



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:

ব্রাঞ্চ অফিস: Chattogram Agrabad

০০০০১০৭
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

০১৬১০৭৪৩৭৩৬

BM# ০০০০১০৭

UM# ০০০০৫৯৩

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: RUBAL MOZAMDER

এফ.এ কোড নং: 03169 B007

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

১ পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম LAXMI GHOSH
ঠিকানা 40 K SREMONTO MOHAJONER BA
R2 VILL+TESHORY POPATAN
IKOTA PS+ANOWAKA কোড ৫১০

টেলিফোন:

ই-মেইল:

অফিস:

মোবাইল নং:

০১৮৩৭৫৮৬৩৯৩

Sariya's &
বীমার উদ্দেশ্য:

Risk cover

জাতীয়তা: Bangladeshi

জন্মস্থান: Chattogram

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
29 বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন

NID

জন্ম তারিখ

13101997

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

Dh
কোড

পিতার নাম: DILIP GHOSH

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

RUBAL MOZAMDER

38

HUSBAND

নামিনি যদি অগ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক



পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	গ্রাহক পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমাবরণ	জটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	মুখ্যতমার গ্রাহক টাকার সুবিধা	পলিসি শুদ্ধতার তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহীত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আপনার পলিসি টা এখানে ইনকোর্পো আছে কি?	কিছু সেবার শেষ সময়
						N/A					

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	60	Good	—	—
মা	55	Good	—	—
ভাই জীবিত 1	33	Good	—	—
বোন জীবিত NO	—	—	—	—
স্বামী/স্ত্রী	38	Good	—	—
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত 2-SON	6, 1RS 1-1RS	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?	NO	
খ) আপনি কি কোনো হাসপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	NO	
গ) বিগত পাঁচ বছরে অসুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	NO	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেস্ট্রিন বা নার্ভের সমস্যাতে ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার, পৃথি, কোমপৃথি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক দ্রুতি বা অক্ষমতা আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন মুখ্যতমজনিত আঘাত আছে?	NO	

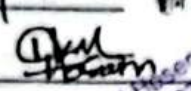
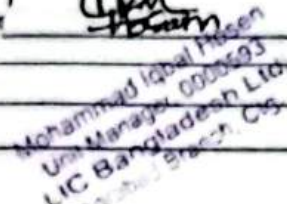
ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (চিহ্ন দিন)	না (চিহ্ন দিন)	
(১) আলকোহল জাতীয় পানীয়			✓	
(২) ছানক			✓	
(৩) নেশা জাতীয় দ্রব্য			✓	
(৪) তামাক			✓	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		GOOD	✓	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?			✓	
১২.	মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)	
মহিলাদের ক্ষেত্রে				
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা	
	NO	30/10/2025	NO	
১৩. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম		RUBAL MOZAMBER	
	পেশা		DIUP MOZAMBER	
	বার্ষিক আয়		২৬০০০০৮	
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
807003125	LIC AGRABAD	1273		In Force
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।			

পলিসিপ্রদানকৃত দ্বারা ঘোষণা

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ভিত্তি হয়ে থাকে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রাপ্ত তথ্য আমার কাছে এই সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিপ্রদানের সাথে সন্মতি প্রদান করছি যা আমার এবং এল আই সি অফ বাংলাদেশ সিটিজেনশিপের সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার নেতা কোন তথ্য যদি আসল প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরএ এর আইন অনুযায়ী চুক্তিভঙ্গি হতে পারে বলে ঘোষণা করছি।

আমার স্বাক্ষর পরীক্ষার বিনোদী এবং পেশা সম্পর্কিত সকল তথ্য সঠিক এবং নির্ভুল, এই মর্মে সকল আইন এবং নিয়ম মান্য করেছি, এবং কোনো ক্ষতি হতে কোন দাবী কোন ক্ষতিয়া তথ্য প্রদান করা হয় নি।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রমাণ জমা দেয়ার পূর্বে চেষ্টা করব, প্রথম প্রমাণ জমা করার পরে আমার সাময়িক, পরিকল্পিত ও পেশাগত কোন পরিকল্পনা সাবিত হবার কারণে নয় মাত্র পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনঃপ্রদানের /প্রত্যাহার/ বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ: 15/11/20
স্থান: 
স্বাক্ষর: 
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____


Laxmi Ghosh

স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত বৃদ্ধে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি।
নাম: _____
ঠিকানা: _____

Laxmi Ghosh

স্বাক্ষর

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

স্বাক্ষর অনুরূপ বৃদ্ধাভিলি হ্রাপ

২. নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের ফেরে বৃদ্ধাভিলি হ্রাপ সত্যায়িত করতে হবে।

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত বৃদ্ধে সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি।

সত্যায়নকারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ফেরে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, প্রাপ্ত আমার সমস্ত সন্তানে সমস্ত প্রাপ্তের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছি, যা যা নিম্নলিখিত রয়েছে।

Laxmi Ghosh

স্বাক্ষর প্রাপ্ত

প্রতিদানের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অনুরূপ বৃদ্ধাভিলি হ্রাপ প্রাপ্তের এর সত্যায়িত প্রদান করতে হবে।



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড

0000107

লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ

ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স

0000593

প্রপোজাল নং

শাখা

AGRABAD

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা **RUBAL MOZAMDER**

প্রস্তাবকের নাম **LAXMI GHOSH**

বয়স **29**

প্রস্তাবিত টাকা

বীমাকারীর নাম **LAXMI GHOSH**

বয়স **29**

পেশা ও কাজের
ধরণ

১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন?
খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি?
গ) বীমাকারী শিক্ষাগত যোগ্যতা?

ক) **YES** **7 YRS**
খ) **YES**
গ) **B.A**

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ

ক) চাকুরী

খ) ব্যবসা / পেশা

গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত

মোট বাৎসরিক আয়

প্রস্তাবক

পলিসির ধারক

মন্তব্য

2400000/-
2400000/-

Good

১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার ঘরোয়া 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 ঠিক আছে কি?

৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত?

আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহনকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমস্ত 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?

N/A

YES

YES

YES

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/অস্বীকৃত/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 করিয়েছেন?

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।

তারিখ **13/10/24** স্থান **CH**

এফ.এ এর স্বাক্ষর **RUBAL**

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা পূরণকৃত)

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং

নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি

তারিখ **13/10/24** স্থান **CH**

নাম ও পদবী

পূর্ণ স্বাক্ষর

Mohammad Iqbal Hosen
Unit Manager: 0000593
LIC Bangladesh Ltd.
Agrabad Branch

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এ

নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি

তারিখ **13/10/24** স্থান **CH**

নাম ও পদবী

পূর্ণ স্বাক্ষর

Mohammad Azam Uddin
Branch Manager
Agrabad Branch
LIC Bangladesh Ltd.



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



রুবাল মজুমদার

নাম: রুবেল মজুমদার
Name: Rubal Mozamder
পিতা: মৃত দিলীপ মজুমদার
মাতা: রেনু বানা মজুমদার
Date of Birth: 24 Aug 1988
ID NO: 19881510485000009

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

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: শ্রীমন্ত মহাজনের বাড়ী, গ্রাম/রাস্তা: চিশুরা, ডাকঘর:
পাটখীকোঠা - ৪৩৭৭, আনোয়ারা, চট্টগ্রাম

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ২০১০

