



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	19129	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ
		3300	19/10

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

এফ.এ কোড নং: 032198007

ব্রাঞ্চ অফিস: CHITTA ০৩০৩ ০৬৭৭৯৯০

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: ৫০০৫০৫৭৩

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: ০৬৬০৭৫৩৩৬

হারুন-উর-রশিদ

এফ.এ কোড নং: ০৩২১৯৮০০৭

লাইসেন্স নং: ৫০০৫০৫৭৩

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ: ১৯/১০/২০২৫

প্রপোজাল নং: 2025001748

আমানতের পরিমাণ: 1895/২

বি.ও.সি নং: 15201

তারিখ: 19/10/2025

১	পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	নাম	HARUN UR RASHID	বীমার উদ্দেশ্য:	Savings Risk cover
	ঠিকানা	CHITTA ০৩০৩ ০৬৭৭৯৯০	জাতীয়তা	Bangladeshi	
	টেলিফোন:	৫০০৫০৫৭৩	জন্মস্থান:	Chittagong	
	ই-মেইল:	harunurashid@gmail.com	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)	40 বছর
২. (ক)	পিতার নাম:	ABDUL HALIM	বয়স প্রদানের সার্টিফিকেট ধরন	NID Photocopy	
২. (খ)	নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	জন্ম তারিখ	10/11/1986
	RUNA AKTER	31	WIFE		
	নামিনি যদি অগ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	হুল	



৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমাংশ	খন্ডকালীন প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	৪১৫/১৫	১৭৫১২৬	—	—	—	—	১০০০০
	মোট (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাজ নং	
	Monthly						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Life Insurance Corporation of Bangladesh (same)			Financial Associate			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	Life Insurance Corporation of Bangladesh			01 YRS			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	S.S.C	৬,০০,০০০	Service & other	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: ৯৭৩২৭৫৫৮০			
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।						
	১৫/১০						
৮. (ক)	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত						
৯. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						

পলিসিগ্ৰাহক 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 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 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 ক্ষতি 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 নম্বর 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 17/01/20 স্থান CFB
স্বাক্ষর [Signature]
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____

[Signature]
বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রশ্ন বুঝে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি
নাম: _____
ঠিকানা: _____

[Signature]
স্বাক্ষর

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

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ

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: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

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

[Signature]
স্বাক্ষর /চিৎসাহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ধরক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারশি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	মুখটিনার প্রায় টাকার সুবিধা	পলিসি তরুর তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	তিথি সেবার শেষ সময়

৩ বছরের মধ্যে পলিসি বন্ধ হলে কর্পোরেশন কোন নতুন প্রস্তাব পর ফরম ইদা করবে না।

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স
বাবা	৮০	৮০	
মা	৬৫	৬৫	
ভাই জীবিত	৩৫	৬০	
মৃত			
বোন জীবিত	৫৮	৬০	
মৃত			
স্বামী/স্ত্রী	৩২	৬০	
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত ০.১ (০.১)	০২	৬০	
মৃত			

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সন্তানের অধিক সময় ধরে কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	না	
খ) আপনি কি কখনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	না	
গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মক্ষেত্রে অনুপস্থিত ছিলেন?	না	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেস্টন বা নার্ভের সমস্যা ভুগছেন?	না	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার, কৃমি, কোলিক, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	না	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক দ্রুতি বা অস্বাভাবিকতা আছে?	না	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	না	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত প্ৰত্যেকটা ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যাসকোবল জাতীয় শাখা	হ্যাঁ	
(২) খাদ্য	হ্যাঁ	
(৩) দেশ জাতীয় প্ৰতীক	হ্যাঁ	
(৪) জামা	হ্যাঁ	
খ) স্বাস্থ্যকর অবস্থা	হ্যাঁ	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	হ্যাঁ	
মন-মেডিকেল কেন্দ্রের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
	১৭০	৬৭

মহিলাদের ক্ষেত্রে

আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রাসের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিডারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা

১. (ক) স্বামীর পূর্ণ নাম	
লেশা	
বার্ষিক আয়	

২. (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।	স্বামীর ঠিকানা	স্বাক্ষর ও তারিখ	পলিসির বর্তমান অবস্থা

৩. আপনি কি পলিসির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?	হ্যাঁ / না
---	------------

৪. আপনি কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য নিয়েছেন?	হ্যাঁ / না
---	------------

৫. ব্যাংক একাউন্টের বিস্তারিত

ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা:

ক) একাউন্টের ধরন: সঞ্চয়ী / চলতি

খ) একাউন্ট নং:		স্বাক্ষর নং:	
		মুদ্রিত নাম:	

যদি কোনো তথ্য বা ত্রুটি থাকে তখন সঠিক করে দিতে হবে।





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



৯০০ জাতীয়

নাম: রুনা আক্তার

Name: RUNA AKTHER

পিতা: বেদার মিয়া

মাতা: মনু আরা বেগম

Date of Birth: 15 Jan 1995

ID NO: 3318720343

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

ঠিকানা: বাসা/হোন্ডিং: ৫২৪, গ্রাম/রাস্তা: কলাতলি, রিজার্ভ হারবাং, ডাকঘর: হারবাং - ৪৬৪১, চকরিয়া, কক্সবাজার

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: O+ জন্মস্থান: কক্সবাজার

মুদ্রণ ০১

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ১৭/০১/২০২৩

