

नाम

জগদিশ চন্দ্র রায়

Name _____

JOGODISH CHANDRA ROY

নরেন্দ্র নাথ রায়

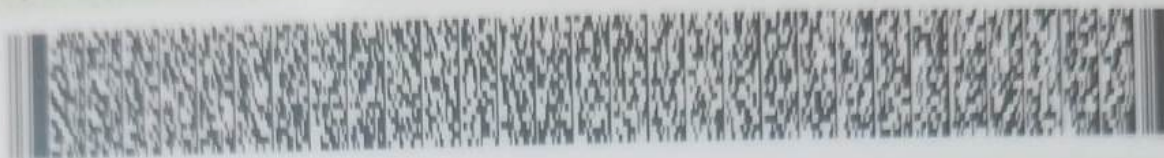
275

সত্বেনা



Date of Birth 07 Aug 1972

NID No. 868 879 7276



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: হরিশচন্দ্র পুর, ডাকঘর: রুদ্রপুর -
৫২১০, বিরল, দিনাজপুর



Blood Group:

Place of Birth: **DINAJPUR**

Issue Date: 07 Feb 2018

I<BGD868879727<62<<<<<<<<<<<<
7208078M3302060BGD<<<<<<<<<<<4
ROY<<JOGODISH<CHANDRA<<<<<<<<<



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

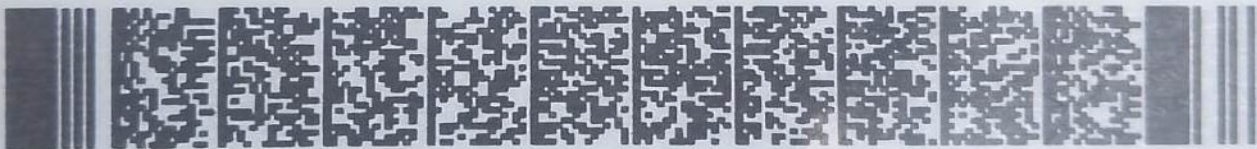
এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

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:
প্রাথমিক 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:	

032478011

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: JOGLODISH CHANDRA ROY

ঠিকানা: HARI SCHANDRA PUR, RUDRO PUR, BIROL, DINAJPUR.

কোড: 5210

টেলিফোন:

ই-মেইল:

অফিস:

মোবাইল নং: 01319112581

Saving and Protection

বীমার উদ্দেশ্য:

জাতীয়তা: Bangladeshi

জন্মস্থান: Dinajpur.

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী): 54 বছর

বয়স প্রমানের স্যাটিফিকেট ধরন: NID

জন্ম তারিখ: 07071972

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

কোড

লিভার নাম: NARENDRO NATH ROY

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
BIDHAN CHANDRA ROY	20	Son
নামনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্বাভাবিক ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক



৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারশি	খণ্ডকালীন প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখ্যতায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	815 12	105,000/-		Yes	Yes		3,350/-
	মোড (বার্ষিক/ অর্ধবার্ষিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)						ব্যাংক নং
	Quarterly						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Agriculture			Farmer			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বার্ষিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	P.S.C.	1,30,000/-		হ্যাঁ / ☒			
				টিন নং:			
				জ্যেষ্ঠতার আইডি নং: 868087972760			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কোনো 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।						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) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিফার				No		
৮. (খ)	আপনি গত এক বছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:				No		

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমারাশি	জাটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাক্ষ টাকার সুবিধা	পলিসি তরুর তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিন্তু দেবার শেষ সময়

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		Death	57	Stroke
মা		Death	60	Normal
ভাই	3			
জীবিত	yes			
মৃত	58			
বোন	1			
জীবিত	yes			
মৃত	52			
স্বামী/স্ত্রী	1			
সন্তান: ছেলে/মেয়ে	1			
জীবিত	yes			
মৃত	boy-1	20		

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 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

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

স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট এবং পেশা সম্পর্কিত সকল তথ্য সঠিক এবং নির্ভুল, এই মর্মে সকল আইন এবং নিয়ম মানা হয়েছে, এবং কারো কাছ হতে কি কোন মিথ্যা তথ্য আদায় করা হয় নি।

আরও ঘোষণা করছি যে, আমি সময়মত প্রিমিয়াম জমা দেয়ার পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম প্রিমিয়াম জমা করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত বিবর্তন সাধিত হবার কারনে নময় মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরুজ্জীবিত র/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

স্থান _____

স্বাক্ষর _____

✓ ১৫

বীমাকারীর স্বাক্ষর

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

✓ ১৫

স্বাক্ষর

এ সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ

জন্মের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাংগুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

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

সত্যায়নকারীর নাম: _____

ঠিকানা: _____

✓ ১৫

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

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

✓ ১৫

স্বাক্ষর /টিপসহি

 LIC		F. No. LIC 03-001 ANNEXURE-1	
(Established by the Life Insurance Corporation IDRA Act, 2010)		Branch Name: <u>Rangpur</u>	
MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT		Proposal No./Policy No:	
		From Medical Register:	
1. Full Name of the Life to be Examined <u>Jogodish Chandra Roy</u>		Case No.	Month Year
2. Age:	Sex: <u>Male</u>	Identification Marks:	
3. Introducer's Name & Designation :		Introducer's Signature:	
4. Height (cms.): <u>165</u>	Weight (kgs): <u>63</u>	Girth of Abdomen (cms.) (over navel) <u>78</u>	
Chest (cms) : <u>82</u> (over nipple)	Full Expiration (cms.): <u>80</u>	Full Inspiration (cms) : <u>82</u>	
Pulse Rate p.m <u>80</u>	Blood Pressure	Systolic	Diastolic
	1 st Reading	<u>120</u>	
	2 nd Reading	<u>80</u>	
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.		<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.

Rangpur

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

57

Signature of the L.A

Amey

Signature of the Medical Examiner

ডাঃ অনন্যা ইয়াসমীন
এমবিবিএস (মমেক)
রেজিস্টার্ড নং: ১৬৪৩৩৪
জেনারেল প্রাকটিশনার
Name & Address.....
Qualification:.....
Code No.....
Limit.....