



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:

০০০০১০৭

ব্রাঞ্চ অফিস:

AGRABAD CHITTAGONG ০১৮৩৬১২৯২৬৭

ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং:

ইউনিট ম্যানেজারের কোড: ০০০০৫৭১

এফ.এ কোড নং:

০৩১৭১৮০০৭

লাইসেন্স নং:

মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ:

MOUMITA SHIL

অফিস ব্যবহারের:

প্রপোজাল নং:

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

১ পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম	RIPASHIL
ঠিকানা:	MANNAN SOUDAGOR BUILDING 5TH FLOOR ৭০৭ ASAD GONG KOTWALI CTG

টেলিফোন:

অফিস:

মোবাইল নং:

ই-মেইল:

০১৮৩৬২৪৭৭৭৭

SAVINGS
বীমার উদ্দেশ্য: &
RISK COVER

জাতীয়তা: BANGLADESHI

জন্মস্থান: CHITTAGONG

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐

বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী)
৫৫ বছর

বয়স প্রমানের সার্টিফিকেট ধরন
NID PHOTOCOPY

জন্ম তারিখ

10/12/1981

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা

DILIP SHIL ER BARI VILL- EAST SHOIADPUR PO-JAFORNAGOR SITAKUNDU CTG	কোড ৫৩১০
---	----------

পিতার নাম: BABUL CHANDRA SHIL

২. (খ)

নামনির পূর্ণ নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
KAZAL KUMAR SHIL	56	HUSBAND	
নামনি যদি অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয় তাহলে তার স্থলাভিষিক্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থলাভিষিক্ত



পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রাকৃতিক বীমাব্যয়	খসড়াবিলী প্রাকৃতিক টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অনুসন্ধান প্রাকৃতিক টাকা (প্রয়োজন হলে)	পূর্ণটাকায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
8/14/15	2000000	-	1000000	YES	-	144617

মোট (বার্ষিক/ অর্ধবার্ষিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)

ব্যাঙ্ক নং

YEARLY

বর্তমান পেশা	পদবী/ কাজের প্রকৃতি
SERVICE	TEACHER

প্রতিষ্ঠানের নাম	কতদিন যাবত চাকুরী করছেন
Haji Khulla Mia Memorial K.G. School	06 Yrs.

শিক্ষণত যোগ্যতা	বার্ষিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন
DEGREE	3,80,000/-	Service & Other	হ্যাঁ / না তিন নং: ভেটোর আইডি নং: 8700368874-

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 গ্রহন করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।

আপনার পূর্বের পলিসি ত্যাগ করার কারণ:	উত্তর হ্যাঁ / না	হ্যাঁ হলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন
ক) বিলম্বিত/ অস্বীকৃত/ বন্ধ/ গৃহীত		
খ) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম		
গ) প্রস্তাবিত ও গৃহীত সিদ্ধান্ত		

আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহন করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:

পলিসিগ্রাহক দ্বারা ঘোষিত

আমি এই মর্মে সম্মত হয়ে ঘোষণা করছি যে এই বিবৃতি এবং এই বিবৃতি যে চুক্তির ভিত্তি হলে 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 /প্রত্যাহার /বিলম্বিত করার প্রস্তাব প্রদান করা হয়, তবে কর্পোরেশনের আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট প্রিমিয়ামের চেয়ে বর্ধিত প্রিমিয়াম জমা দিতে বাধ্য থাকব।

তারিখ _____ স্থান CHITTAGONG
স্বাক্ষর _____
নাম _____
পেশা _____
ঠিকানা _____

✓ Ripa Shil

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

✓ Ripa Shil

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।

স্বাক্ষর /চিপসহি

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাকার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

জাতীয় পরিচয়পত্র



Name _____

HAZAL KUMAR SHIL

संस्कृत

ਕਰੋੜਾਂ ਦਾਨੀ ਬੀਜ

Date of Birth 01 Jan 1971

NID No 825 032 6710

ঠিকানা: বাসা/হাউসিং: দিল্লিপ খোলের বাড়ী,
গ্রাম/সাহা: পূর্ব সৈয়দপুর, সৈয়দপুর, ডাকঘর: জাকর
নগর - ৪৩১০, সীতাকুণ্ড, চট্টগ্রাম

Hydrex Group AB+

Place of Birth CHATTOGRAM

Issue Date 29 Apr 2023

I<BGD825032671<02<<<<<<<<<<<<<<
7101010M3804287BGD<<<<<<<<<<<<<4
SHIL<<KAZAL<KUMAR<<<<<<<<<<<<<<

জাতীয় পরিচয়পত্র



द्विधा जीवन

Nº 009

陳學弘

Figure 1

বাবুল চন্দ্র শীল

270

শোভা বানী শীল

Date of Birth 10 Dec 1981

NotD No

870 036 8874

बिना जीन



Blood Group

Place of Birth CHATTOGRAM

Issue Date 29 Apr 2023

I<BGD870036887<47<<<<<<<<<<<<<<
8112107F3804287BGD<<<<<<<<<<<<<6
SHIL<<RIPA<<<<<<<<<<<<<<<<<<<