



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:

AGRAHABAD

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: UM0000547

এফ.এ কোড নং: 028968007

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

NASIMA AKTER

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ: 50,000/-

বি.ও.সি নং:

তারিখ: 15/10/2026

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম	M O H A M M E D N A S I R U D D I N
ঠিকানা:	5 B, GREEN CASTLE, ROAD-1 GREEN VIEW R/A, PAHARTOLI, CHATTogram
কোড	

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল: DRNASIR7401@GMAIL.COM

01822864907

স্থায়ী ঠিকানা

M I R B A R I, V I L L - B A U R I A, P O S T - B A N I R H A T, S A N D W I P, C H A T T O G R A M	কোড	4300
---	-----	------

বীমার উদ্দেশ্য: SAVINGS
& RISK COVER
জাতীয়তা: BANGLADESHI
জন্মস্থান: CHATTogram

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
32 বছর

বয়স প্রমানের স্যাটিফিকেট ধরন
NID

জন্ম তারিখ

15/07/1974

পিতার নাম: SYED MOHAMMED YOUNUS

২. (খ)

নমিনার পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক
HOSNE ARA	50	WIFE

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

	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত



৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমাশাশি	খসড়াবিশীল প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জাটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুগুটিনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমান
	814/12	1003,400/-	-	5,00,000/-	YES	-	50,000/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রেমাসিক/ মাসিক)					ব্যাংক নং	
	HALF YEARLY						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	PHYSICIAN			ASSISTANT PROFESSOR			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	CHATTOPADHYAY MEDICAL COLLEGE HOSPITAL			15 Y			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	M.B.B.S	12,00,000/-	SERVICE & OTHERS	হ্যাঁ / না টিন নং: ভোটার আইডি নং: 553077007043-			
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 গ্রহন করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।					YES.	
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:			NO			

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃত যে চুক্তির ভিত্তি হবে তাতে কোন তথ্য আমি গোপন করিনি, এবং সকল প্রশ্ন ঠিক 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 প্রমানিত হয় তাহলে আইডিআরও এর আইন অনুযায়ী চুক্তিপত্রটি বাতিল বলে গন্য 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 দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 15/10/26 স্থান AGRAHABAD.

স্বাক্ষর [Signature]
নাম _____

পেশা _____

ঠিকানা _____

Md. Jahidul Amin
Unit Manager
Agrabad Branch
LIC of Bangladesh Ltd.

[Signature]

বীমাকারীর স্বাক্ষর

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

ঠিকানা: _____

[Signature]

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, যাহা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

[Signature]

স্বাক্ষর /টিপসহি

[Signature]
14/10/26

Dr. Shantanu Das
Incharge-Emergency Department
Reg. No A-69531
Chattogram Maa Shishu-Children Hospital

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

 LIC (Established by the Life Insurance Corporation IDRA Act, 2010) MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT		F. No. LIC 03-001 ANNEXURE-1	
		Branch Name: AKRABAD	
		Proposal No./Policy No:	
		From Medical Register:	
Full Name of the Life to be Examined		Case No.	Month Year
1. MOHAMMED NASIR UDDIN.			
2. Age:	Sex:	Identification Marks:	
52 years	Male		
3. Introducer's Name & Designation:		Introducer's Signature:	
Jahid			
4. Height (cms.):	Weight (kgs):	Girth of Abdomen (cms.) (over navel)	
168 cm	68 kg	86 cm	
Chest (cms) : (over nipple)	Full Expiration (cms.):	Full Inspiration (cms):	
94 cm	92 cm	96 cm	
Pulse Rate p.m	Blood Pressure	Systolic	Diastolic
84/min.	1 st Reading	120	80 mmHg
	2 nd Reading	120	70 mmHg
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.			
5. Ascertain from the L.A. whether at any time in the past he/she.			
(a)	was hospitalised.	NO	
(b)	was operated.	NO	
(c)	met with accident.	NO	
(d)	has undergone any Bio-chemical, Radiological, Cardio logical or other test.	NO	
(e)	Is currently under any treatment.	NO	
6. Is there any abnormality observed on examination of Eyes (partial/total blindness), Ears (deafness), Nose, Throat or Mouth or any physical impairment		NO	
7. Is there any externally visible swelling of lymph glands, joints or other organs.		NO	
8. Are there any symptoms and/or signs suggestive of abnormality of			
(a)	Cardiovascular system	/ NIL	
(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	No
(b)	Nature & cause	/ N/A
(c)	Location, Size & condition of scar	/ N/A
(d)	Degree of impairment	/ N/A
12.	Is there any evidence of injury due to accident or otherwise?	No
(a)	Date of Injury	No
(b)	Nature of Injury	/ N/A
(c)	Degree of Impairment	/ N/A
(d)	Duration of unconsciousness, if any	/ N/A
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:	
(a)	Is there any disease of the breasts?	
(b)	Do you suspect any disease of uterus, cervix or ovaries?	/ N/A
(c)	Is there any evidence of pregnancy, if so give duration.	/ N/A
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.

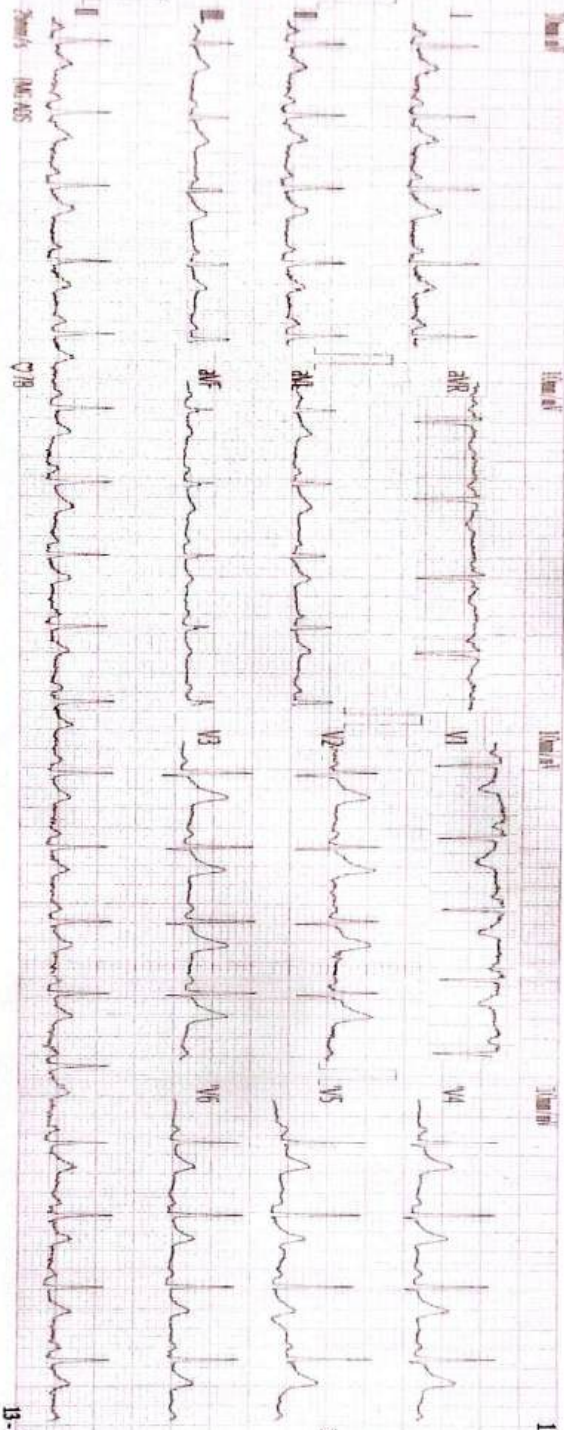
Dated at C.T.G. on the 14th day of OCT 2026 at 9 a.m/p.m

[Signature]
Signature of the L.A

"all report are okay."

[Signature]
Signature of the Medical Examiner

Name & Address: **Dr. Shantanu Das**
Incharge: Emergency Department
Qualification: **Reg. No. A-69530**
Code No: **Chattogram Maa Shishu-0 General Hospital**
Limit:



10mm/mV MOHAMMED NASIR UDDIN

Name: _____

Age (years): 76

<420 Sample Rate>

ID: 14
Sex: MALE
Age: 76 YEAR
Height: 180 cm
Weight: 76 kg
ECG: 12 Lead
ECG: 12 Lead
ECG: 12 Lead

800 Normal Sinus Rhythm
12 Lead ECG
Normal ECG

II/ST = +0.04mV
V1/ST = +0.04mV
V5/ST = +0.04mV

13-10-2026 11:15 AM V28 Technician: Note: Unconfirmed Report Reviewed By:

Attested
Dr. Mohamed Mahmoud Tareq
MBBS, D. Card, M (Cours)
Consultant Cardiologist

R D C Diagnostic Centre

1501, Chawak Bazar, Chattogram. Mobile: 01558-666801

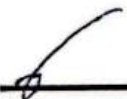
Patient Name ID & Name: 002/014, MOHAMMED NASIR UDDIN Sex: M, Age: 52 Years

Rf By: LIC Bangladesh Ltd.

Date of Recv.: 13.10.2026 Date: 13.10.2026 Time of Report: 04:15PM

Bio Chemical Report

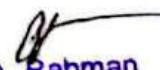
<u>TEST</u>	<u>RESULT</u>	<u>NORMAL VALUE</u>
Fasting Sugar	86mg/dl	75-160mg/dl
Crosse Urine Sugar	Nil	Nil


Prepared By

Attested

Dr. M. A. Rahman
MBBS (Path)
Ex Clinical Pathologist


Checked By


Dr. M. A. Rahman
MBBS (Path)
Ex Clinical Pathologist
Consultant

R D C Diagnostic Centre

চকবাজার, চট্টগ্রাম। মোবাইল: ০১৫৫৮-৬৬৬৮০১

R D C Diagnostic Centre

1501, Chawak Bazar, Chattogram. Mobile: 01558-666801

Patient Name ID & Name: 002/014, MOHAMMED NASIR UDDIN Sex: M, Age: 52 Years

Rf By: LIC Bangladesh Ltd.

Date of Recv.: 13.10.2026 Date: 13.10.2026 Time of Report: 04:15PM

X-RAY REPORT CHEST P/A VIEW

Trachea : Normal in Position
Diaphragm : Normal in Position & Contour
Heart : Normal in Contour
Lung : Clear
Bony Thorax revealed no abnormality

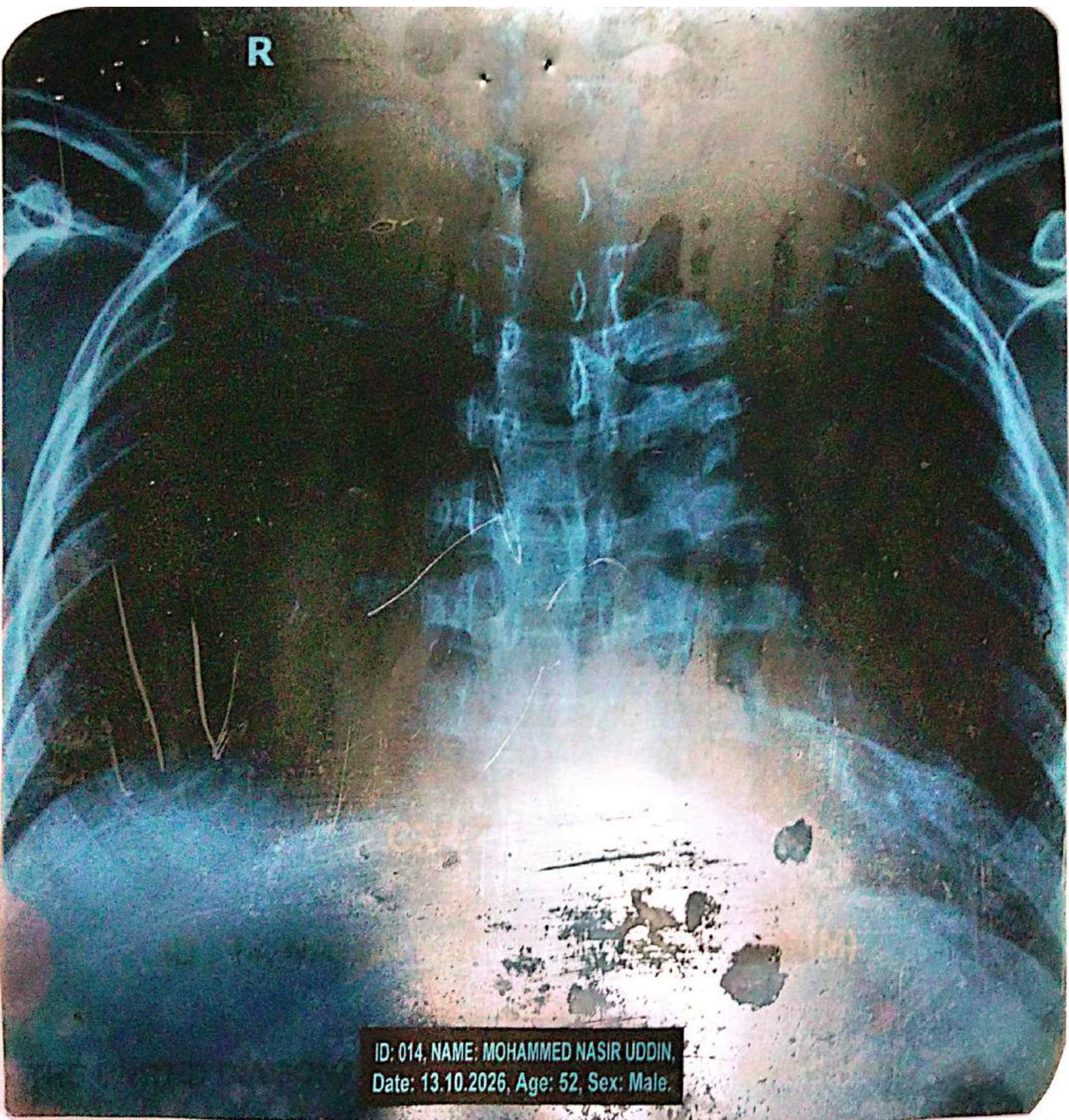
Comment : Normal study

Prepared By Dr. Mohirul Islam
(MBBS) Radiologist
Ex Clinical Radiologist

Checked By Dr. Mohirul Islam
(MBBS) Radiologist
Ex Clinical Radiologist
Consultant

R D C Diagnostic Centre

চকবাজার, চট্টগ্রাম। মোবাইল: ০১৫৫৮-৬৬৬৮০১



ID: 014, NAME: MOHAMMED NASIR UDDIN,
Date: 13.10.2026, Age: 52, Sex: Male.

