



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:

00000107

অফিস ব্যবহারের:

ব্রাঞ্চ অফিস: AGRAHAT CTG. ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: 01610743736

প্রপোজাল নং: _____

ইউনিট ম্যানেজারের কোড:

UM0000611

আমানতের পরিমাণ: 30,998/-

03266007

01818524135

বি.ও.সি নং: _____

FARZANA AKTER

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

তারিখ: 15/10/2026

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম MD SOHEL RANA
ঠিকানা: HOUSE-121 MADAZZAPARA
RAMPUR HALISHAR CHATTAGRAM
AM কোড 422A

SAVINGS &
বীমার উদ্দেশ্য:
RISK COVER

জাতীয়তা: BANGLADESH

জন্মস্থান: CHATTAGRAM

লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
40 বছর

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং: 01795337733

ই-মেইল:

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

HOUSE-MOSTOFA MANSON DOKK
HIN, DOPADANGA NOTUNBARAR.
BUNDARGANZ GAI BANDAR কোড _____

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন
NID PHOTOCOPY

জন্ম তারিখ

20121986

পিতার নাম: MD GOLAM MOSTOFA

২. (খ)

নমিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
MST LIPE AKTER	32	WIFE	
নমিনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত
—	—	—	—



পরিচয়না ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারামি	ব্যতীর্ণ প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অনুসূচায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুখটিনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
৪১/৬	310000	—	—	YES	—	=309981

মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ট্রিমাসিক/ মাসিক)

ব্যাঙ্ক নং

HALF YEARLY

বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি		
SERVICE			AGM-Accounts		
প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন		
MUNTASIR LIVING LTD.			6 year.		
শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন		
MBA	480000 ,	SERVICE & OTHERS	হ্যাঁ / না NO		
			টিন নং: 3265149645		
			ভেটোর আইডি নং:		

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

আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।

আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:	উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন
ক) বিলম্বিত অর্থীকৃত/ বন্ধ/ গৃহিত		
খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম		
গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত		
আপনি গত এক বছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন।		

পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	প্রধান পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমারামি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার প্রাপ্ত টাকার সুবিধা	পলিসি শুরু তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা প্রস্তাবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখানে ইনবোর্স আছে কি?	কিছু দেবার শেষ সময়

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

১০.

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময়ে বয়স	মৃত্যুর কারণ
বাবা	৬০	৬০০০	—	—
মা	৫৭	৬০০০	—	—
ভাই জীবিত.....০২	৩০	৬০০০	—	—
মৃত				
বোন জীবিত.....০২	৩৫	৬০০০	—	—
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী	৩২	৬০০০	—	—
সন্তান: ছেলে/মেয়ে জীবিত.....০২/০২	৩০	৬০০০	—	—
মৃত	০৫			

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, ব্রেস্ট বা নার্ভের সমস্যায় ভুগছেন?	NO	
ঙ) আপনি কি ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোষবৃদ্ধি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	NO	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ত্রুটি বা অঙ্গবিকৃতি আছে?	NO	
ছ) আপনার কি কোন দুর্ঘটনাজনিত আঘাত আছে?	NO	

ক) আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত দ্রব্যগুলো ব্যবহার করেছেন:	হ্যাঁ (টিক দিন)	না (টিক দিন)
(১) আলকোহল জাতীয় পানীয়		NO
(২) মাদক		NO
(৩) নেশা জাতীয় দ্রব্য		NO
(৪) তামাক		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)
	165	63 kg
মহিলাদের 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	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 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 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 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 দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 15/10/26 স্থান CTG.

স্বাক্ষর D. Alam
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____
MD. DIGARUL ALAM
INS. MANAGER 0000611
LIC. OF BALED
AG-2-PAO-BR

[Signature]
বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

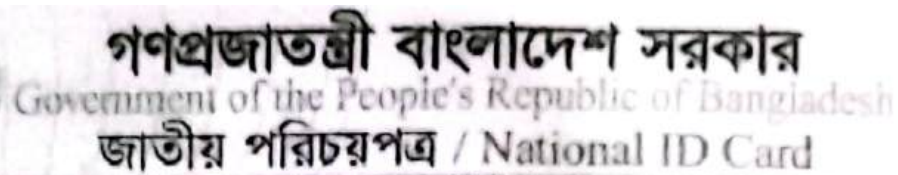
মেডিকেল কেস এর ক্ষেত্রে

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

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



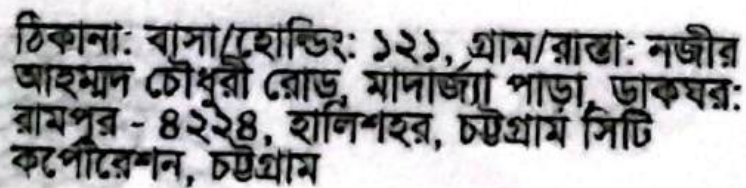
Name

मिठा

मार्ग

Date of Birth 20 Dec 1986

NID No **326 514 9645**

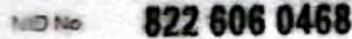


Place of Birth. **GAIBANDHA**



Issue Date: 18 Feb 2017

I<BGD326514964<55<<<<<<<<<<<<
8612205M3202171BGD<<<<<<<<<<<<8
RANA<<MD<SOHEL<<<<<<<<<<<<<<



22-



প্রিয়তা: বসাহেতি: - গ্রাম/রাস্তা: দক্ষিণ
খোপাজা, তাকঘর: খোপাজা - ৫৭২০, সুন্দরাগাও,
শাইবাল



Plant Group

Place of Birth: GAIBANDHA

Issued Date: 08 Jan 2022

I<BGD822606046<86<<<<<<<<<<<
9405103F3701076BGD<<<<<<<<<<6
AKTER<<MST<LIPE<<<<<<<<<<<<<


Mohammad Azam Uddin
Branch Manager
Agrabad Branch
LIC Bangladesh Ltd.