



# প্রাইম ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয় : রাজ ভবন (৬ষ্ঠ তলা) ২৯, দিলকুশা বাণিজ্যিক এলাকা, ঢাকা-১০০০

রিভিশন-০১

এইচএসই ফরম- এ

কর্মকর্তা/কর্মচারীদের চিকিৎসার্থে হাসপাতালে অবস্থানের সুবিধা গ্রহণ  
অন্তর্ভুক্তিকরণ ও তথ্য ফর্ম

## A. কর্মকর্তা/কর্মচারীর বিস্তারিত বিবরণ

কর্মকর্তা/কর্মচারীর আইডি নং :

১. কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম :	
২. পদবী :	৩. ডিপার্টমেন্ট :
৪. যোগদানের তারিখ :	৫. স্থায়ী হওয়ার তারিখ :
৬. লিঙ্গ : পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/>	৭. বৈবাহিক অবস্থা : অবিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/>
৮. অফিসের ঠিকানা :	৯. টেলিফোন নম্বর (যদি থাকে) : মোবাইল নম্বর :

## B. নির্ভরশীলকারীর বিস্তারিত বিবরণ

নির্ভরশীলকারীর অবস্থা	নাম	জন্ম তারিখ	পেশা (যদি থাকে)	নির্ভরশীল হওয়ার তারিখ
স্বামী বা স্ত্রী				
ছেলে মেয়ে (অবিবাহিত ও বেকার) (২৫ বছর এবং তার নিচে)	১)			
	২)			

বি:দ্র: i) বয়স প্রমাণের জন্য অনুগ্রহ করে জন্ম সনদের/মাধ্যমিক পরীক্ষার/জাতীয় পরিচয়পত্র অথবা পাসপোর্ট এর সত্যায়িত কপি প্রদান করতে হবে।

ii) নির্ভরশীল হিসেবে নতুন অন্তর্ভুক্তির জন্য ১ মাসের মধ্যে নাম প্রদান করতে হবে।

কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর  
তারিখ :

বিভাগীয় প্রধান/জোন প্রধান/অফিস ইনচার্জ এর স্বাক্ষর

প্রশাসন বিভাগের স্বাক্ষর