



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:

প্রাপ্ত অফিস: B001 প্রাপ্ত ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: BM00000069
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: 01715565997

এফ.এ কোড নং: 02858 B001 লাইসেন্স নং: _____ মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ: _____

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং: _____
আমানতের পরিমাণ: _____
বি.ও.সি নং: _____
তারিখ: _____

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম SUMA MITRA
ঠিকানা: HOUSE NO 92/A R K MISSION ROAD MYMENSINGH SADA R MYMENSINGH কোড 2200

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01728483727

বীমার উদ্দেশ্য:
SAVING & RISK COVER

জাতীয়তা: BAKLADESHI

পিতার নাম: MYMENSINGH

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী) 38 বছর

২. (ক)

ছাড়া ঠিকানা

VILL TARAKANDA POST TARA KANDA PS TARAKANDA DIST MYMENSINGH কোড 2200

বয়স প্রমোদের সার্টিফিকেট ধরন NID CARD

জন্ম তারিখ

018051988

পিতার নাম: SUNIL MITRA

২. (খ)

নামিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
MIRINAL CHANDA HOUSE NO-92/A, R.K. MISSION ROAD MYMENSINGH, SADAR, MYMENSINGH-2200.	53 YEARS	HUSBAND	
নামিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাত
—	—	—	—

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারামি	খড়কাগীর প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অনুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখটিনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	809 06 YEARS	20,000/-					219,474/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাংক নং	
	SINGLE PREMIUM						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	PRIVATE TEACHING & LIC OF BANGLADESH LTD			PRIVATE TEACHING & INSURANCE MARKETING			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	LIC OF BANGLADESH LTD						
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস		আপনি কি আয়কর প্রদান করেন		
	14.5.12	300,000/-	SELF INCOME		হ্যাঁ / না		
					টিন নং:		
					ভোটার আইডি নং: 6880166052250		
৬.	N/A সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য N/A						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাক্ষরপ্রতীকার তারিখ	স্বাক্ষর প্রতীকার 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।						
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						
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:						

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমারামি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরুর তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনসোর্স আছে কি?	কিছু 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	74 YEARS	GOOD	59 YEARS	NORMAL
মা				
ভাই জীবিত.....	NIL	NIL		
মৃত.....				
বোন (1) জীবিত.....	29 YEARS	GOOD		
মৃত.....				
স্বামী/স্ত্রী	53 YEARS	GOOD		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে				
জীবিত..... (2) D-	18 YEARS (TWIN)	GOOD		
মৃত..... (3) S-	09 YEARS	GOOD		

১১.

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সপ্তাহের 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 কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	না	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	না	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোমরবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	না	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	না	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	না	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যাদি ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)		
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়			☒		
(২) মাদক			☒		
(৩) নেশা জাতীয় দ্রব্য			☒		
(৪) তামাক			☒		
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		☒			
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?			☒		
১২.	নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)		
		5'2"	65 kgs		
মহিলাদের ক্ষেত্রে					
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী? শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা			
	NO 31.12.2017				
১৩. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম	MRINAL CHANDA			
	পেশা	PRIVATE SERVICE			
	বার্ষিক আয়	720,000/-			
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।	প্রস্তাবিত টাকা	ছক ও টার্ম	পলিসির বর্তমান অবস্থা
	801005008	LIC OF BANGLADESH LTD	200000/-	801/104RS	
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:				
	ক) একাউন্টের ধরন : সঞ্চয়ী / চলতি				
	খ) একাউন্ট নং:				
	রাউটার নং:				
	সুইফট কোড:				
ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।					

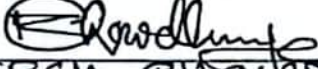
পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি 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 আইভিআরও 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 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 নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ: 11.10.2026 স্থান: MYMENSINGH

স্বাক্ষর: 
নাম: RASHED CHOWDHURY
পেশা: BM00000063
ঠিকানা: 19 NO, SWADSHAT BAZAR,
MYMENSINGH-2200

স্বাক্ষর

বীমাকারীর স্বাক্ষর

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

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, যাহা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

স্বাক্ষর

স্বাক্ষর /টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

 এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড LIC Bangladesh Ltd.		এজেন্সীর কোড		
		লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ		
		ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স		
		প্রশোজাল নং		
শাখা				
এফ.এ নাম এবং ঠিকানা SUMA MITRA, 19 NO, SWADESHI BAZAR, MYM.				
প্রস্তাবকের নাম		বয়স	প্রস্তাবিত টাকা	
বীমাকারীর নাম SUMA MITRA		38 YEARS	পেশা ও কাজের ধরণ PRIVATE TEACHING INSURANCE MARKETING	
১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন? খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি? গ) বীমাকারী শিক্ষাগত যোগ্যতা?		ক)..... SELF খ)..... SELF গ)..... H-S-E		
২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ ক) চাকুরী খ) ব্যবসা / পেশা গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত মোট বাৎসরিক আয়	প্রস্তাবক	পালিসির ধারক	মজুরা	
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 ইস্যুকৃত? I.T কৃত যাদের সরবরাহকৃত A/c. No./ Tin টিক আছে কি? ৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত? আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহনকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমন্বিত পূর্ণ? ৫) KYC/AML এর মান প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি? আপনি কি নিশ্চয়তা দিচ্ছেন যে বীমা গ্রহনকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?				
৩. ক) বীমাগ্রহনকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি? খ) বীমাগ্রহনকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, শ্রবণ 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 গৃহীত বীমাটি অর্থীকৃত/বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?		হ্যাঁ ☒ না ☐		
৬. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত? তাঁর কোন অভ্যাস কি গৃহীত বীমার ঝুঁকির কারণ হতে পারে?		হ্যাঁ ☐ না ☒		
৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে সনাক্তকরণ চিহ্ন শারীরিক পরিমাপ: (সে.মি) (কেজি) (সে.মি) (সে.মি) (সে.মি) উচ্চতা ওজন পেটের ঘের হাস ত্যাগ হাস গ্রহন				
৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্ক অবহিত করিয়াছেন?				
আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি। তারিখ 11.10.2026 MYMENSUNG এফ.এ এর স্বাক্ষর সুমা মিত্র CODR NO: 028583001				
(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা প্রস্তুত)		(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা প্রস্তুত)		
আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞান বলে ঘোষণা করছি। তারিখ 11.10.2026 MYMENSUNG নাম ও পদবী TAPAN KUMAR DUTTA পূর্ণ স্বাক্ষর তপন কুমার দত্ত UM000543		আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞান বলে ঘোষণা করছি। তারিখ 11.10.2026 MYMENSUNG নাম ও পদবী RATISH CHOWDHURY পূর্ণ স্বাক্ষর Ratish Chowdhury BM0000069		

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



নাম
সোমা মিত্র
Name
SUMA MITRA
পিতা
সুপা মিত্র
মাতা
মুনাল চন্দ্র
Date of Birth 08 May 1988
NID No. 688 166 5225



সুমা মিত্র

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ থানা অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।	
ঠিকানা: বাসা/হোজিং: ৯২নং, গ্রাম/রাজ: আর.কে মিশন রোড, ডাকঘর: ময়মনসিংহ - ২২০০, ময়মনসিংহ সদর, ময়মনসিংহ পৌরসভা, ময়মনসিংহ	
রক্তের গ্রুপ / Blood Group: A+	
প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর	প্রদানের তারিখ: ১১/১০/২০১৭
	