



লাইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
; Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল

ইনওয়ার্ড নং

তারিখ

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:

ব্রাঞ্চ অফিস:

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: UM0000563

এফ.এ কোড নং:

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

022613003
A21M

১) পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম SHAHIN AKTER

ঠিকানা: AYUB ALI MUNSIR BARI,
KHULIFA PARA, DOKKHIN CHAND
GAON, CHAND GAON, CTG কোড ৭২১২

টেলিফোন:

ই-মেইল:

অফিস:

মোবাইল নং: 01823734154

বীমার উদ্দেশ্য: SAVINGS
& RISK COVER

জাতীয়তা: BANGLADESH

জন্মস্থান: CTG

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
39 বছর

ক)

স্থায়ী ঠিকানা

GAME AS ABOVE

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন

NID

জন্ম তারিখ

21/01/1988

খ)

পিতার নাম: MD. SAYED

নামনিব পূর্ণ নাম ও ঠিকানা

বয়স

স

ABDUL KADER

44

HUSBAN

নামনিব যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা

বয়স

সম্পর্ক



৩.	পরিচয়না ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারশি	খন্ডকালীর প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অনুস্থতার প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমান
	815/9	180815/2	-	YES 90,000/2	NO	-	25,000/2
	মোট (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)						ব্যাজ নং
	YEARLY						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	PRIVATE TEACHER			TEACHING			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	HOME TUTOR			10Y			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	H.S.C	10,00,000/-	SALARY 8 HUSBAND INCOME	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং:			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাস্থ্যপরীক্ষার তারিখ	স্বাস্থ্য পরীক্ষার 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।					NO	
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:						

পলিসি নং	শীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নির্দিষ্ট টাকা	টার্ম ইন বাইতার শীমারশি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার হান্স টাকার সুবিধা	পলিসি তত্ত্বের তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	ডিক্লারেশন জমিত কিনা	আগের পলিসি টী এখানে ইনফোর্স আছে কি?	কিছু সেবার শেষ সময়
803001220											

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	55	-	56	ROAD A-ACCIDENT
মা				
ভাই জীবিত.....০১..... মৃত	19			
বোন জীবিত.....০১..... মৃত	37			
স্বামী/স্ত্রী				
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত..... মৃত	D-15 S-12			

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, প্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	No	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার, কৃচ্ছ, কোমর্পুজি, কৃচ্ছ রোগে ভুগছেন?	No	
চ) আপনার কি কোন শারীরিক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	No	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	No	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত সুরাগুলো ব্যবহার করেছেন।	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) আলকোহল জাতীয় পানীয়		✓
(২) ছাদক		✓
(৩) নেশা জাতীয় সুরা		✓
(৪) তামাক		✓
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?	6500D	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইটিস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		
১২. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
	161	58

মহিলাদের ক্ষেত্রে

১. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান প্রসবের সময়	আপনার গর্ভপাত/সিজারিয়ান ইতিহাস থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা
		28/09/2014	

১. (খ)	স্বামীর পূর্ণ নাম	
	পেশা	
	বার্ষিক আয়	

৩. (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	ডাক ও টার্ম	পলিসির বর্তমান অবস্থা

১৪.	আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?	হ্যাঁ / না
-----	--	------------

১৫.	আপনাকে কি একেই পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?	হ্যাঁ / না
-----	--	------------

১৬.	ব্যাংক একাউন্টের বিস্তারিত	
	ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা: _____	
	ক) একাউন্টের ধরন: সঞ্চয়ী / চলতি	
	খ) একাউন্ট নং:	ব্যাংকের নং:
		সুইফট কোড:
	ফটোকপি অথবা বাতিলকৃত চেক সংযুক্ত হবে / করতে হবে।	

পলিমিয়ারক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সন্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ক্রটি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল গ্রন্থ তিক ভাবে বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সন্মতি পোষণ করছি যা আমার এবং এল আই সি অর বাংলাদেশ সিমেন্টের সাথে চুক্তির মূল ক্রটি। এবং আমার দেয়া কোন তথ্য যদি অসত্য প্রমাণিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিগত দায়িত্ব পালন করা হবে।

আমার স্বাস্থ্য পরীক্ষার রিপোর্ট এবং পেশা সম্পর্কিত সকল তথ্য সঠিক এবং নির্ভুল, এই মর্মে সকল আইন এবং নিয়ম মানা হয়েছে, এবং কারো ক্ষতি হতে জোরপূর্বক কোন মিথ্যা তথ্য আদায় করা হয় নি।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত গ্রন্থ জরিপ করার পূর্ণ চেষ্টা করব, প্রথম জরিপের সময় করার পরে আমার সামাজিক, পারিবারিক ও পেশাগত কোন পরিবর্তন সাধিত হবার কারণে মধ্য মত পলিসির জরিপের মাধ্যমে প্রমাণ করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনঃপরীক্ষিত /হস্তান্তর/বিস্তারিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট জরিপের সময় দিয়ে বর্ধিত জরিপের সময় দিয়ে রাখা থাকবে।

তারিখ: _____ স্থান: _____

স্বাক্ষর: _____
নাম: _____
পেশা: _____
ঠিকানা: _____

আইন সাক্ষর

সাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____
পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

২. নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

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

সত্যায়নকারীর নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

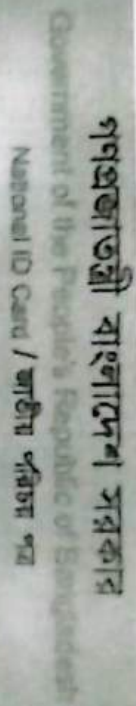
মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, গ্রাহক আমার পক্ষের সজ্ঞানে সমস্ত গ্রন্থের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যাচা নিশ্চিত রয়েছে।

স্বাক্ষর /সিগনেচার

ডিক্লারেশনের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ ডাকাত এর সন্মুখ প্রদান করতে হবে।



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

नादः नादिन आकृता

Name: **Shahin Akter**

ସିଦ୍ଧା: ଯୋ: ଟିକିଆ

মাতা: শ্রীমতী

Date of Birth: 21 Jan 1988

ID NO: 4160227278



1994

[illegible]

ବିଜ୍ଞାନ ସମୟକ: ସାହିତ୍ୟ ସମୀକ୍ଷା, ସମ୍ପାଦକ: ଶ୍ରୀମତୀ ଲକ୍ଷ୍ମୀ
 ମହାପାତ୍ର, ପ୍ରକାଶନାଳୟ: ଶ୍ରୀମତୀ ଲକ୍ଷ୍ମୀ ମହାପାତ୍ର, କଟକ - ୭୫୧୦୦୧.
 ବିଜ୍ଞାନ, ଶ୍ରୀମତୀ ଲକ୍ଷ୍ମୀ ମହାପାତ୍ର, କଟକ - ୭୫୧୦୦୧.

ආරක්ෂක සේවා / Blood Group:	රුහුණ / Rh Factor:
--	------------------------------------

[illegible]

ଆମାଲେନ୍ଦ୍ର ତାରିଖ: ୦୩.୦୩.୨୦୨୧



PERSONAL DATA AND MEDICINE CONTAIN

04 053550

MD IQBAL AKTAR

Counsellor (Passport & Visa)
Embassy of Bangladesh

EM 0635450

PASSPORT

P BGD

E140635450

スロウ

ABDUL

BANGLADESH

19820004141033735

12 MAR 1982

EH0255493

M CHATTOGRAM

15 MAY 2024

DIP / DHIKA

14 MAY 2029

[illegible]