



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(গ্রাহক ব্যক্তিদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস:

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

52

ইউনিট ম্যানেজারের কোড:

224

অফিস ব্যবহারের:

প্রশোধন নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

এফ.এ কোড নং: **SULTANA FAHMIDA #1163**

পাইসেল নং:

সেফাউটর তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: **MONIR HOSEN**

ঠিকানা: **SHIRAJ TAILOR BARI, VILL-KHAGORIYA**

PO-KHAGORIYA, PS-LAKSHMI PUR SADAR

LAKSHMI PUR কোড **3705**

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

01979557603

বীমার উদ্দেশ্য:

জাতীয়তা: **BANGLADESHI**

জন্মস্থান: **LAKSHMI PUR**

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আগন্ত জন্মদিন অনুযায়ী)
বছর

বয়স প্রদানের সার্টিফিকেট ধরন
NID

জন্ম তারিখ

115091994

২. (ক)

স্বামী/স্ত্রী

AS ABOYI

কোড

পিতার নাম:

MONIR

SHIRAJUL ISLAM

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

IFRAT JAHAN

21

WIFE

নামনির যদি অগ্রাধিকার বয়স হয় তাহলে তার স্থানান্তরিত ব্যক্তি নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক

হ্যাঁ

N/A



৩.	পরিকল্পনা ও খরচ	প্রস্তাবিত বীমায়োজি	বর্তমানের প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	অটম অনুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখুতিনায় কোন সুবিধা সেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমান
	809 & 672	10000/-			10000/-		97281/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	SIN.						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	BUSINESS						
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	HSE	600000/-		হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: 4171803184			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিস্তারিত/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	সেবা/সাহায্যপত্রীকৃত তারিখ	সাহায্য পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে সাহায্য পরীক্ষায় অনুশযোগী মোখনা 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 হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন	
					হ্যাঁ / না		
	ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত				No		
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম				No		
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত				No		
৯.	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:			No			

আপনার পূর্বের গৃহিত বীমার বিবরণ দিন

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	হক ও মীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইটার বীমারাপি	জটিল অনুস্থতার টাকার পরিমাণ	মুখটমার খাত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরু তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রত্যাখিত	ডিক্লিন্সে জনিত কিনা	আপনার পলিসি টি এখনো ইনফোর্স আছে কি?	কিছু দেবার শেষ সময়

৩ বছরের মধ্যে পলিসি বন্ধ হলে কন্সলিগেশন কোন নতুন প্রজ্ঞাব পর ফরম ইলু্য করবে না।

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা			52	Sickness
মা	55	Good		
ভাই জীবিত.....3	36, 26,	Good		
মৃত.....	48			
বোন জীবিত.....5	34, 32	Good		
মৃত.....	28, 24, 22			
স্বামী/স্ত্রী	21	Good		
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 ডিক্লিন্সে গ্রহন করেছেন?	NO	
খ) আপনি কি কখনো হানপাতাল/ক্লিনিকে সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা অস্ত্রোপচার করেছেন?	NO	
গ) বিগত, পাঁচ বছরে অনুস্থতা জনিত কারণে আপনি কি কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	NO	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাতথলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোমবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অস্বিকৃতি আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন মুখটনারজনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত স্রাবগুলো ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়	NO	
(২) মাদক	NO	
(৩) নেশা জাতীয় স্রাব	NO	
(৪) ডায়াব	NO	
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	Good	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?	NO	
১২. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
	5' 7"	68 Kg

মহিলাদের ক্ষেত্রে

১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষে সন্তান গ্রহণের সময়	আপনার গর্ভগাত/সিআরিয়ান ইতিহাস থাকলে বিবরণিত করুন
	N/A		

১৩. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম	N/A
	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	ছক ও টার্ম	পলিসির বর্তমান অবস্থা

১৪.	আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?	হ্যাঁ / না
১৫.	আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?	হ্যাঁ / না

১৬.	ব্যাংক একাউন্টের বিবরণিত	
	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 বিবৃত যে চুক্তির ত্রুটি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রাপ্ত তথ্যে বৃদ্ধি 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 ত্রুটি। 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 কারণে 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 30/4/2026 স্থান Comilla

স্বাক্ষর _____
নাম _____
পেশা #1163
ঠিকানা _____

✓ প্রিন্সিপ্যাল
ব্রাহ্মণদেবী স্বাক্ষর

১.

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

স্বাক্ষর
স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগলির ছাপ

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত
নাম: _____
পদবী: _____

২. নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাংগলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।
আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত বৃদ্ধি সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি

সত্যায়নকারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, গ্রাহক আমার সত্বরে সন্ধানে সমস্ত প্রাপ্ত সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যা যা নিম্নলিখিত রয়েছে।

✓ প্রিন্সিপ্যাল
স্বাক্ষর /টিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগলির ছাপ ডাকার এর সত্বরে প্রদান করতে হবে।



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Government of the People's Republic of Bangladesh

National ID Card / জাতীয় পরিচয় পত্র



ইফরাত

নাম: ইফরাত জাহান

Name: IFRAT JAHAN

পিতা: গোলাম ফারুক

মাতা: ফারহানা আক্তার

Date of Birth: 20 Jul 2005

ID NO: 6469113705

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যতীত অন্য কোথাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: মিয়াজী বাড়ি, গ্রাম/রাস্তা: সাহারপাড়, ডাকঘর: রহিমানগর -
৩৬৩২, কচুয়া, চাঁদপুর

রক্তের গ্রুপ / Blood Group: **A+** জন্মস্থান: চাঁদপুর

মুদ্রণ: ০১



প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর

প্রদানের তারিখ: ১৮/১২/২০২৩

