



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	ডা
-------------------------	--------------	----

এফ.এ ঘরানা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস:

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

3001

Gulshan

BM0000087

ইউনিট ম্যানেজারের কোড:

021313001

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম RABEYA AKTER

ঠিকানা: Kell-Ti Pordi Aminpur PS -
Sonargaon Dist-Narayanganj

টেলিফোন:

ই-মেইল:

অফিস:

মোবাইল নং:

01825686138

Saving and
Risk Cover

জাতীয়তা Bangladesh

জন্মস্থান: Narayanganj

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন

NID

জন্ম তারিখ

020111987

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

Same as above

২. (খ)

নমিনার পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

Nowhen Zaman

18

Daughter

নমিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাত

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারশি	খসড়াকার প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখ্যতনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাংক নং	
ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Service			NCO			
খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	Proshika						
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস		আপনি কি আয়কর প্রদান করেন		
	S.S.C	4 Lac	Service		হ্যাঁ / না		
					টিন নং:		
					ভোটার আইডি নং:		
৬.	সংশ্লিষ্ট 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।				50		
৮.	আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:				উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
	ক) বিলম্বিত/ অধীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত						
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত নিদ্রাস্ত						
৯.	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:		50				

h) Do you use or have you ever used		
(i) Alcoholic drinks		NO
(ii) Narcotics		NO
(iii) Any other drugs		NO
(iv) Tobacco in any form		NO
(i) What has been your usual state of health?		Yes
j) Have you ever required or at present availing / undergoing medical advice treatment or tests in connection with Hepatitis B or AIDS related condition?		NO
In non-medical cases, please state exact Height in Cms, and Weight in Kgs. (without shoes)	Height (in cms)	Weight (in Kgs)
	5'3	68

FOR FEMALE PROPONENT

Are you pregnant now?	Date of last delivery	Have you had any abortion or miscarriage or Cesarean Section? If so, give details
NO	25-01-2016	
Husband's full name	Nuruzzaman	
His Occupation	Business.	
His annual income	5 Lacs.	

Details of Husband's Insurance

Policy number	Insurance companies from where the previous policy/policies have been purchased with address (if previous policies are from LIC of Bangladesh Ltd. give name of branch / D.O)	Sum Assured	Table & Term	Present status of the policy

Have you understood fully the terms & conditions of the plan you propose to take?	Yes / No
Whether the terms & conditions of the proposed plan have been explained to you by the Agent?	Yes / No

/ Please provide the following information to help us to serve you better.

Bank Account details:

a) Type of Account-Saving / Current:

e) Name and Address of your bank:

b) Your Account No.:

c) 9 Digit MICR:

d) IFSC Code

Attach a photocopy or cancelled cheque with the form

DECLARATION BY THE POLICY HOLDER

I _____ the person whose life is herein being proposed to be assured, do hereby declare that the foregoing statements and answers have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information and I do hereby agree and declare that these statements and this declaration shall be the basis of the contract of assurance between me and the Life Insurance Corporation of Bangladesh Ltd. and that if any untrue averment be contained therein the said contract shall be death with as per provisions of IDRA Act.

Not with standing the provision of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any doctor, hospital and/or employer from divulging any knowledge or information about me concerning my health or employment on the grounds of secrecy. I my heirs, executors, administrators and assignees or any other person or persons, having interest of any kind whatsoever in the policy contract issued to me. hereby agree that such authority, having such knowledge or information, shall at any time be at liberty to divulge any such knowledge or information to the Corporation.

And I further agree that if after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt (i) any change in my occupation or any adverse circumstances connected with my financial position or the general health of myself or that of any members of my family occurs or (ii) if a proposal for assurance or an application for revival of a policy on my life made to any office of the Corporation has been withdrawn or dropped, deferred or accepted at an increased premium or subject to a lien or on terms other than as proposed I shall forthwith intimate the same to the Corporation in writing to reconsider the terms of acceptance or assurance. Any omission on my part to do so shall render this contract to be dealt with as per provisions of Act.

Dated at _____ on the _____ day of _____ 20 _____

Signature of Witness _____

Name _____

Occupation _____

Address _____

RABEYA AKTER

Signature or Thumb impression of the person
whose life proposed to be assured

Declaration by the person filling in the form (In case form is filled up / signed in a language different from that of the Proposal Form)

"I hereby declare that I have fully explained the above questions to the proposer and I have truthfully recorded the answers given by the proposer."

Name of the Declarant: _____

Address of the Declarant: _____

RABEYA AKTER

Signature

"I certify that the contents of the form and documents have been fully explained to me by
(Name, Designation, occupation) Mr. / Mrs. :
and I have understood the significance of the proposed contract.

Signature or thumb impression of the person
whose life proposed to be assured

In case the Proposer is illiterate, his/her thumb impression should be attested by a person of standing whose identity can easily be established, but unconnected with the Corporation and this declaration should be made by him.

"I hereby declare that I have fully explained the above questions and contents of the proposal form to the proposer/Life to be Assured in language and that the proposer/Life to be Assured has affixed his thumb impression above after fully understanding the contents thereof"

Name of the Declarant: _____

Address of the Declarant: _____

Signature

FOR MEDICAL CASES ONLY

"I certify that the Life Assured has signed/put his/her thumb impression in my presence after admitting that all the answers to Question Nos. 10 and onwards of this form have been correctly recorded

"I have not been suffered from COVID-19
disease or kept in quarantine period"

RABEYA AKTER

Signature by Policy Holder

Signature or Thumb impression of the proposed

N.B. Signature or thumb impression should be affixed in the presence of Medical Examiner.

(Signature of the Medical Examiner)



গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

(ব্যক্তির জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

১. বীমা পলিসির নাম / প্রেরণী :
পলিসি রেফারেন্স নং/পলিসি নং :

তারিখ:

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	Rabeya AKter	জন্ম তারিখ :	02/01/1987
পিতার নাম :	Abdur Rouf		
মাতার নাম :	Halima		
স্বামী/ স্ত্রীর নাম :	Nuruzzaman		
জাতীয়তা :	Bangladesh		
টেলিফোন (বাসা) :		টেলিফোন (অফিস) :	
মোবাইল :	01825686138	ফ্যাক্স :	
ইমেইল :			

৩. পরিচিতিপত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং : 1025097039
খ) পাসপোর্ট 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) :

কপি প্রতীক

হ্যাঁ	☒	না	☐
হ্যাঁ	☐	না	☐
হ্যাঁ	☐	না	☐
হ্যাঁ	☐	না	☐
হ্যাঁ	☐	না	☐
হ্যাঁ	☐	না	☐

[ক হতে গ নম্বর ক্রমিকে বর্ণিত দলিলাদি হতে আবশ্যিকভাবে যেকোন একটি দলিল প্রদান করতে হবে। তবে জন্ম নিবন্ধন সনদ প্রদানপূর্বক পলিসি খোলার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন সনদপত্রের অতিরিক্ত পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ অন্য যেকোন পরিচিতিপত্র প্রদান করতে হবে। আলোকচিত্রসহ পরিচিতিপত্র না থাকলে যে বিষয়ে বীমাকারীর সম্ভূতি স্বাপেক্ষে তাদের নিকট গ্রহণযোগ্য সমাজের গণ্যমান্য ব্যক্তি কর্তৃক প্রদত্ত পরিচয়ের প্রত্যয়নপত্র প্রদান করতে হবে। উক্ত পরিচিতিপত্র বা প্রত্যয়নপত্র পলিসি হোল্ডারের আলোকচিত্রসহ (আলোকচিত্রের উপরের পৃষ্ঠায় সত্যায়নসহ) হতে হবে। এছাড়া, প্রত্যেক বীমা প্রতিষ্ঠান যথাযথভাবে গ্রাহকের পরিচিতির বিষয়ে নিশ্চিত হওয়ার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠানের সম্ভূতি স্বাপেক্ষে উপরের ঘ হতে চ নম্বর ক্রমিকে বর্ণিত দলিলাদি সহ অতিরিক্ত আরো কোন দলিলাদি এবং এই ফরমে উল্লেখিত তথ্যাদির অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে।]

৪. স্থায়ী ঠিকানা :

Vill-Tipordi Aminpur Sonargaon
Dist-Narayangong

৫. আবাসিক/ বর্তমান ঠিকানা :

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত) :

Service

গণ্যমান্য ব্যক্তি বলতে সংসদ সদস্য, সিটি কর্পোরেশনের মেয়র, ডেপুটি মেয়র ও কাউন্সিলরগণ, জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের গেজেটেড কর্মকর্তা পাবলিক বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষক, উপজেলা পরিষদের চেয়ারম্যান ও ভাইস চেয়ারম্যান, ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান, পৌরসভার মেয়র ও পৌর কাউন্সিলরগণ, বেসরকারি বিশ্ববিদ্যালয়ের অধ্যাপক, বেসরকারি কলেজের অধ্যক্ষ, বেসরকারি উচ্চ বিদ্যালয়ের প্রধান শিক্ষক, জাতীয় দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, নোটারি পাবলিক, আধাসরকারি/স্বায়ত্তশাসিত/রপ্তানিকৃত সংস্থার জাতীয় বেতন স্কেলের ৭ম বা তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণ এবং বাংলাদেশ ব্যাংকের জাতীয় বেতন স্কেলের ৯ম ও তদুর্ধ্ব স্কেলের কর্মকর্তাগণকে বুঝাবে।

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়

সোনালগাঁও পৌরসভা

উপজেলা: সোনালগাঁও

জেলা: নারায়ণগঞ্জ, বাংলাদেশ।

জন্ম নিবন্ধন সনদ

[বিধি ৯ ও ১০ মতে]

(জন্ম নিবন্ধন বহি হতে উদ্ধৃত)

অনুমতি

স।

নিবন্ধন বহি নম্বর:

১৫

সদন স্থাপনের তারিখ: ১০/১

নিবন্ধনের তারিখ:

০৭/০৪/২০০৯

জন্ম নিবন্ধন নম্বর:

২	০	০	৯	৬	৭	২	০	৪	০	৩	০	৩	০	৩	৮	১
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

নাম:

নওরিন জামান

জন্ম তারিখ:

০১/০১/২০০৯

লিঙ্গ: নারী

কথার:

এক জানুয়ারি দুই হাজার নয়

সন্তানের ক্রম: ১

জন্মস্থান:

নারায়ণগঞ্জ

ধারী ঠিকানা:

০০৯৪-০০, ডিগবন্দী, আমিনপুর- ১৪৪০,

সোনালগাঁও পৌরসভা, সোনালগাঁও, নারায়ণগঞ্জ, ঢাকা বিভাগ

পিতার নাম:

নূরুজ্জামান

পিতার জন্ম নিবন্ধন নম্বর:

পিতার জাতীয়তা: বাংলাদেশ

পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:

মাতার নাম:

রাবেয়া আক্তার

মাতার জন্ম নিবন্ধন নম্বর:

মাতার জাতীয়তা: বাংলাদেশ

মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:



প্রকৃতকারীর স্বাক্ষর
কনিজ ফাতেমা
টিকাদানকারী

নিবন্ধকের স্বাক্ষর

নিবন্ধকের কার্যালয়ের নিম্নোক্ত স্থান: সোনালগাঁও পৌরসভা, নারায়ণগঞ্জ

মোঃ ইয়াছিন কবির
টিকাদান সুশাসন ইজারা
সোনালগাঁও পৌরসভা, নারায়ণগঞ্জ

মোঃ ৩
পৌঃ
সোনালগাঁও



রাবেয়া আক্তার

Name
RABEYA AKTER

পিতা
আব্দুর রউফ

হালিমা

Date of Birth 02 Jan 1987

NID No. **102 509 7039**



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: টিপরিদি, ডাকঘর: আমিনপুর -
১৪৪০, সোনারগাঁও, সোনারগাঁ পৌরসভা, নারায়ণগঞ্জ



Blood Group: O+

Place of Birth, **NARAYANGANJ**

Issue Date 09 Apr 2018

```
I<BGD102509703<98<<<<<<<<<<<<<<<<  
8701026F3304086BGD<<<<<<<<<<<<<4  
AKTER<<RABEYA<<'<<<<<<<<<<<<<<<<
```