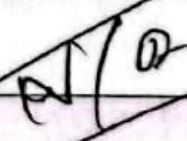


পলিসী নং	পলিসী বিভাগ	পলিসী প্রকার	পলিসী প্রকার	পলিসী প্রকার	পলিসী প্রকার	পলিসী প্রকার
৩৬ ৪৫						২৫০০৮
মোত (বাসস/বাসস/বাসস/বাসস/বাসস/বাসস)						বাসস নং
MONTHLY						
বর্তমান পেশা			পলিসী/কাজের প্রকৃতি			
BUSINESS			PROPIETOR			
প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন বাবত চাকুরী করছেন			
			০৫ YRS			
শিক্ষণত যোগ্যতা	বাসস/বাসস	আয়ের উৎস	অপনি কি আয়ের প্রদান করেন			
SSC	৪০০,০০০	BUSINESS	হ্যাঁ/না			
		Share	টিন নং:			
			ভোটার আইডি নং:			
সমস্ত বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
বিভাগ/প্রতিষ্ঠানের নাম	পলিসী	শেষ স্বাক্ষর/পরিচয়	স্বাক্ষর/পরিচয়	কখনো কি আপনাকে স্বাক্ষর/পরিচয় অনুপযোগী মনে করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন		
অপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসী গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						
						
আপনার পূর্বের পলিসী ত্যাগ করার কারণ				উত্তর	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
				হ্যাঁ/না		
ক) বিলম্বিত/অধীকৃত/বন্ধ/পূর্ণিত						
খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম						
গ) প্রত্যাখ্যান ও পূর্ণিত সিদ্ধান্ত						
অপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসী গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।						

আপনার পূর্বের গৃহিত ইমার বিরহন দিন

কসিসি নং	ইমার কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও মীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন হাইডার ইমারেশন	জটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	মুখ্যনির্মাণ প্রাঙ্গণ টাকার সুবিধা	পলিসি চুক্তির তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আপনার পলিসি টী এখানে ইনসুরেন্স আছে কি?	কিছু সেবার শেষ সময়

৩ বছরের মধ্যে পলিসি বন্ধ হলে কর্পোরেশন কোন নতুন প্রস্তাব পরে ফরম ইস্যু করবে না।

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাভাবিক অবস্থা	মৃত্যুর সময়ের বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	৫০	০৭/০০/০৭		
মা	৫৫	০৭/০০/০৭		
ভাই জীবিত	—	—	—	—
মৃত	—	—	—	—
বোন জীবিত	১৮	০৭/০০/০৭		
মৃত	১৬	—	—	—
স্বামী/স্ত্রী	—	—	—	—
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত	—	—	—	—
মৃত	—	—	—	—

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 কর্মক্ষেত্রে অনুপস্থিত ছিলেন?	না	
ঘ) আপনি কি সিঁড়ার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	না	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, কোলেস্ট্রল, কৃমি, কোমলতা, কৃমি রোগে ভুগছেন?	না	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক ত্রুটি বা অস্বাভাবিকতা আছে?	না	
ছ) আপনার কি কোন মুখনির্মাণজনিত আঘাত আছে?	না	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (চিহ্ন দিন)	না (চিহ্ন দিন)
(১) আলকোহল জাতীয় পানীয়		NO	
(২) মাদক		NO	
(৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য		NO	
(৪) তামাক		NO	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		67000	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		NO	
নন-মেডিকেল কেন্সের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।		উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
		162	62kg
মহিলানের ক্ষেত্রে			
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা
১৩. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম		
	পেশা		
	বার্ষিক আয়		
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।	প্রদত্ত টাকা	বয়স ও উম্ম
			পলিসির বর্তমান অবস্থা
১৪.	আপনি কি পলিসির লার্ড 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 সঠিক 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 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 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 নিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 13/10/16 স্থান eb

স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর
নাম Mohammed Azam Uddin
পেশা Branch Manager
ঠিকানা Ag. in Branch
LIC Bangladesh Ltd.

Hasan

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

Hasan

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।

স্বাক্ষর /টিপসহি

ট্রিকিংসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

3

பாஸ்பர்ட் / PASSPORT No.

EK 0910075



Rowshon Ara Polly
First Secretary
Bangladesh Embassy
Muscat

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ People's Republic of Bangladesh

পাসপোর্ট নং / Passport No.
EK0910075

MOHAMMED HASAN



P<BGD HASAN<<MOHAMMED<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
EK09100750BGD0012304M2709204<<<<<<<<<<<<<06



মোহাম্মদ আবদুল হাদী

Name _____

MOHAMMAD ABDUL HADI

শিতা

কবির আহমেদ

ਸ਼ਾਂਤੀ

জাহানারা বেগম

Date of Birth 01 Jan 1997

NID No

375 992 7217

ডাঃ আব্দুল হাদি

[illegible]

Abuse Group

Place of Birth: CHITTAGONG

Issue Date: 06 Sep 2000

I<BGD375992721<74<<<<<<<<<<<<<<<
9701012M3509043BGD<<<<<<<<<<<<<<2
HADI<<MOHAMMAD<ABDUL<<<<<<<<<<<