID NO: 7380848288

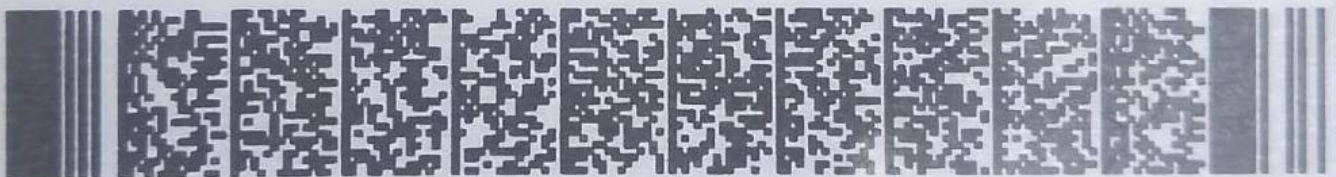
এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: হরিশচন্দ্রপুর, গ্রাম/রাস্তা: হরিশচন্দ্রপুর, ডাকঘর: রুদ্রপুর - ৫২১০, বিরল, দিনাজপুর

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: A+ জন্মস্থান: দিনাজপুর

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০৫/০৪/২০২৫





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:	তারিখ:
লাইসেন্স নং:	
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	

03247B011

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: RAKHA RANI
ঠিকানা: HARISHCHANDRA PUR, RUDR
APUR, BIROL, DINAS PUR
কোড: 5210

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

স্থায়ী ঠিকানা

২. (ক)

কোড

পিতার নাম: SOTTEN CHANDRA ROY

২. (খ)

নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
BIDHAN CHANDRA	20	Son	
নামিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত

Saving and
Protection

জাতীয়তা: Bangladeshi
জন্মস্থান: Dinajpur

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
44 বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন
NID

জন্ম তারিখ
09/07/1982



৩.	পরিচয়না ও শর্ত	প্রত্যাবৃত্ত বীমারাজি	বছরকালীন প্রত্যাবৃত্ত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রত্যাবৃত্ত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিমা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	815 12	111500/-		Yes	Yes		3150/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)						ব্যাজ নং
	Quarterly.						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	House-wife.			Farming.			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস		আপনি কি আয়কর প্রদান করেন		
	P.S.C	120,000/-			হ্যাঁ/না		
					টিন নং:		
					ভোটার আইডি নং: 6438486794		
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাক্ষর/স্বাক্ষর তারিখ	স্বাক্ষর পত্রীকার রিপোর্ট		কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষণা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন	
৭.	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।					No	
৮. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ/না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত				N/A		
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম				No		
	গ) প্রত্যাবৃত্ত ও গৃহিত সিকান্স				No		
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:				No		

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	গ্রাহক পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমাবাশি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার গ্রাঞ্জ টাকার সুবিধা	পলিসি শুরু তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনশোর্স আছে কি?	কিছু দেবার শেষ সময়

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

মৃত

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	মৃত্যুর কারণ
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা		
বাবা	68	Good		
মা	64	Good		
ভাই	42			
জীবিত: yes...	40	Good		
মৃত	38			
বোন				
জীবিত: yes...	46	Good		
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী	54	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে	23			
জীবিত: yes...		Good		
মৃত: boy	20			

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	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, প্রেইন 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	

পলিসিয়াহক 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 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 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 কারণে 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: _____

✓ ৬৫ এম

বীমাকারীর স্বাক্ষর

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

✓ ৬৫ এম

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম:

পদবী:

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: _____

✓ ৬৫ এম

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।

✓ ৬৫ এম

স্বাক্ষর /টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।