

नाथ

নিশাকর চন্দ্র রায়

Name _____

NISHARU CHANDRA ROY

ਜਿਭ

শ্রী মঙ্গল চন্দ্র রায়

माता

মিলনি বালা

Date of Birth 16 May 1972

NID No. **101 956 9340**



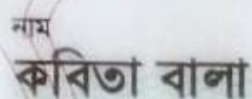
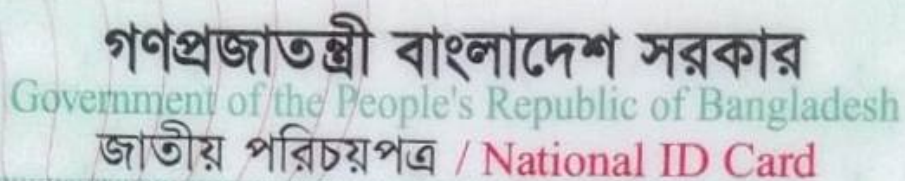
ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: চক বিষ্ণুপুর, ডাকঘর: বিরল -
৫২১০, বিরল, দিনাজপুর

Blood Group:

Place of Birth: **DINAJPUR**

Issue Date: 11 May 2018

I<BGD101956934<08<<<<<<<<<<<<
7205169M3305108BGD<<<<<<<<<<<<8
ROY<<NISHARU<CHANDRA<<<<<<<<<<



Name _____

KOBITA BALA

শিতা

শ্রী প্রফুল্ল চন্দ্র রায়

माता

পেচো বালা

Date of Birth 09 May 1977

NID No. **418 911 0739**



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: চক বিষ্ণুপুর, ডাকঘর: বিরল - ৫২১০, বিরল, দিনাজপুর

Blood Group:

Place of Birth: **DINAJPUR**

Issue Date: 07 Feb 2018

I<BGD418911073<93<<<<<<<<<<<<
7705094F3302060BGD<<<<<<<<<<<<2
BALA<<KOBITA<<<<<<<<<<<<<<<<<

 LIC (Established by the Life Insurance Corporation IDRA Act, 2010) MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT		F. No. LIC 03-001 ANNEXURE-1	
		Branch Name: <u>Rangpur</u>	
		Proposal No./Policy No: <u>202600</u>	
		From Medical Register:	
1. Full Name of the Life to be Examined <u>Nisharu Chandra Roy</u>		Case No.	Month Year
2. Age: <u>4</u>	Sex: <u>Male</u>	Identification Marks:	
3. Introducer's Name & Designation :		Introducer's Signature:	
4. Height (cms.): <u>165</u>	Weight (kgs): <u>67</u>	Girth of Abdomen (cms.) (over navel) <u>78</u>	
Chest (cms) : <u>82</u> (over nipple)	Full Expiration (cms.): <u>80</u>	Full Inspiration (cms) : <u>82</u>	
Pulse Rate p.m <u>80</u>	Blood Pressure	Systolic	Diastolic
	1 st Reading	<u>120</u>	
	2 nd Reading	<u>80</u>	
<i>If answer/s to any of the following question is 'Yes' please give full details and ask L.A to submit relevant documents with proposal form.</i>			
5. Ascertain from the L.A. whether at any time in the past he/she.	<u>No</u>		
(a) was hospitalised.			
(b) was operated.			
(c) met with accident.			
(d) has undergone any Bio-chemical, Radiological, Cardio logical or other test.			
(e) Is currently under any treatment.			
6. Is there any abnormality observed on examination of Eyes (partial/total blindness), Ears (deafness), Nose, Throat or Mouth or any physical impairment	<u>No</u>		
7. Is there any externally visible swelling of lymph glands, joints or other organs.	<u>No</u>		
8. Are there any symptoms and/or signs suggestive of abnormality of	<u>No</u>		
(a) Cardiovascular system			
(b) Respiratory system			
(c) Central or peripheral nervous system			
(d) Abdomen or pelvis			
(e) Musculoskeletal System including spinal disorder			
(f) Genitourinary System			

9.	Is there evidence of enlargement of liver or spleen?	NO
10.	Is Hernia present?	NO
11.	Is there any evidence of operation, if so state?	NO
(a)	Date of operation	
(b)	Nature & cause	
(c)	Location, Size & condition of scar	
(d)	Degree of impairment	
12.	Is there any evidence of injury due to accident or otherwise?	NO
(a)	Date of Injury	
(b)	Nature of Injury	
(c)	Degree of Impairment	
(d)	Duration of unconsciousness, if any	
13.	Are there any other adverse features in habit or health, past or present, which you consider relevant if so, give details.	NO
14.	For Female only:	NO
(a)	Is there any disease of the breasts?	
(b)	Do you suspect any disease of uterus, cervix or ovaries?	
(c)	Is there any evidence of pregnancy, if so give duration.	
15.	On examination whether he/she appears mentally and physically healthy?	yes

I hereby certify that I have, this day, examined the above life to be assured personally, in private, and recorded in my own hand (i) the true and correct findings (ii) the answers to Question No.5 as ascertained from the person examined.

I declare that the person examined signed (affixed his/her thumbs impression) in the space earmarked below, in my presence and that I am not related to him/her or the Agent.

Dated at..... on the day of 20.....at a.m/p.m

Signature of the L.A

Signature of the Medical Examiner

এমবিবিএস (স্বয়ংক্রিয়)
বিএমডিপি রেজি: নং-১৩৪৩৩৮
রেজিস্ট্রার ডিস্ট্রিক্ট জেনারেল প্রাকটিশনার

Name & Address:.....

Qualification:.....M.B.B.S

Code No.....

Limit.....

২৭ = ৩,২৫০/-



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:	প্রপোজাল নং:
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:	আমানতের পরিমাণ:
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:	বি.ও.সি নং:
এফ.এ. কোড নং:	তারিখ:
032478011	
লাইসেন্স নং:	
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	Savings and Protection বীমার উদ্দেশ্যে জাতীয়তা: <i>Bangladeshi</i> জন্মস্থান: <i>Dinajpur</i> লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒ বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী) <i>54</i> বছর বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন NID জন্ম তারিখ <i>16/05/1972</i>
নাম <i>NISHARU CHANDRA ROY</i>	
ঠিকানা: <i>CHOK-BISNAPUR, BIROL, BIR</i>	
<i>OL, DINAJPUR</i>	
কোড <i>5210</i>	
টেলিফোন:	
ই-মেইল:	
অফিস:	
মোবাইল নং: <i>01707375069</i>	
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা	
কোড	
পিতার নাম: <i>SREE MANGOLU CHANDRA ROY</i>	

২. (খ) নমিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
<i>KOBITA BALA</i>	<i>49</i>	<i>Wife</i>
নমিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
		স্থলাভিষিক্ত



৩.

পরিচয়না ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারামি	বছরকারী প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
815 12	1,41,100/-		Yes	Yes		17,700/-

মোড (বাহ্যসরিক/ অর্ধবাহ্যসরিক/ ট্রেমাসিক/ মাসিক)

রাজ্য নং

Yearly

৪. (ক)

বর্তমান পেশা

পদবী/ কাজের প্রকৃতি

Agriculture.

Farmer.

৪. (খ)

প্রতিষ্ঠানের নাম

কতদিন যাবত চাকুরী করছেন

৫.

শিক্ষণত যোগ্যতা

বাহ্যসরিক আয়

আয়ের উৎস

আপনি কি আয়কর প্রদান করেন

P.S.C.

1,50,000/-

হ্যাঁ / নো

টিন নং:

ভোটার আইডি নং: 10109569340

৬.

সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য

বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় অনুপযোগী ঘোষণা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন

৭.

আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে
তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।

No

৮.

(ক)

আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:

উত্তর
হ্যাঁ / নাহ্যাঁ হলে বিস্তারিত
বর্ণনা দিন

ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত

N/A

খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম

No

গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত

No

৮.

(খ)

আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন
বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি?
করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:

No

০৯.

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমার আশি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার হাত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরু তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিছু সেবার 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	—	Death	52	Stroke
মা	—	Death	58	Normal
ভাই				
জীবিত... 1	52	Good		
মৃত				
বোন				
জীবিত... 2	58	Good		
মৃত	56	Good		
স্বামী/স্ত্রী	1	Good		
সন্তান: ছেলে/মেয়ে				
জীবিত... boy 1	32	Good		
মৃত	30	Good		
girl 1				

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 কখনো 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, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	No	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোমরবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	No	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ক্রটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	No	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	No	

পলিসিমাছক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাকে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রশ্ন তিক তাতে বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি পোষণ করছি যা আমার এবং এল আই সি অব বাংলাদেশ পলিসিমাছকের সাথে চুক্তির মূল ভিত্তি। এবং আমার দেয়া কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমানিত 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 সময়মত জিমিয়াম জমা দেয়ার পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম জিমিয়াম জমা করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারনে নময় মত পলিসির জিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনঃজীবিত/প্রত্যাহার/বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট জিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত জিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ: _____ স্থান: _____

স্বাক্ষর _____
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____

নিজস্ব

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

নিজস্ব

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: _____

নিজস্ব

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 বা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

নিজস্ব

স্বাক্ষর/টিপসহি

ডিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।