



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)



গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	ত

এফ.এ দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:
ব্রাঞ্চ অফিস: <u>B001</u>	প্রপোজাল নং: _____
ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: <u>BM00000069</u>	আমানতের পরিমাণ: _____
ইউনিট ম্যানেজারের কোড: <u>01715565997</u>	বি.ও.সি নং: _____
এফ.এ কোড নং: <u>01816 B002</u>	তারিখ: _____
লাইসেন্স নং: _____	
মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ: _____	

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	সীমার উদ্দেশ্য: <u>SAVING & RISK COVER</u>		
নাম: <u>NARAYAN CHANDRA PAUL</u>	জাতীয়তা: <u>BAKSHI</u>		
ঠিকানা: <u>HOUSE NO 14 RAM BABU R</u>	জন্মস্থান: <u>NOAKHALI</u>		
<u>OAD MYMENSINGH SADAR MYM</u>	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒		
<u>ENSINGH</u> কোড <u>2200</u>	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী) <u>46</u> বছর		
টেলিফোন: _____	বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন <u>NID CARD</u>		
ই-মেইল: _____	জন্ম তারিখ <u>07/01/1981</u>		
অফিস: _____			
মোবাইল নং: <u>01920741002</u>			
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা			
<u>HOUSE NO 34 STATION ROAD</u>			
<u>GANGINARPAR MYMENSINGH</u>			
<u>SADAR MYMENSINGH</u> কোড <u>2200</u>			
২. (খ) পিতার নাম: <u>LATE. SUDHIR CHANDRA PAUL</u>			
নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
<u>SEJUT TALUKDER MISTI</u>	<u>37 YEARS</u>	<u>WIFE</u>	
<u>HOUSE NO-34, STATION ROAD,</u>			
<u>GANGINARPAR, SADAR, MYMENSINGH-2200.</u>			
নামনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষাত
—	—	—	—

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমাধারী	খন্ডকারীর প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অগুহ্যতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	মুখ্যটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	809 20,000/- 06 YEARS						= 19,530/-
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	SINGLE PREMIUM						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	HOMEOPATHIC DOCTOR LIC OF BANGLADESH LTD.			HOMEOPATHIC DOCTOR & UNIT MANAGER (LIC OF BD LTD)			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	MORDAN HOMEO CENTRE 19 NO, SWADESHI BAZAR, MYMBUSINGH-2200.						
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	B.S.S. (D.H.M.S.)	10,00,000/-	SELF INCOME	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং:			
৬.	সশস্ত্র বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	N/A						
	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।						
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	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমারাপি	জটিল অসুস্থতার টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরু তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রত্যাখ্যাত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনসিডেন্স আছে কি?	কিছু দেবার শেষ সময়

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

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	মৃত্যুর কারণ
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স	
বাবা			82 YEARS	NORMAL
মা				
ভাই জীবিত... (5)	59, 57, 50, YEARS	GOOD		
মৃত	48, 43			
বোন জীবিত... (2)	55, 52 YEARS	GOOD		
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী				
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত... (3)	13 YEARS	GOOD		
মৃত	09, 06 YEARS	GOOD		

ব্যক্তিগত তথ্য	হ্যাঁ/ না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত
ক) গত পাঁচ বছরের মধ্যে আপনি কি এক সন্তানের 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 কর্মস্থলে অনুপস্থিত ছিলেন?	না	
ঘ) আপনি কি লিভার, পাকস্থলী, হার্ট, ফুসফুস, কিডনী, ব্রেইন বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	না	
ঙ) আপনি কি ডায়েবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোষবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	না	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অপ্রতিকৃতি আছে?	না	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	না	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:		হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) অ্যালকোহল জাতীয় পানীয়			☒
(২) মাদক			☒
(৩) নেশা জাতীয় দ্রব্য			☒
(৪) তামাক			☒
খ) স্বাস্থ্যগত অবস্থা?		☒	
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?			☒
১২. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।		উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)
		5'34	62 kgs
N/A মহিলাদের ক্ষেত্রে N/A			
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।	প্রস্তাবিত টাকা	ছক ও টার্ম
			পলিসির বর্তমান অবস্থা
১৪.	আপনি কি পলিসিটির শর্ত সম্পর্কে পুরোপুরি জ্ঞাত?		
১৫.	আপনাকে কি এজেন্ট পলিসি সম্পর্কে সকল তথ্য দিয়েছেন?		
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 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 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 /হস্তান্তর /বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নিদিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ: 15.10.2026 স্থান: MYMENSINGH
স্বাক্ষর: [Signature]
নাম: RAJESH CHANDRA PAUL
পেশা: BM 0000000000
ঠিকানা: 19 NO, SWADESHI BAZAR,
MYMENSINGH-2200

[Signature]
NARAYAN CHANDRA PAUL
বীমাকারীর স্বাক্ষর

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

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 সখুখে সজ্ঞানে সমস্ত প্রশ্নের সঠিক উত্তর প্রদান পূর্বক স্বাক্ষর প্রদান করেছে, যাহা লিপিবদ্ধ রয়েছে।

[Signature]
স্বাক্ষর/টিপসহি
NARAYAN CHANDRA PAUL

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সখুখে প্রদান করতে হবে।

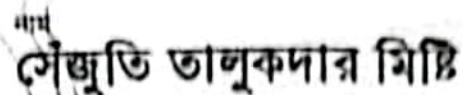
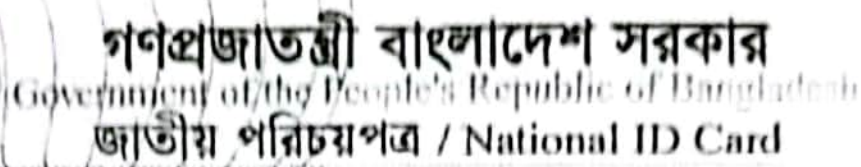


भाषा

তারিখ: 15.10.2026 MUMUKSHU
নাম ও পদবী: RAJESH CHOWDHURY
পূর্ণ স্বাক্ষর: [Signature] BM000060



I<BGD418083018<69<<<<<<<<<<<<
8101073M3301111BGD<<<<<<<<<<<6
PAUL<<NARAYAN<CHANDRA<<<<<<<<



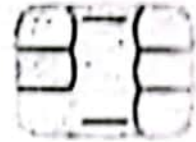
SEJUTI TALUKDER MISTI

কৃষ্ণ তালুকদার

দিপালী তালুকদার

Date of Birth 18 Sep 1989

NID No. **463 153 4585**



ਟੱਬਰੀ-



ঠিকানা: বাসা/হোল্ডিং: ৩৪নং, গ্রাম/বাস্তা: স্টেশন
রোড, স্টেশন রোড, ডাকঘর: ময়মনসিংহ - ২২০০,
ময়মনসিংহ সদর, ময়মনসিংহ পৌরসভা, ময়মনসিংহ



Blood Group

Place of Birth **MYMENSINGH**

Issue Date: 12 Jan 2018

I<BGD463153458<50<<<<<<<<<<<<
8909187F3301111BGD<<<<<<<<<<<4
MISTI<<SEJUTI<TALUKDER<<<<<<<