

জাতীয় পরিচয়পত্র



মোছাঃ শাহিনুর বেগম

MST SAHINUR BEGUM

শ্রীঃ সাহিদার রহমান

মোহাঃ ফরিদা বেগম

NID No 779 499 0824

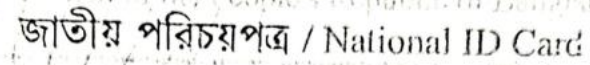
NID No 779 499 0824



ঠিকানা: গ্রাম/রাস্তা: বাটিকাছারী, ডাকঘর: গাইবান্ধা -
৫৭০০, গাইবান্ধা সদর, গাইবান্ধা

Issue Date: 04 Oct 2017

I<BGD779409082<40<<<<<<<<<<<<<
8702045F3210031BGD<<<<<<<<<<<<<4
BEGUM<<MST<SAHINUR<<<<<<<<<<<<<



NID No. 599 410 1987



Issue Date: 04 Oct 2017

I<BGD599410198<73<<<<<<<<<<<<
8505187M3210031BGD<<<<<<<<<<<0
HAUQE<<MD<AINUL<<<<<<<<<<<<<



LIC Bangladesh Ltd.

জীবন বীমা প্রত্যাব পত্র

(প্রাথমিক বয়স্কদের জন্য)

সদ্য জোলা
পাসপোর্ট
সাইজ ছবি

প্রাথমিক আইডি অথবা ই-মেইল	ইনশুর্যান্স নং	তারিখ
---------------------------	----------------	-------

এফ.এ.ছাড়া পূর্ণ কলম:

অফিসিয়াল সনদসহ:

ব্রাঞ্চ অফিস: Rangpur ব্রাঞ্চ ম্যানেজার কোড / মোবাইল নং: um0000548

ইউনিট ম্যানেজার কোড: 026928011 লাইসেন্স নং: 026928011 মেয়াদউত্তীর্ণ তারিখ: 026928011

প্রপোজাল নং: 202600

আমানতের পরিমাণ:

বি.ও.সি নং:

তারিখ:

১. পূর্ণ নাম ও ঠিকানা/পদবী

নাম: MST SAHINUR BEGUM

ঠিকানা: VILL BATIKAMARI PO GAT BANDHA PS GAIBANDHA SADA R DIST GAIBANDHA কোড: 5200

টেলিফোন: 01951911617 ই-মেইল: অফিস: মোবাইল নং:

Saving Risk
বীমার উদ্দেশ্য: Cover

জাতীয়তা: Bangladeshi
জন্মস্থান: Gaibandha

লিঙ্গ: মহিলা ☒ পুরুষ ☐
বয়স (আসন্ন জন্মদিন অনুযায়ী): বছর

বয়স প্রমানেব সার্টিফিকেট নং: NED

জন্ম তারিখ: 04021987

২. (ক)

স্থায়ী ঠিকানা: DO

কোড:

স্বাক্ষর নাম: MD Saider Rahman

৩. (খ)

নাম/নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	
md Ainal Haque	41	Husband	
নাম/নাম ও ঠিকানা	বয়স	সম্পর্ক	স্থান/স্থানিক বাসিন্দা বাসিন্দা

৩.	পরিকল্পনা ও শর্ত	প্রস্তাবিত বীমাংশ	খন্ডকারী প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	জটিল অসুস্থতায় প্রস্তাবিত টাকা (প্রয়োজন হলে)	দুখটনায় কোন সুবিধা নেবেন কিনা	পলিসি পূর্বের তারিখে হলে তারিখ উল্লেখ	আমানতের পরিমাণ
	৪১৫/						২১০০
	মোড (বাৎসরিক/ অর্ধবাৎসরিক/ ত্রৈমাসিক/ মাসিক)					ব্যাজ নং	
	Quarterly					—	
৪. (ক)	বর্তমান পেশা			পদবী/ কাজের প্রকৃতি			
	Job			—			
৪. (খ)	প্রতিষ্ঠানের নাম			কতদিন যাবত চাকুরী করছেন			
	—			—			
৫.	শিক্ষাগত যোগ্যতা	বাৎসরিক আয়	আয়ের উৎস	আপনি কি আয়কর প্রদান করেন			
	S.S.C	২০০০০০	Job	হ্যাঁ / না			
				টিন নং:			
				ভোটার আইডি নং: ২২৫-১১৭০৭-০৪২৪			
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 গ্রহণ করেছেন? করে থাকলে তার বিস্তারিত বর্ণনা দিন।					N/A	
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				YES		
৮. (খ)	আপনি গত একবছরের মধ্যে অন্য কোন বীমা প্রতিষ্ঠান হতে পলিসি গ্রহণ করেছেন কি? করে থাকলে বিস্তারিত বর্ণনা দিন:				N/A		

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।

Gaibandha

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

কামহিন্দা

বীমাকারীর স্বাক্ষর

১.

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

নাম: _____
ঠিকানা: _____

কামহিন্দা

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: _____

কামহিন্দা

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।

কামহিন্দা

স্বাক্ষর /টিপসাই

কামহিন্দা

স্বাক্ষর অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ ডাক্তার এর সম্মুখে প্রদান করতে হবে।

চিকিৎসকের স্বাক্ষর