



বিস্মিল্লাহির রহমানির রাহীম
মার্কেটাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

ইসলামী শরী'আহ মোতাবেক পরিচালিত
 প্রধান কার্যালয় : আল-রাজী কমপ্লেক্স (৯ম তলা) ১৬৬-১৬৭, শহিদ সৈয়দ নজরুল ইসলাম সরণি, পুরানা পল্টন, ঢাকা-১০০০, ফোন : ০২-২২৩৩৫০৭০৪
 E-mail: info@milil.com.bd, Web: www.milil.com.bd, Hotline: 09603-001122
 গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)



জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র

১. এফ, এ কোড :

প্রস্তাবপত্র নং :

পলিসি রেফারেন্স নং / পলিসি নং : তারিখ : ৪ মেয়াদ : ২২

বীমা পলিসির নাম / শ্রেণি : বার্ষিক পেমেন্ট/বীমা অংক :

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	বাংলায় : <u>আফাজুল হক</u> ইংরেজিতে : <u>AFAJUL HOQUE</u>	জন্ম তারিখ :	<u>৪/০৪/১৯৮৫</u>	বয়স :	<u>৪২</u>
পিতার নাম :	বাংলায় : <u>আব্দুল ওয়ালী</u> ইংরেজিতে : <u>AKKAS ALI</u>	জাতীয়তা :	বাংলাদেশী	শিক্ষাগত যোগ্যতা :	
মোবাইল (বাসা) :	টেলিফোন (অফিস) :	মাতার নাম :	<u>আয়েশা খাতুন</u>	স্বামী/স্ত্রীর নাম :	
ফ্যাক্স :	ই-মেইল :	মোবাইল :	<u>০১২০৫০২৪২৫৩</u>		

৩. পরিচিতিপত্র :

ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং..... হ্যাঁ না

খ) পাসপোর্ট/ড্রাইভিং লাইসেন্স নং..... হ্যাঁ না

গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং..... হ্যাঁ না

ঘ) ই-টি আই এন (যদি থাকে)..... হ্যাঁ না

ঙ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :..... হ্যাঁ না

৪. স্থায়ী ঠিকানা (বাংলা ও ইংরেজি)

ডাঃ চৌদার, লো, হাকছো
স্থান: হোয়াসপুর - চিকিৎসা নগর

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা (বাংলা ও ইংরেজি)

৫২

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত)

ড্রাগস্টার

৭. গ্রাহকের অর্ধের উৎস : বার্ষিক আয় :

৮. অর্ধের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি

মাসিক ত্রৈমাসিক বার্ষিক এককালীন

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ : ২০,৫০০০০ ৫০২৫০৮ ১৪৯৬১০৬ ১০০০০০

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ) (খ) নগদ

আবদুল

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	<u>স্বী</u>	সম্পর্ক :	<u>স্ত্রী</u>	বয়স :	<u>৬২</u>	শতকরা :	<u>২৫%</u>
মনোনীত ব্যক্তির নাম :	<u>হেলে</u>	সম্পর্ক :	<u>স্ত্রী</u>	বয়স :	<u>২২</u>	শতকরা :	<u>২৫%</u>
মনোনীত ব্যক্তির নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :		শতকরা :	
অভিভাবকের নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :		শতকরা :	

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ : নিম্ন উচ্চ

১৪. মন্তব্য : বীমাটি গ্রহণ করা হবে ২৫%



MD. OMA FARUK
 ZONE INCHARGE
 HOSSAINPUR KISHORE

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য। আমি তথ্য প্রদানে কোনো প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং ডাক্তারি পরীক্ষা প্রযোজ্য হলে ডাক্তারি পরীক্ষার সময় আমি যে ঘোষণা প্রদান করেছি তা প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোনো প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে মার্কেটাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডকে যে কোনো তথ্য অনুসন্ধান অনুমতি এবং প্রত্যেক ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে যে কোনো তথ্য প্রদান করার অধিকার দিলাম এবং আমার মোট প্রিমিয়ামের শতকরা ২ ভাগ কর্তনপূর্বক ভাবারক তহবিলে জমা করতে সম্মত আছি। উল্লিখিত বিবৃতিতে কোনো অসত্য বর্ণনা থাকলে প্রস্তাবিত বীমাচুক্তি বাতিল হয়ে যাবে এবং প্রদত্ত প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত হবে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই বীমা প্রস্তাব যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রশিদ ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীন মার্কেটাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের কোন দায় ও দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

বিশেষ অনুরোধ (যদি থাকে)

বিশেষ দৃষ্টব্য :- এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষরের পূর্বে অনুগ্রহ করে নিশ্চিত হউন যে, আবেদনপত্রে দেয়া তথ্য সমূহ সম্পূর্ণ সঠিক। যে কোন ভুল তথ্যের জন্য আবেদন পত্রটি বাতিলযোগ্য হবে।

স্বাক্ষরের তারিখ : ০২/১০/২২ (১)	জোনাথান প্র জোনাথান প্র (প্রস্তাবকের স্বাক্ষর)	জোনাথান প্র জোনাথান প্র (প্রস্তাবকের স্বাক্ষর)
স্বাক্ষরের স্থান : জোনাথান প্র	জোনাথান প্র	জোনাথান প্র
অভিভাবকের নাম ও স্বাক্ষর (প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে)	প্রস্তাবকের পুরো নাম (নিজ হস্তে)	

উন্নয়ন কর্মকর্তার গোপনীয় প্রতিবেদন

১। আপনি কত দিন যাবৎ প্রস্তাবককে চেনেন?	২০ বছর
২। তাঁর সঙ্গে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	২
৩। আপনি কি কখনো তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন? যদি জেনে/ শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন। যদি অবহিত থাকেন তবে, তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	
৪। আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্বাস্থ্যের অধিকারী?	হ্যাঁ
৫। আপনি কি নিশ্চিত যে তার অভ্যাস ও জীবনযাত্রা প্রণালী স্বাভাবিক এবং তার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয়?	হ্যাঁ
৬। তার সঠিক পেশা কি? পেশার বিস্তারিত বিবরণ লিখুন।	প্রবন্ধ
৭। তার আর্থিক অবস্থা সম্বন্ধে আপনার সুস্পষ্ট ধারণা কি? তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত এবং আয়ের উৎস কি?	আয়- ৩৫৫৫০০/- ব্যয়- ২৫৫৫০০/-
৮। আপনি কি মনে করেন, প্রস্তাবিত বীমা অঙ্ক (পূর্ববর্তী কোন বীমা থাকলে তার অঙ্কসহ) তার আয়ের সঙ্গে সমজস্যপূর্ণ?	হ্যাঁ
৯। প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট পত্রাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণার সঙ্গে সমজস্যপূর্ণ বলে মনে করেন কি?	হ্যাঁ
১১। আপনি কি মনে করেন যে, পেশা বা জীবনযাত্রা প্রণালী, দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংস্বেহেতু প্রস্তাবকের জীবনের উপর অতিরিক্ত কোন মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?	না

ফ্যা ইনস্যুরেন্স অ্যাসোসিয়েট	জোনাল ইনচার্জ বা তদুর্ধ্ব পর্যায়ের কর্মকর্তা
স্বাক্ষর : গণেশ সান্নি	প্রস্তাবপত্রের তথ্যসমূহ সঠিক, আমি উল্লিখিত তথ্য যাচাই করেছি।
পূর্ণ নাম : গণেশ সান্নি	স্বাক্ষর :
কোডনং : ৫৩২২	পূর্ণ নাম :
তারিখ :	পদমর্যাদা :
	কোডনং :
	তারিখ :



JONOSHASTHO GENERAL HOSPITAL

988/1, Nagua (Kadomtola), Hossainpur Road,
Kishoreganj Sadar PS, Kishoreganj-2300

01721-446415, 01721-446717, 01721-446418

Patient ID : 98 Receive : 11/10/2022 2:40 PM Print : 11/10/2022 2:42 PM
Patient Name: AFAZ UDDIN Age.35 : Gender : Male
Ref. By : Self

X-RAY OF CHEST P/A VIEW (DIGITAL)

Findings:

Trachea: Central in position.

Diaphragm: Both hemidiaphragm are normal in position.

C-P angles are clear.

Heart: Normal in T.D.

Lung: Lung fields are clear.

Bony thorax: Reveals no abnormality.

Comments: Normal chest skiagram.

Afroza

Dr. Afroza Akther

MBBS, MD (Radiology & Imaging). Consultant Radiologist
CT scan & MRI Specialist
Shaheed Suhrawardy Medical College & Hospital
BMDC Reg No: 52453
Mobile: 01743605621

This report has been electronically signed

Page 1 of 1

N.B. This interpretation is applicable only for the treatment purpose and should not be applicable for medicolegal purpose.



HOSPITAL

988/1, Nagua (Kadomtola), Hossainpur Road,
Kishoreganj Sadar PS, Kishoreganj-2300
01721-446415, 01721-446717, 01721-446418

Patient ID	98	Date	11-10-2022
Patient's Name	Afaz Uddin		
Age	35 Years	Gender	M
Ref. by Dr./Prof.	Self		

URINE EXAMINATION REPORT

Specimen : Urine
Investigation : Urine For R/E.

PHYSICAL EXAMINATION

Quantity 20 ml.
Color Yeallow
Appearance Clear
Sediment Present
Blood Nil
Specific Gravity Q.N.S.

CHEMICAL EXAMINATION

Reaction Acidic
Excess of Phosphate Nil
Albumin (1+)
Sugar Nil
Acetone Not Done

MICROSCOPIC EXAMINATION

Epithelial Cell 7-8 /HPF
Pus cell 5-6/HPF
RBC Nil
Granular Cast Nil
Calcium Oxalate 10-12

JSM
10/11/22

Jakia Sultana
Re.No. 694053
Medical Technologist
Jonoshshastho General Hospital

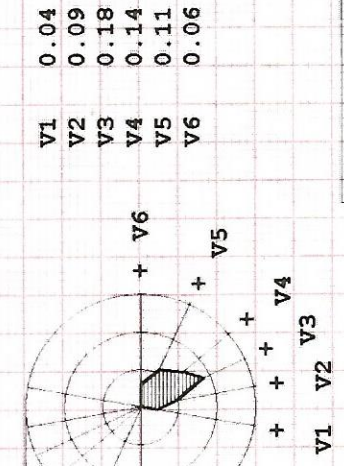
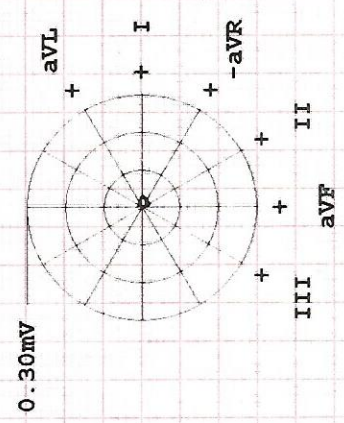
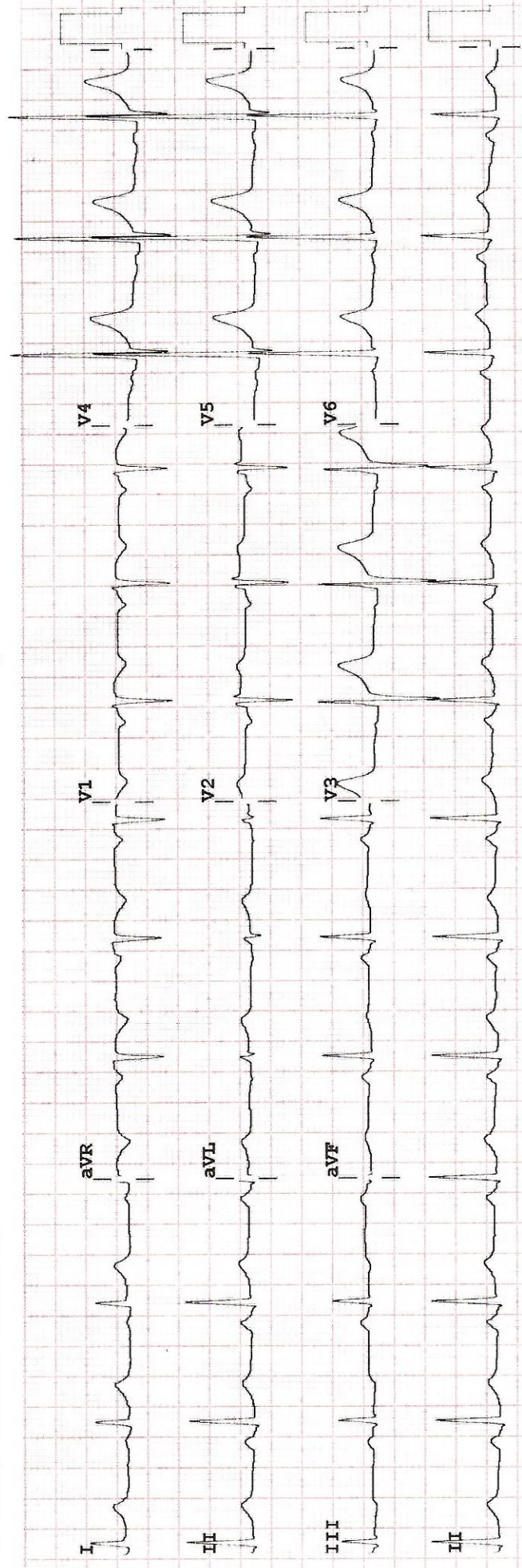
Rate 76 . Age not entered, assumed to be 50 years old for purpose of ECG interpretation
 PR 154 . Sinus rhythm.....normal P axis, V-rate 50- 99
 QRS 90 . Left atrial enlargement.....P, P'>60ms, <-0.15mV V1
 QT 372 . RSR' in V1 or V2, probably normal variant.....small R' only
 QTc 419 . Left ventricular hypertrophy.....multiple voltage criteria
 . ST elev, probable normal early repol pattern.....ST elevation, age<55

ID 98
 Name Afaz Uddin
 Sex Male
 Age 35

--AXIS--

P 72
 QRS 53
 T 18
 12 Lead; Standard Placement

Conf by Doctor



aVL	0.02	V1	0.04
I	0.03	V2	0.09
-aVR	0.02	V3	0.18
II	0.02	V4	0.14
aVF	0.01	V5	0.11
III	-0.01	V6	0.06

Device: Speed: 25 mm/sec Limb: 10 mm/mV Chest: 10.0 mm/mV
 F 60~ 0.15- 40 Hz 100B CL P??