

৫৮



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রস্তাব পত্র

(প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য)

সদ্য তোলা
পাসপোর্ট
সাইজ ছবি

গ্রাহক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনওয়ার্ড নং	তারিখ
এফ.এ. দ্বারা পূর্ণ করুন:	অফিস ব্যবহারের:	
প্রাপ্ত অফিস:	প্রাপ্ত ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:	প্রপোজাল নং:
<u>GULSHAN</u>	<u>BM0000001</u>	
ইউনিট ম্যানেজারের কোড:	আমানতের পরিমাণ:	
<u>UM-0000602</u>	<u>2365</u>	
এফ.এ. কোড নং:	বি.ও.সি নং:	
<u>03213 B001</u>	<u>1711</u>	
লাইসেন্স নং:	মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:	
	তারিখ:	<u>14-10-2026</u>

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী	বীমার উদ্দেশ্য:		
নাম: <u>SHARIF MD. MURSHED</u>	<u>Savings and Risk</u>		
ঠিকানা: <u>772/2 MURJAHAN MONJIL</u>	জাতীয়তা: <u>Bangladeshi</u>		
<u>DHAKA RANT. DHAKA</u>	অনুস্থান: <u>Laxmi pu</u>		
কোড	লিঙ্গ: মহিলা ☐ পুরুষ ☒		
টেলিফোন: <u>01318-671661</u>	বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী): <u>56</u> বছর		
ই-মেইল:	বয়স প্রমোনের সার্টিফিকেট ধরন: <u>N/D</u>		
২. (ক) স্থায়ী ঠিকানা	জন্ম তারিখ: <u>15021970</u>		
কোড			
পিতার নাম: <u>Rafiqul Alam.</u>			
২. (খ) নমিনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
<u>Rupa Khatun</u>	<u>33</u>	<u>WIFE.</u>	
নমিনি যদি অগ্রাধিকার বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সাক্ষ্য

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমারশি	খসড়াপত্র প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুর্ঘটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	৪১৭ ৭	২,০০,০০০/-	No	Yes	Yes	No	২৩৬৫
	মোট (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাঙ্ক নং	
	<u>Monthly</u>						
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	LIC OF BD, LTD (SERVICE)			UNIT MANAGER.			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	LIC OF BD, LTD / OWN House Rent.			২ %			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	M.S.S	২০৮০	SERVICE and House Rent.	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং:			
৬.	সংশ্লিষ্ট বাহিনীতে কর্মরতদের জন্য						
	বিভাগে/ প্রতিষ্ঠানের নাম	পদবী	শেষ স্বাক্ষরপত্রকার তারিখ	স্বাক্ষর পরীক্ষার রিপোর্ট	কখনো কি আপনাকে স্বাক্ষর পরীক্ষার অনুপযোগী ঘোষণা করা হয়েছে। হ্যাঁ হলে কবে উল্লেখ করুন		
	/		/	/	No		
৭.	আপনি কি অন্য কোন বীমা কোম্পানী হতে কোন পলিসি গ্রহণ 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				No		
	খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম				No		
	গ) প্রস্তাবিত ও গৃহিত সিদ্ধান্ত				No		
৮. (খ)	আপনি গত এক বছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:				No		

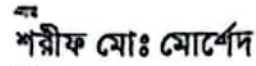
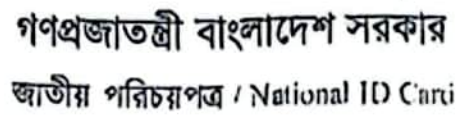
পলিসি নং	বীমা কোম্পানীর নাম / ঠিকানা	ছক ও নীতি	গ্রহণ পরিকল্পনার নিশ্চিত টাকা	টার্ম ইন রাইডার বীমার পলি	জটিল অসুস্থতায় টাকার পরিমাণ	দুর্ঘটনার গ্রাণ্ড টাকার সুবিধা	পলিসি তরফ তারিখ	সাধারণ মূল্যে গৃহিত বা গ্রহণবিত	চিকিৎসা জনিত কিনা	আগের পলিসি টি এখনো ইনফোর্স আছে কি?	কিছু সেবার শেষ সময়
৪০১০৬২৪১		৪৫/১০									
৪০১০৬৩১৭											

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

পারিবারিক ইতিহাস	জীবিত		মৃত	মৃত্যুর কারণ
	বয়স	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	মৃত্যুর সময় বয়স	
বাবা				
মা				
ভাই				
জীবিত.....				
মৃত				
বোন				
জীবিত.....				
মৃত				
স্বামী/স্ত্রী				
সন্তান: ছেলে/মেয়ে				
জীবিত.....				
মৃত				

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 ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্ত চাপ, ক্যান্সার বৃদ্ধি, কোম্বুর্কি, কুষ্ঠ রোগে ভুগছেন?	না	
চ) আপনার কি কোন শারিরীক ক্রটি বা অঙ্গবিকৃতি 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) আলকোহল জাতীয় পানীয়		~		
(২) মাদক		~		
(৩) দেশা জাতীয় দ্রব্য		~		
(৪) তামাক		~		
খ) বাছ্যগত অবস্থা?		Good		
গ) আপনি কি এইডস বা হেপাটাইস জনিত কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?		~		
১২.	মন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে ওজন/উচ্চতা উল্লেখ করতে হবে।	উচ্চতা (সে.মি)	ওজন (কেজি)	
মহিলাদের ক্ষেত্রে				
১৩. (ক)	আপনি কি গর্ভবতী?	শেষ সন্তান গ্রাসের 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.	Not known, 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।				



SHARIF MD. MURSHED

রফিকুল আলম

নুরজাহান বেগম

Date of Birth 15 Feb 1970

NID No 505 918 8614



ঠিকানা: বাসা/হোস্তিঃ: ৭৭২/২ নর জাহান মঞ্জিল,
গ্রাম/রাস্তা: যানকদী পূর্ব, ডাকঘর: ঢাকা ক্যান্টনমেন্ট
- ১২০৬, ক্যান্টনমেন্ট, ঢাকা উত্তর সিটি কর্পোরেশন,
ঢাকা



14 Aug 2016

```
I<BGD505918861<47<<<<<<<<<<<<<
7002151M3108136BGD<<<<<<<<<<<4
MURSHED<<SHARIF<MD<<<<<<<<<<<<<
```




IBN SINA

Pioneer in Health Care



IBN SINA DIAGNOSTIC & CONSULTATION CENTER, BADDA

ISO 9001:2015 Certified

URINE ROUTINE EXAMINATION



ID No : B581363 Voucher Time 19/08/2026, 03:26 PM Reporting Time : 19/08/2026, 10:05 PM
 Name : SHARIF MD MURSHED Age : 56 Y 0 M 0 D Sex : M
 Ref.By : SELF
 Specimen : Urine

Estimations are carried out by Automated urine analyzer Urised 3 & LabUmat2, Hungary And Checked manually.

PHYSICAL EXAMINATION	Result	Reference Value
Quantity	Sufficient	
Colour	Straw	Pale Yellow /Straw
Appearance	Clear	Clear
Sediment	Nil	Nil
Specific Gravity	1.013 ✓	1.010 - 1.022
CHEMICAL EXAMINATION (Qualitative)	Result	Reference Value
Reaction (PH)	6 ✓	4.5 - 8.0
Protein	Nil ✓	Nil
Glucose	Nil ✓	Nil
Acetone (Ketone body)	Nil	Nil
Bilirubin	Absent	0.2 mg/dL
Urobilinogen	Absent	0.1 - 1.8 mg/dL
Nitrite	Negative	Negative
MICROSCOPIC EXAMINATION	Result	Reference Value
Pus Cells	0-2/HPF ✓	1-5
Epithelial Cells	0-2/HPF ✓	0-5
RBC	0-1/HPF ✓	0-2
Yeast cells	Nil	Nil
Trichomonas	Nil	Nil
Fungus	Nil	Nil
Spermatozoa	Nil	Nil
Cast	Result	Reference Value
Hyaline Cast	Nil	Nil
Granular Cast	Nil	Nil
Cellular Cast	Nil	Nil
RBC Cast	Nil	Nil
WBC Cast	Nil	Nil
Waxy cast	Nil	Nil
Crystal	Result	Reference Value
Cal.Oxalate	Nil	Nil
Amorphous Phosphate	Nil	Nil
Uric Acid	Nil	Nil
Urates	Nil	Nil
Triple Phosphate	Nil	Nil
Bacteria	Nil	Nil
Others	Nil	Nil

DR. SAKIB SHARIAR

MBBS (DU), M. Phil (Pathology)
 Consultant Pathologist,
 Ibn Sina D.Lab, Badda.

IBN SINA DIAGNOSTIC & CONSULTATION CENTER, BADDA

ISO 9001:2015 Certified



BIOCHEMISTRY REPORT



ID No : **B581363** Voucher Time : 19/08/2026, 03:26 PM Reporting Time : 19/08/2026, 09:33 PM

Name : **SHARIF MD MURSHED**

Age : **56 Y 0 M 0 D**

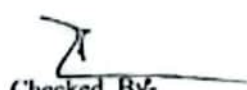
Sex : **M**

Ref.By : **SELF**

Specimen : **Blood**

Estimations are carried out by Siemens Dimension RxL Max /EXL200 /VIT5600 Random Access Chemistry Analyzer
And Checked manually.

Parameter	Test Result	Reference Value
Plasma Glucose (F)	5.3 mmol/L	Normal: 3.89-6.11 Prediabetic: 6.11-7.00, Diabetic: >7.00
Corr. Urine Sugar	Nil	

Checked By- 


Md. Belal Hossain
B.Sc (Hon's) M.Sc (Biochemistry) D.U.
Biochemist. Lab Incharge
Ibn Sina D.Lab, Badda

IBN SINA DIAGNOSTIC & CONSULTATION CENTER, BADDA

ISO 9001:2015 Certified



HAEMATOLOGY REPORT



ID No : B581363 Voucher Time : 19/08/2026, 03:26 PM Reporting Time : 19/08/2026, 09:33 PM
Name : SHARIF MD MURSHED Age : 56 Y 0 M 0 D Sex : M
Ref.By : SELF
Specimen : Blood

Parameter	Result	Reference Value
Red Blood Cells		
Haemoglobin	15.2 g/dl ✓	Adult: Men: 15.0±2.0, Women: 13.5±1.5 At birth: 13.5-19.5, 3 Days: 14.5-22.5 1 Month: 11-17, 2-6 Months: 9.5-13.5 2-6 Years: 11-14, 6-12 Years: 11.5-15.5 Men: 5.0±0.5, Women: 4.3±0.5
Total RBC	5.27 million/Cmm. ✓	
ESR	6 mm (Auto Analyzer) ✓	Men: 0-10, Women: 0-20
PCV/HCT	0.45 l ✓	Men: 0.45 ± 0.05, Women: 0.41 ± 0.05
MCV	84 fl ✓	92±9
MCH	29 pg ✓	29.5 ± 2.5
MCHC	34 g/dl ✓	33.0±1.5
RDW-CV	12 % ✓	12.8±1.2
White Blood Cells		
Total WBC	7,820 /Cmm. ✓	Child: 5,000-15,000 Adult: 4,000-11,000 Infant: 6,000-18,000 At birth: 10,000-25,000 50-500
Circulating Eosinophils	156 /Cmm. ✓	
Differential Count		
Neutrophils	53 % ✓	Child: 20-50 Adult: 40-75
Lymphocytes	35 % ✓	Child: 40-75 Adult: 20-40
Monocytes	04 % ✓	2-10
Eosinophils	02 % ✓	2-6
Basophils	00 % ✓	0-1
Others	00 % ✓	
Platelet Count:		
Total Platelet Count	1,96,000 /Cmm ✓	1,50,000-4,50,000
MPV	9.0 fl ✓	8.0-9.5


Md. Shariful Islam
DMT(SMF), B.Sc(DU) Lab
Medical Technologist, Ibn Sina D-Lab, Uttara.


Assoc. Prof. Dr. Sumaiya Khatun
MBBS, MD (BSMMU) (Gold medalist).
Laboratory Consultant.
Ibn Sina D-Lab, Uttara.

SHARIF MD MURSHED

ID: 860935

Male

56 Years

19 08 2028 12:09:05 PM

Popular Diagnostic Center Ltd.
H# 16 R # 2, Dharmapada

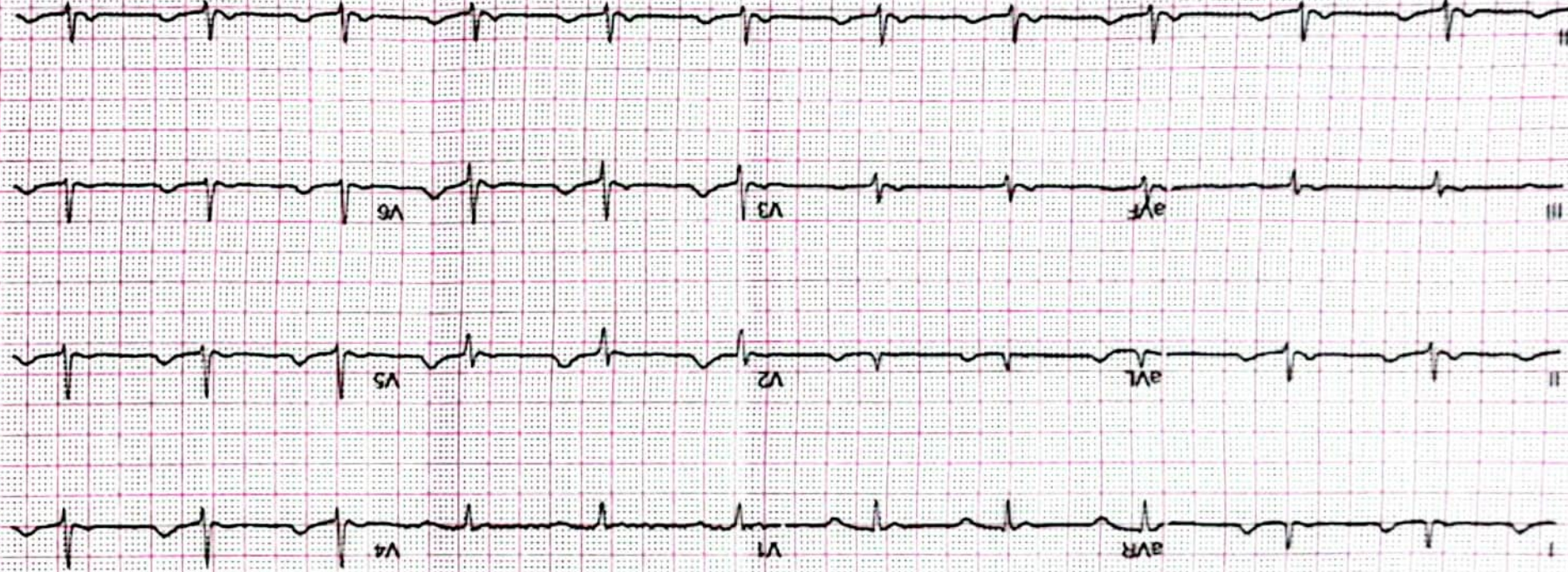
CPA-1205

Normal sinus rhythm
Normal ECG

QRS 70 ms
QT/QTc 400/425 ms
PR 138 ms
P 110 ms
RR/PP 884/882 ms
P/ORS/T 46/15/32 degrees

68 bpm

1 mmHg



GE MAC2000 1.1 12SL™ V241 25 mm/s 10 mm/mV ADS 0.5620 Hz 50 Hz 4x2.5x3.25_R1 Unconfirmed 1/1

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 প্রাপ্ত সঠিক ভাবে বুঝে এর সঠিক ও নির্ভুল উত্তর দিয়েছি। আমি আরও ঘোষণা করছি আমি বিবৃতিগুলোর সাথে সম্মতি প্রকাশ 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 কারনে নময় মত পলিসির প্রিমিয়াম না প্রদান করতে পারলে, যদি কর্পোরেশনের কোনও অফিসে আমার দ্বারা পলিসি টি পুনরুজ্জীবিত /অত্যাচার /বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ 14/10/2026 স্থান Dhaka.

স্বাক্ষর Asma RM-000001
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____

Sharif

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত বুকে সঠিক ও নির্ভুল দিয়েছি

নাম: _____
ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর

আমার দ্বারা সমস্ত প্রমানাদি সঠিক ভাবে পরীক্ষিত

নাম: _____
পদবী: _____

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ

২. নিরক্ষর ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ সত্যায়িত করতে হবে।

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি সমস্ত প্রাপ্ত বুকে 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

Sharif

স্বাক্ষর /চিপসাই

All Medical Reports are Normal

Asma Mahmuda,

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

Dr. Asma Mahmuda Honey
MBBS (DU)

General Physician & Psychological Counselor
BMDC. Reg No A-53096

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ ডাকার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।



এলআইসি বাংলাদেশ লিমিটেড
LIC Bangladesh Ltd.

এজেন্সীর কোড

লাইসেন্স নং মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ

ইউনিট ম্যানেজার লাইসেন্স

প্রপোজাল নং

শাখা 6UL SHAN

এফ.এ নাম এবং ঠিকানা Rupa Khatun

প্রস্তাবকের নাম Dr

বীমাকারীর নাম Sharif Mr. Munsur

বয়স

56w.

প্রস্তাবিত টাকা

পেশা ও কাজের

ধরণ

১. ক) আপনি বীমাকারীকে কতদিন যাবত চেনেন?
খ) আপনার তার সাথে আত্মীয়তা সম্পর্ক আছে কি?
গ) বীমাকারী শিক্ষাগত যোগ্যতা?

ক) Self
খ) Self
গ) M.D.S

২. আয়ের বিস্তারিত বিবরণ

ক) চাকুরী

খ) ব্যবসা / পেশা

গ) অন্যান্য উৎস / বিস্তারিত

মোট বাৎসরিক আয়

প্রস্তাবক

১৫৫

১

১৫৫

১৫৫

পলিসির ধরক

2 Lac

১

2 Lac

মন্তব্য

Good

১) উপরে বর্ণিত আয়ের উৎস আয়ের উৎস কি আপনার দ্বারা যাচাইকৃত?

২) বীমাকারীর বর্তমান স্যাটিফিকেট কি তার কর্মস্থল হতে যাচাইকৃত?

৩) স্যাটিফিকেট সি.এ কতক ইস্যুকৃত?

I.T কৃত যাদের সরবরাহকৃত A/c. No./ Tin টিক আছে কি?

৪) ইনকাম ট্যাক্সের কপি কি যাচাইকৃত?

আপনি কি মনে করেন বীমা গ্রহনকারী বীমাটি তার আর্থিক অবস্থার সাথে সমঞ্জস্য পূর্ণ?

৫) KYC/AML এর মান প্রস্তাবক কর্তৃক পূরণ হয়েছে কি?

আপনি কি নিশ্চয়তা নিচ্ছেন যে বীমা গ্রহনকারী কোন ধরনের সন্ত্রাসী কর্মকাণ্ডের সাথে জড়িত নয়?

৩. ক) বীমাগ্রহনকারীর স্বাস্থ্যের সাধারণ অবস্থা কি?

খ) বীমাগ্রহনকারীর কি ধরনের অঙ্গ বিকৃতি, অঙ্গহানি, প্রাথমিক বৈকল্য বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি না?

গ) আপনি কি তাঁর কোন অসুস্থতার, আঘাত বা অস্ত্রোপচার সম্পর্কে জ্ঞাত?

ক) Good

খ) No

গ) No

৪. আপনি কি বীমাগ্রহনকারীর পূর্বের বীমা সম্পর্কে আলোচনা করেছেন?
আপনি কি নিশ্চিত যে গত তিন বছরে মধ্যে তাঁর বন্ধ বীমা নেই?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৫. আপনি কি নিশ্চিত যে গৃহীত বীমাটি /অধীকৃত /বন্ধ হবার কোন সম্ভাবনা নেই?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৬. বীমাগ্রহনকারীর পেশা, আর্থসামাজিক অবস্থা, সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে জ্ঞাত?
তাঁর কোন অভিযোগ কি গৃহীত বীমার ত্রুটির কারণ হতে পারে?

হ্যাঁ ☒

না ☐

৭. নন-মেডিকেল কেসের ক্ষেত্রে

সনাক্তকরণ চিহ্ন

শারীরিক পরিমাপ:

(সে.মি)

(কেজি)

(সে.মি)

(সে.মি)

(সে.মি)

উচ্চতা

ওজন

পেটের ঘের

হাস ত্যাগ

হাস গ্রহন

৮. আপনি কি বীমাকারীকে সঠিক ভাবে বীমা শর্ত সম্পর্ক অবহিত করিয়েছেন?

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্যের নিশ্চয়তা প্রদান করছি।

তারিখ: 14/10/2026 স্থান: Dhaka

এফ.এ এর স্বাক্ষর: Rupa Khatun 03213 B001

(ইউনিট ম্যানেজার দ্বারা প্রাপকৃত)

(ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা প্রাপকৃত)

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

তারিখ: 14/10/2026 স্থান: Dhaka

নাম ও পদবী: Sharif

পূর্ণ স্বাক্ষর: UM-0000602

আমি প্রস্তাবনা টি ব্যক্তিগত ভাবে অনুসন্ধান পূর্বক সমস্ত তথ্য প্রমাণাদি সঠিক এবং নির্ভুল এবং আমার জ্ঞাত বলে ঘোষণা করছি।

তারিখ: 14/10/2026 স্থান: Dhaka

নাম ও পদবী: S. A. P. A.

পূর্ণ স্বাক্ষর: BM-0000001