



OFFICE OF THE REGISTRAR GENERAL, BIRTH AND DEATH REGISTRATION
LOCAL GOVERNMENT DIVISION

[Back to Previous Page \(/\)](#)

BIRTH REGISTRATION RECORD VERIFICATION

REGISTRATION DATE	REGISTRATION OFFICE	ISSUANCE DATE
18 FEBRUARY 2016	SAIDPUR PAURASAVA	18 FEBRUARY 2016
DATE OF BIRTH	BIRTH REGISTRATION NUMBER	SEX
20 AUGUST 2012	20127327501108876	FEMALE

নিবন্ধিত ব্যক্তির নাম	তাসনুহা আনান বেলা	REGISTERED PERSON NAME	TASNUHA ANAN
জন্মস্থান	নতুন বাবু পাড়া, সৈয়দপুর, নীলফামারী।	PLACE OF BIRTH	NEW BABU PARA, SAIDPUR, NILPHAMRI.
মাতার নাম	মোছাঃ উম্মে কুলছুম	MOTHER'S NAME	MST. UMMA KULSUM
মাতার জাতীয়তা	বাংলাদেশী	MOTHER'S NATIONALITY	BANGLADESHI
পিতার নাম	জাহেরীল বাতেন	FATHER'S NAME	JA HARIL BATAN
পিতার জাতীয়তা	বাংলাদেশী	FATHER'S NATIONALITY	BANGLADESHI



NB: This record is retrieved from Birth and Death Registration Database. Location of the Register office : SAIDPUR PAURASAVA, SAIDPUR, NILPHAMARI. verify.bdris.gov.bd (<https://verify.bdris.gov.bd/>) is the official website to verify the record

[Back to Previous Page \(/\)](#)



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



নাম: মোঃ জাহেরিল বাতেন

Name: Md Zaharil Baten

পিতা: মোঃ নুরুল হক

মাতা: মোছাঃ জাহেদা খাতুন

Date of Birth: 19 Oct 1985

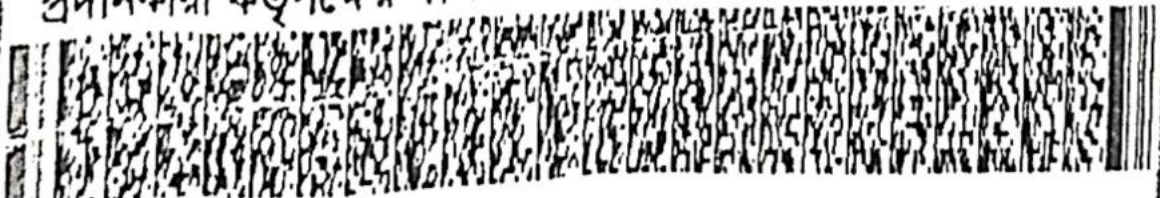
ID NO: 8520309344809

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

ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: শংকরপুর বটপাড়া, ডাকঘর: বদরগঞ্জ - ৫৪৩০, বদরগঞ্জ
পৌরসভা, বদরগঞ্জ, রংপুর

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: AB+

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ২৪/০৮/২০০৮





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



নাম: মোছাঃ উম্মে কুলছুম

Name: Ms! Umme Kulsum

পিতা: মোঃ সুলতান উদ্দিন

মাতা: মোছাঃ সাহিদা বেগম

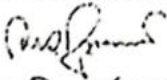
Date of Birth: 01 Jul 1979

ID NO: 8514227622893

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি ও অন্য
কোনো পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোষ্ট অফিসে জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: হরিশ্বর, ডাকঘর: কাউনিয়া - ৫৪৪০, কাউনিয়া, রংপুর

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: A++


প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ০২/০৬/২০০৮





এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)

সদ্য তোলা
পাসপোর্ট
সাইজ ছবি

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
এফ.এ কোড নং: <u>03308B011</u> ব্রাঞ্চ অফিস: <u>Rangpur</u> ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: <u>0301</u> ইউনিট ম্যানেজারের কোড: <u>um0000</u> লাইসেন্স নং: <u>03308B011</u> মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	প্রপোজাল নং: <u>202600</u> আমানতের পরিমাণ: <u>1000</u> বি.ও.সি নং: তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	Saving Risk	
নাম: <u>TASNUHA ANAN</u>	বীমার উদ্দেশ্য: <u>Cover</u>	
ঠিকানা: <u>VILL NEW BABUPARA PO S</u>	জাতীয়তা: <u>Bangladeshi</u>	
<u>ADDPUR PS SAIDPUR POUROS</u>	জন্মস্থান: <u>Rangpur</u>	
<u>ONA DIST NELLPHARA</u> কোড: <u>5310</u>	লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐	
টেলিফোন: <u>01786782622</u>	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)	
ই-মেইল:	ব্রহ্ম	
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা	বয়স প্রমানের স্যাটিফিকেট ধরন	
<u>DO</u>	<u>B. Cert</u>	
কোড	জন্ম তারিখ	
	<u>20082012</u>	
পিতার নাম: <u>JAHAIR BATAN</u>		
২. (খ) নমিনার পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
<u>Mst Umme Kulsum</u>	<u>47</u>	<u>Mother</u>
নমিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
<u>ad Jah</u>		
		স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাত

৩.	পরিচয় ও শর্ত	প্রস্তাবিত সীমাবদ্ধি	ব্যক্তিগত প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	৪০১/১০						১৫০০
	মোট (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)					ব্যাজ নং	
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Student			-			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করেছেন			
	-			-			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস		আপনি কি আয়কর প্রদান করেন		
	Class- 9			হ্যাঁ / না			
টিন নং:							
ভোটার আইডি নং:							
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার 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।					N/A	
৮. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত				NO		
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম				NO		
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত				NO		
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:				N/A		

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই 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 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 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 নিদিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

ৱ

Ramfopur

তারিখ _____ স্থান _____

স্বাক্ষর _____
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____

জমশুখ আমান

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

জমশুখ আমান

স্বাক্ষর

জমশুখ আমান

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ

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: _____

জমশুখ আমান

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।

জমশুখ আমান

স্বাক্ষর /টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।