



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: <u>8003 Modishel</u> ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: <u>UM0000183</u>	প্রপোজাল নং: <u>44357K</u>
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: <u>0067/8003</u>	আমানতের পরিমাণ: <u>11/10/2026</u>
এফ.এ কোড নং: <u>0067/8003</u>	বি.ও.সি নং: <u>11/10/2026</u>
লাইসেন্স নং: <u>0067/8003</u>	তারিখ: <u>11/10/2026</u>
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ: <u>0067/8003</u>	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম	MD. MASUDUR RAHMAN
ঠিকানা:	H-222-R-COMMISSIONER GOLI; NO RT H JHAT KABARTI PO-GRANDAR I H PS- JAT KABARTI; DHANA কোড: 1204
টেলিফোন: NO	
ই-মেইল:	
অফিস: ND	
মোবাইল নং:	01916220439

বীমার উদ্দেশ্য: <u>Saving & Life Resk</u>
জাতীয়তা: <u>Bangladeshi</u>
জন্মস্থান: <u>Dhaka</u>
লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒
বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী): <u>57</u> বছর

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা	SAME
কোড	

বয়স প্রমোনের সার্টিফিকেট ধরন: <u>NID</u>
জন্ম তারিখ: <u>01/11/1969</u>

২. (খ)

পিতার নাম:	MD. Merazuddin Mia		
নামিতির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
TAMIM IBNE MASUD	18	SON	
নামিতি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত
-	-	-	-



পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	গ্রহণ পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারামি	জটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	মৃত্যুটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি তফস্ব তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনসোর্স আছে কি?	কিষ্টি দেবার শেষ সময়
803000277	LIC	806/16	300000				08/10/2018				

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

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	—	—	70	old age
মা	—	—	72	Natural
ভাই জীবিত.....	65	Good	52	stroke
মৃত.....				
বোন জীবিত.....	62/53	Good	—	—
মৃত.....				
স্বামী/স্ত্রী	77	Good	—	—
সন্তান: ছেলে/মেয়ে	5-26			
জীবিত... 5-02-04	5-22	Good	—	—
মৃত.....	5-18			

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সত্বাহের অধিক সময় ধরে কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?		
গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?		
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যাতে ভুগছেন?		
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার কুষ্ঠি, কোম্বুর্জি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?		
চ) আপনার কি কোন পারিবারিক ক্রটি বা অস্বিকৃতি আছে?		
ছ) আপনার কি কোন মূর্খটনারজনিত আঘাত আছে?		

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃত যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রাপ্ত তথ্য সঠিক এবং সত্যিকারের 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 গণ্য 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 সমস্ত মিমিয়াম জমা দেয়ার পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম মিমিয়াম জমা করার পরে আমার সাময়িক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারনে নময় মত পলিসির মিমিয়াম 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 মিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত মিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 19/10/2026 স্থান Motishree
স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর _____
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____

বীমাকারীর স্বাক্ষর _____

১. আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত তথ্য সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি
নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর _____

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমাণাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত
নাম: _____
পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ _____

২. নিরক্ষর ব্যক্তিসের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।
আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত তথ্য সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি

সত্যায়নকারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর _____

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, গ্রাহক আমার সম্মুখে সজ্ঞানে সমস্ত প্রস্তাবের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যাথা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

স্বাক্ষর /টিপসহি _____

চিকিৎসকের স্বাক্ষর _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

 এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড LIC Bangladesh Ltd.		এজেন্সীর কোড	0067/8003
		লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ	
		ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স	
		প্রপোজাল নং	
		শাখা	8003
এফ.এ নাম এবং ঠিকানা Mst. Alpona Khatun.			
প্রস্তাবকের নাম Mst. Alpona Khatun		বয়স 42	প্রস্তাবিত টাকা 15000
বীমাকারীর নাম MR. MASUDUR RAHMAN		বয়স 57	পেশা ও কাজের ধরণ Service
১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন? খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি? গ) বীমাকারী শিক্ষণীয় যোগ্যতা?		ক)..... Long time খ)..... yes, Uncle গ)..... B-A	
২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ ক) চাকুরী খ) ব্যবসা / পেশা গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত মোট বাৎসরিক আয়	প্রস্তাবক NO — — NO	পলিসির ধারক yes — — 500000	মন্তব্য
১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত? ২) বীমাকারীর বেতন সার্টিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত? ৩) সার্টিফিকেট সি.এ কতক ইন্সুরকৃত? I.T কৃত যাদের সরবারহকৃত A/c. No./ Tin ত্রিক আছে কি? ৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত? আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহনকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমন্বয় পূর্ণ? ৫) KYC/AML এর মান প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি? আপনি কি নিশ্চয়তা নিচ্ছেন যে বীমা গ্রহনকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?			
৩. ক) বীমাগ্রহনকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি? খ) বীমাগ্রহনকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, প্রবল 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 বীমাগ্রহনকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন? আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?		হ্যাঁ ☒ না ☐	
৫. আপনি কি নিশ্চিত যে পূর্বীত বীমাটি /অবীকৃত/বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?		হ্যাঁ ☐ না ☒	
৬. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত? তাঁর কোন অভ্যাস কি পূর্বীত বীমার ফুরির কারণ হতে পারে?		হ্যাঁ ☐ না ☒	
৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে সমাজকরন ডিগ্রি শারীরিক পরিমাপ: (সে.মি) (কেজি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) 170 60 — — — উচ্চতা ওজন শেটের ঘের শ্বাস ত্যাগ শ্বাস গ্রহন			
৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্ক অবহিত করিয়েছেন?			
আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি। তারিখ 10/10/2026 স্থান not signed এফ.এ এর স্বাক্ষর Alpona			
(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত) আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি। তারিখ..... স্থান..... নাম ও পদবী..... পূর্ণ স্বাক্ষর.....		(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত) আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি। তারিখ..... স্থান..... নাম ও পদবী..... পূর্ণ স্বাক্ষর.....	



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



নাম: মোঃ মাসুদুর রহমান
Name: Md Masudur Rahman

পিতা: মোঃ মেরাজউদ্দিন মিয়া

মাতা: মোছাঃ আছিয়া খাতুন

Date of Birth: 01 Nov 1969

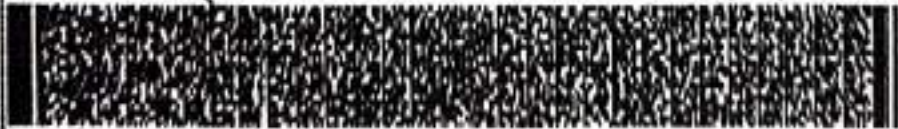
ID NO: 2692984624533

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

ঠিকানা: বাড়ি নং: ৭২/২, রাস্তা নং/নাম: কমিশনার গলি, উঃ
যাত্রাবাড়ি, ডাকঘর: গেন্ডারিয়া - ১২০৪, যাত্রাবাড়ী, ঢাকা

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: AB+

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর প্রদানের তারিখ: ২০/০১/২০০৮



People's Republic of Bangladesh

Office of the Registrar of Birth and Death

Zone - 5, Dhaka South City Corporation

Dhaka, Bangladesh

Birth Certificate

[rule-9. of Birth and Death Registration (City Corporation) Rules, 2006]

(Extract from Birth Register)

Register No: 50

Ward No: 48

Date of Registration: 24-11-2015

Date of Issue: 24-11-2015

Birth Registration No: * 20082692048118399

Name: *Tamim Ibne Masud*

Date of Birth: 31-12-2008

Sex: *Male**Thirty First December Two Thousand Eight*Place of Birth: *Dhaka*Father's Name: *Md. Masudur Rahman*Father's Nationality: *Bangladeshi*Mother's Name: *Humyra Perveen*Mother's Nationality: *Bangladeshi*Permanent Address: *72/2, North Jatrabari, PS- Jatrabari,**Dhaka- 1204*Present Address: *72/2, North Jatrabari, PS- Jatrabari,**Dhaka- 1204*

(Authorised Person - Seal and Signature)

SK. NAZRUL ISLAM

Birth & Death Reg. Asstt.

Zone-05 (Sayedabad)

Dhaka South City Corporation



(Signature and Name of Registrar with Seal)

DR. NISHAT PARVEEN

Reg. No. A-29886

Assistant Health Officer

Zone-05 (Sayedabad)

Dhaka South City Corporation

*First four digits represent year of birth, next four digits represent age and last six digits are person's serial number.



গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তির জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

১. বীমা পলিসির নাম /শ্রেণী : **৪০৩-২৫৭-২৮৪ (Graco Fast)**
পলিসি রেন্যুয়েশন নং/পলিসি নং : **তারিখ: 11/10/2026**

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	মো: মাসুদুর রহমান	জন্ম তারিখ :	০২/০২/১৯৮০
পিতার নাম :	মো: মোহাম্মদুল হক মিয়া		
মাতার নাম :	মো: মোহাম্মদা সুলতানা		
স্বামী/ স্ত্রীর নাম :	মো: মোহাম্মদুল হক মিয়া		
জাতীয়তা :	বাংলাদেশি		
টেলিফোন (বাসা) :	০১৮২৩২২০৮৩৮	টেলিফোন (অফিস) :	—
মোবাইল :	০১৮২৩২২০৮৩৮	ফ্যাক্স :	—
ই-মেইল :	—		

৩. পরিচিতি পত্র :

ক) জাতীয় পরিচয় পত্র নং : **২৬৮২৭৮৪৮২৮০৬০**
খ) পালপোর্ট নং : **—** মেয়াদ : **—**
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) : **—**

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 গ্রাহকের আলোকচিত্রসহ অন্য যেকোন পরিচিতিপত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতিপত্র না থাকলে যে বিষয়ে বীমাকারীর সম্মতি স্বাক্ষরে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতিপত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি গ্রাহকের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান স্বাধীনভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সম্মতি স্বাক্ষরে উপরের ঘ হতে চ নম্বর ক্রমিক বর্ণিত দলিলাদি সহ অতিরিক্ত আরো কোন দলিলাদি এবং এই ফরমে উল্লেখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।)

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

বাড়ি নং: ৭২/২, কাস্তান - কামিলুল্লাহ সানি, উঃ ফকিরপুর, ঢাকা
তারিখ: ১১/১০/২০২৬, ফকিরপুর, ঢাকা

৫. আবাসিক/ বর্তমান ঠিকানা :

নকশা

৬. গ্রাহকের পেশা (নিবন্ধিত) :

স্বাধীন ব্যবসায়িক

গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিনিয়র কর্পোরেশনের চেয়ারম্যান, ডেপুটি চেয়ারম্যান ও কাউন্সিলর, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের চেয়ারম্যান, কর্মকর্তা পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও আইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলর, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যাপক, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, মেট্রো পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়তশাসিত/রাষ্ট্রায়ত্ত্ব সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাপদ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাপদকে বুঝাবে।



ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) আলকোহল জাতীয় পানীয়	NO	—
(২) মাদক	NO	—
(৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য	NO	—
(৪) তামাক	NO	—
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good	—
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	—
১২. মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
	170	80 kg
মহিলাদের ক্ষেত্রে		
১৩. (ক)	আপনি কি পর্বতবর্তী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়
	—	—
১৩. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা
	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।
		প্রদত্ত 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: <u>Applied</u>	
	ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি	
	খ) একাউন্ট নং:	রাউটার নং :
		সুইফট কোড :
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।		

৩.	পরিচয়না ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমার মূল্য	বর্তমানকারী প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতার প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুখিতায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমদানকারী পরিমাণ
	809 8 years	15000	—	—	—	—	14-786P
	মোড (বার্ষিক/ অর্ধবার্ষিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					স্বাক্ষর নং	
	Single					—	
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Govt. Service			Head Assistant			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	Civil Service Office			30 years			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বার্ষিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	B-A	500000Tk	Service	হ্যাঁ / না ☒ টিন নং: ভোটার আইডি নং: 2692984624533			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো 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				No	—	
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম				No	—	
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত				Yes	—	
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:			No			