



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 : ০২-২২৩৩৫০৭০৮

E-mail: info@milil.com.bd, Web: www.milil.com.bd, Hotline: ০৯৬০৩-০০১১২২

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র



১. এফ, এ কোড

২০০০০৮৩২৭

প্রস্তাবপত্র নং

৩২১৩০০০২১১৫

পলিসি রেফারেন্স নং / পলিসি নং :

বীমা পলিসির নাম / শ্রেণি

হাসান আলি

তারিখ : ৪-১২-২০১১

বার্ষিক পেনশন/বীমা অংক : ২০২০০০

২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	বাংলায় : মোঃ বাদশা আলম	জন্ম তারিখ :	০২-০৬-২০০১	বয়স :	২২
	ইংরেজিতে : MD. BADSHA ALAM	জাতীয়তা :	বাংলাদেশী	শিক্ষাগত যোগ্যতা :	স্নেহ
পিতার নাম :	বাংলায় : মোঃ মামুনুল ইসলাম	মাতার নাম :	মোছাঃ ফজিলা আতুন		
	ইংরেজিতে : MD. MOMENUL ISLAM	স্বামী/স্ত্রীর নাম :	মোছাঃ ফজিলা আতুন		
মোবাইল (বাসা) :	০১৩১৭-২১৫৫১২	টেলিফোন (অফিস) :		মোবাইল :	০১৭৪৫-৭৩৫৪৬৭
ফ্যাক্স :		ই-মেইল :			

৩. পরিচিতিপত্র :

- ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং : ৪৬৬১০৩১৫৫৫
- খ) পাসপোর্ট/ড্রাইভিং লাইসেন্স নং : মেয়াদ :
- গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :
- ঘ) ই-টি আই এন (যদি থাকে) :
- ঙ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :

হ্যাঁ ☐ না ☐

হ্যাঁ ☐ না ☐

হ্যাঁ ☐ না ☐

হ্যাঁ ☐ না ☐

হ্যাঁ ☐ না ☐

৪. স্থায়ী ঠিকানা (বাংলা ও ইংরেজি)

বাংলায় : বেঙ্গল গার্লস হাইস্কুল, কলকাতা-৭২২৬, কলকাতা, দিল্লি	
ইংরেজিতে : Bengl Girls High School, Kolkata-7226, Kolkata, Delhi	

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা (বাংলা ও ইংরেজি)

বাংলায় :	
ইংরেজিতে :	

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত)

পেশাগত ঠিকানা (নাম/পদবি/ঠিকানা) :	হুসি ও পল্লি পান
-----------------------------------	------------------

৭. গ্রাহকের অর্থের উৎস

উৎস :	কৃষি, উৎপাদন	বার্ষিক আয় : ২,২০,০০০/-
-------	--------------	--------------------------

৮. অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি

পদ্ধতি :	হুসি, উৎপাদন
----------	--------------

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি

মাসিক ☐ ত্রৈমাসিক ☐ ষান্মাসিক ☒ বার্ষিক ☐ এককালীন ☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ

পরিমাণ :	২০০০০৮
----------	--------

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ) (খ) নগদ

মাধ্যম :	নগদ
----------	-----

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	মোঃ মুহম্মদ	সম্পর্ক :	পিতা	বয়স :	২১	শতকরা :	১০০%
মনোনীত ব্যক্তির নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :		শতকরা :	
মনোনীত ব্যক্তির নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :		শতকরা :	
অভিভাবকের নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :		শতকরা :	

নমিনির
ছবি

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ :

☒ নিম্ন ☐ উচ্চ

১৪. মন্তব্য :

স্বাক্ষর :

MST. SHAPLA KHATUN

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তার নাম : MST. SHAPLA KHATUN
In-Charge (Sales) Zone
Islamic Life Insurance Ltd.

হাসান

গ্রাহকের স্বাক্ষর

MD. ASHRAFUL ISLAM

Trainee Officer (Cash)
In-Charge (Sales) Zone
Setabgonj Zonal Office
Islamic Life Insurance Ltd.

১৫. সহযোগী বীমা :

☐ DIAB

☐ PDAB

☐ HI

১৬. আপনার জীবনের উপর অন্যকোন বীমা থাকলে অথবা আবেদন করে থাকলে বিবরণ দিন :

পলিসি নং	কোম্পানির নাম	বীমা অঙ্ক	বীমা শুরু তারিখ

১৭. পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	বর্তমান বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ
পিতা	০১	৫৩	স্বাস্থ্য		
মাতা	০১	৪৬	স্বাস্থ্য		
ভাই	০১	২২	স্বাস্থ্য		
বোন	০১	২৬	স্বাস্থ্য		
স্বামী/স্ত্রী	০১	২০	স্বাস্থ্য		
ছেলে					
মেয়ে					

১৮. স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি (সকল প্রশ্ন এই আবেদনপত্রের প্রথম পৃষ্ঠায় উল্লিখিত প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক সম্পর্কিত)

ক. উচ্চতা.....৫..... ফুট.....৫..... ইঞ্চি অথবা.....৫..... মিঃ.....৫..... সেঃ মিঃ.....৫.....	বুকের মাপ পূর্ণ শ্বাস নিয়ে	ইঞ্চি.....৬৪..... সেঃ মিঃ.....৫.....
ওজন.....৫২..... পাউন্ড/কেজি সনাক্তকারী চিহ্ন.....৫২.....	শ্বাস ত্যাগের পর	ইঞ্চি.....৬২..... সেঃ মিঃ.....৫.....
	নাভি বরাবর পেটের মাপ	ইঞ্চি.....৬০..... সেঃ মিঃ.....৫.....

খ. আপনি কি সম্পূর্ণ সুস্থ?

গ. পূর্ববর্তী বছরে ওজন পরিবর্তন হয়েছে কি? কী কারণে পরিবর্তন হয়েছে?

ঘ. আপনার কি কোন ব্যক্তিগত চিকিৎসক বা পারিবারিক ডাক্তার আছে?

ঙ. i. আপনি কি ধূমপান বা তামাক জাতীয় দ্রব্য গ্রহণ করেন?

ii. আপনি কি ধূমপান বা তামাক জাতীয় দ্রব্য গ্রহণ করতেন এবং ছেড়ে দিয়েছেন? (যদি হ্যাঁ হয়, তবে কারণ ও তারিখ নিচে 'মন্তব্য' এর স্থানে উল্লেখ করুন)

চ. আপনি কি কখনো মাদকাসক্ত ছিলেন বা অতিরিক্ত অ্যালকোহল গ্রহণ করতেন অথবা মাদকাসক্তি নিরাময়ের জন্য চিকিৎসা নিয়েছিলেন?

ছ. আপনার কি শারীরিক বা স্বাস্থ্যগত বৈকল্য ছিল?

জ. আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত রোগে ভুগেছেন বা চিকিৎসা নিয়েছেন?

i. শ্বাসকষ্ট, যক্ষা, শ্বাসযন্ত্র ও ফুসফুসের রোগ, বাতজ্বর, উচ্চ রক্তচাপ, বুকে ব্যথা, বুক ধড়ফড়, হৃদযন্ত্রের রক্তনালীর অসুখ?

ii. অস্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া, হেপাটাইটিস, যকৃতের বা পিত্তথলির কোন রোগ।

iii. মূত্রনালীতে পাথর, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, পাকস্থলী বা পেটের অন্য কোন পীড়া।

iv. মৃগীরোগ, মানসিক বা স্নায়বিক গোলযোগ বা রোগ।

v. ডায়াবেটিস, যৌনরোগ, ক্যান্সার, টিউমার অথবা অন্যকোনো রোগব্যাধি বা গুরুতর আঘাত।

vi. চোখ, কান, গলা, পেশী, মস্তিষ্ক অথবা জয়েন্টের কোন সমস্যা।

vii. অসুস্থতা, অপারেশন, মেডিকেল উপদেশ এবং অন্য যেকোনো অসুস্থতা যেগুলো উপরে চিহ্নিত করা হয়নি।

ঝ. আপনি কখনো কি ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা যেমন- X-Ray, Ultrasonogram, C.T. Scan, Biopsy, Electrocardiogram রক্ত এবং মূত্র পরীক্ষা করেছেন?

i. আপনি কি বর্তমানে চিকিৎসাধীন?

ii. আপনাকে কখনো অঙ্গ প্রতিস্থাপন করতে বলা হয়েছে / আপনার কি কখনো অঙ্গ প্রতিস্থাপন করতে হয়েছে?

iii. আপনার কখনো মেডিকেল টেস্ট করার প্রয়োজন হয়েছে?

ঞ. আপনি এইডস সংক্রান্ত চিকিৎসকের পরামর্শ, উপদেশ বা চিকিৎসা পেয়েছেন? এইডস সংক্রান্ত জটিলতা অথবা এইডস সম্পর্কিত অন্যকোনো পরিণতি অথবা যৌন রোগের মতো কোনটি

ছিল বলে বলা হয়েছে? আপনার এইচআইভি পরীক্ষা করা হয়েছে? (অনুগ্রহ করে কারণ ও ফলাফল উল্লেখ করুন, অথবা আপনার নিম্নোক্ত উপসর্গগুলো ছিল এবং এখনো রয়েছে-

যেমনঃ ক্লান্তি, ওজন কমে যাওয়া, বড় হয়ে যাওয়া লসিকাগ্রন্থি বা চামড়ায় অস্বাভাবিক ক্ষত ইত্যাদি।)

ট. আপনার জানামতে আপনার পরিবারের নিকটতম কোন সদস্যের কখনো যক্ষা, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ, মানসিক রোগ বা আপনার স্বামী/স্ত্রীর কোন এইডস সংক্রামিত অবস্থা ছিল কিনা?

ঠ. আপনি কি বর্তমানে সামরিক বাহিনীর সদস্য, আপনি বা প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকদের কেউ কি কোন ঝুঁকিপূর্ণ খেলায় যেমন - স্কাই ড্রাইভিং, আন্ডার ওয়াটার ড্রাইভিং, হান্ড-গ্লাইডিং,

প্যারাসুটিং, পর্বতারোহণ, মোটরসাইকেল রেসিং বা নৌকাবাইচ, সার্কিং, স্থলে বা জলে স্কেটিং ইত্যাদি অথবা ফ্লাইং (নিয়মিত) শিডিউলড এয়ারলাইনসের কাজে নিয়োজিত?

ড. আপনার কি দুর্ঘটনা বা জীবন বীমার পূর্ববহাল আবেদন কখনো প্রত্যাখান, স্থগিত, মূল্যায়ন বা অন্য কোনোভাবে পরিবর্তন করা হয়েছে? যদি হয়, তবে প্রতিষ্ঠানের নাম

বীমা প্রস্তাবকের নিজস্ব ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য। আমি তথ্য প্রদানে কোনো প্রকার অসত্য 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 লিমিটেড**কে যে কোনো তথ্য অনুসন্ধান অনুমতি এবং প্রত্যেক ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে যে কোনো তথ্য প্রদান করার অধিকার দিলাম এবং আমার মোট প্রিমিয়ামের শতকরা ২ ভাগ কর্তনপূর্বক ভাবাররু 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 : ১৬/০৪/২০২৩ (১) স্বাক্ষর (২) স্বাক্ষর
(প্রস্তাবকের স্বাক্ষর) (প্রস্তাবকের স্বাক্ষর)

স্বাক্ষরের স্থান : ঢাকা (৩) স্বাক্ষর
(প্রস্তাবকের পুরো নাম (নিজ হস্তে))

অভিভাবকের নাম ও স্বাক্ষর (প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে)

উন্নয়ন কর্মকর্তার গোপনীয় প্রতিবেদন

১। আপনি কত দিন যাবৎ প্রস্তাবককে চেনেন?	২০
২। তাঁর সঙ্গে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	৫-দিন
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।	না
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।	ইন্টি, পল্লী পানন/
৭। তার আর্থিক অবস্থা সমন্ধে আপনার সুস্পষ্ট ধারণা কি? তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত এবং আয়ের উৎস কি?	আয়- ১,২০০০/- ব্যয়- ২,২০,০০০/-
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 সংস্রবহেতু প্রস্তাবকের জীবনের উপর অতিরিক্ত কোন মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?	না

ফ্যাইন্যান্সিয়াল অ্যাসোসিয়েট	জোনাল ইনচার্জ বা তদুর্ধ্ব পর্যায়ের কর্মকর্তা
স্বাক্ষর : <i>নাজমুল</i>	প্রস্তাবপত্রের তথ্যসমূহ সঠিক, আমি উল্লিখিত তথ্য যাচাই করেছি।
পূর্ণ নাম : <i>শ্রী: নাজমুল হক</i>	স্বাক্ষর : <i>মস্ট শাপলা খাতুন</i>
কোডনং : <i>২০০৫৪৫৩৭</i>	পূর্ণ নাম : MST: SHAPLA KHATUN
তারিখ : <i>২৫/০৮/২০২১</i>	পদমর্যাদা : ID No:- 008326
	In-Charge Setabganj Zone
	Mercantile Islami Life Insurance Ltd.
	Setabganj, Dhaka
	কোডনং : Setabganj, Dhaka
	তারিখ : Setabganj, Dhaka

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
Government of the People's Republic of Bangladesh
National ID Card / জাতীয় পরিচয় পত্র

নাম: মোঃ সুমন ইসলাম
Name: MD. SUMON ISLAM
পিতা: মোঃ মোমিনুল ইসলাম
মাতা: মোছাঃ ফজিলা খাতুন
Date of Birth: 17 Aug 2004
ID NO: 5122359549

এই কার্ডটি গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের সম্পত্তি। কার্ডটি ব্যবহারকারী ব্যক্তি অনা
বেধাও পাওয়া গেলে নিকটস্থ পোস্ট অফিসে জমা দেবার জন্য অনুরোধ করা হলো।

ঠিকানা: বাসা/হোডিং: বেড়গাঁও, গ্রাম/রাজা: বেড়গাঁও, ডাকঘর: কামোর হাট - ৫২২৬,
কাহারোল, দিনাজপুর

রক্তের গ্রুপ/ Blood Group: জন্মস্থান: দিনাজপুর

প্রদানকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর: প্রদানের তারিখ: ১২/১১/২০২২

MST.SHAPLA KHATUN
ID No.: 008326
In-Charge Setabganj Zone
Mercantile Islamic Life Insurance Ltd.
Setabganj, Dhaka

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ: ০০০০০০
১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম
(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ) (খ) নগদ: নগদ

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য:

মনোনীত ব্যক্তির নাম: <u>মোঃ সুমন</u>	সম্পর্ক: <u>বোহ</u>	বয়স: <u>২১</u>	শতকরা: <u>১০০%</u>
মনোনীত ব্যক্তির নাম:	সম্পর্ক:	বয়স:	শতকরা:
মনোনীত ব্যক্তির নাম:	সম্পর্ক:	বয়স:	শতকরা:
অভিভাবকের নাম:	সম্পর্ক:	বয়স:	

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ: ☒ নিম্ন ☐ উচ্চ

১৪. মন্তব্য: সিগারেট ঝুঁকি প্রসূতি করা হয়েছে।

MST.SHAPLA KHATUN
পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তার স্বাক্ষর
In-Charge Setabganj Zone
Mercantile Islamic Life Insurance Ltd.

গ্রাহকের স্বাক্ষর

MD. ASHRAFUL ISLAM
Trainee Officer (Cash)
Setabganj Zone Office
Mercantile Islamic Life Insurance Ltd.

স লিমিটেড

১০০০, ফোন: ০২-২২৩৩৫০৭০৮
২



মেয়াদ: ২১
ক: ২০২৩০০

৬-২০০১ বয়স: ২২
শিক্ষাগত যোগ্যতা: এম এম
: ফজিলা খাতুন
না: জামিলা ওসমান
বাইল: ০১৭৪৫-৭৩৫৪৬৭

হ্যাঁ ☐ না ☐
হ্যাঁ ☐ না ☐
হ্যাঁ ☐ না ☐
হ্যাঁ ☐ না ☐
হ্যাঁ ☐ না ☐

২২৬, কামোর হাট, দিনাজপুর
০২০.০০০/-

বার্ষিক ☐ এককালীন ☐

নমিনির
ছবি