

**আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী**

মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ

পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ

ফোন : (৮৮০-২) ৯৫৬১৭৯১

ফ্যাক্স : (৮৮০-২) ৪৭১১২১১১

www.metlife.com.bd

গ্রুপ বীমা মৃত্যু দাবী ফর্ম

বীমাগ্রহীতার ১ নাম:
গ্রুপ পলিসি নম্বর:
বীমাকৃত ব্যক্তির আই. ডি নম্বর:

এই অংশটি বীমাগ্রহীতা পূরণ করবেন

- বীমাকৃত ২ ব্যক্তির নাম: _____
- বীমাকৃত ব্যক্তির ঠিকানা: _____
- বীমাকৃত ব্যক্তির জন্ম তারিখ: _____
- বীমাকৃত ব্যক্তির মৃত্যুর তারিখ: _____
- বীমাকৃত ব্যক্তির মৃত্যুর কারণ: _____
- বীমা কার্যকর হওয়ার তারিখ: _____
- বীমাকৃত অর্থের পরিমাণ: _____
- সর্বশেষ পূর্ণ দিবস কাজ করার তারিখ: _____

বীমাকৃত ব্যক্তি কর্তৃক মনোনীত বেনিফিসিয়ারির ° বৃত্তান্ত (প্রযোজ্য হলে)

- বেনিফিসিয়ারির নাম: _____
- বীমাকৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক: _____
- জন্ম তারিখ: _____
- বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা: _____
- মোবাইল / ফোন নম্বর: _____ বিকল্প মোবাইল / ফোন নম্বর: _____
- স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

ক্ষমতাপত্র

আমরা এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিসমূহ ও দাখিলকৃত সকল কাগজপত্র আমাদের জানা মতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিষ্ট, ল্যাবরেটরী, নিয়োগকর্তা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা যে কোন ব্যক্তিকে, যার কাছে বীমাকৃত মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, পরামর্শ, পরামর্শপত্র বা চিকিৎসা এবং হাসপাতাল সংক্রান্ত সকল নথিপত্রের অনুলিপি আছে তা মেটলাইফ (আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী) কে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপত্রের যে কোন অনুলিপি মূল দলিল বলে গণ্য হবে।

বীমাগ্রহীতার বক্তব্য

আমরা এই মর্মে নিশ্চিত করছি যে, উপরোক্ত বীমাকৃত ব্যক্তির মৃত্যুর তারিখে উক্ত গ্রুপ বীমা কার্যকর ছিল এবং তাঁর জীবনবীমা কার্যকর হবার দিন থেকে মৃত্যুর দিন পর্যন্ত উক্ত ব্যক্তি নিরবচ্ছিন্নভাবে আমাদের গ্রুপ বীমা পলিসিতে অন্তর্ভুক্ত ছিলেন। আমাদের রেকর্ড অনুযায়ী উপরে উল্লেখিত আই. ডি নম্বরের বিপরীতে উল্লেখিত বেনিফিসিয়ারি বীমা সুবিধা গ্রহণ করার জন্য মনোনীত।

বীমাগ্রহীতা কর্তৃক দায়িত্ব গ্রাণ্ড ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সীল মোহর: _____

তারিখ: _____

এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন

- মৃত্যু সনদপত্র:**
মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা হয়েছে এমন লাইসেন্সকৃত বেসরকারি হাসপাতাল / সরকারী হাসপাতাল কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সনদের মূল কপি অথবা সত্যায়িত ফটোকপি, অথবা মিউনিসিপাল কর্তৃপক্ষ যেমন সিটি কর্পোরেশন এর স্বাস্থ্য বিভাগ বা স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান / ওয়ার্ড কমিশনার / কাউন্সিলর (তাদের নিজ দাপ্তরিক ছাপানো লেটার হেড প্যাড এ) কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সনদের মূল কপি অথবা সত্যায়িত ফটোকপি।
- বয়সের প্রমাণ:**
বীমাকৃত ব্যক্তি এবং বেনিফিসিয়ারির বয়সের প্রমাণ দাখিল করতে হবে। বয়সের প্রমাণ হিসেবে নিম্নলিখিত দলিলাদি/ কাগজপত্র (যে কোন একটি) গ্রহণযোগ্য -
 - জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি
 - পাসপোর্টের ফটোকপি
 - ড্রাইভিং লাইসেন্সের ফটোকপি
 - এস. এস. সি বা সমমানের পরীক্ষার সার্টিফিকেটের ফটোকপি
- দুর্ঘটনা জনিত মৃত্যুর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত অতিরিক্ত কাগজপত্র দাখিল করতে হবে:**
 - সুরতহাল রিপোর্ট, ময়নাতদন্ত প্রতিবেদন অথবা ম্যাজিস্ট্রেট বা থানার ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা কর্তৃক ময়নাতদন্ত ব্যতিত সংস্কার করার অনুমতিপত্র (অথবা সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল বা ক্লিনিক এর চিকিৎসা সংক্রান্ত কাগজপত্র - প্রযোজ্য হলে)।
 - থানা থেকে দেয়া পুলিশ রিপোর্ট (এফ. আই. আর/ ফাইনাল পুলিশ রিপোর্ট) এর ফটোকপি (যদি থাকে)।
 - দুর্ঘটনা সংশ্লিষ্ট সংবাদ পত্রের কাটিং (যদি থাকে)।
- ক্রেডিট লাইফ পলিসির দাবীর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত অতিরিক্ত কাগজপত্র দাখিল করতে হবে:**
 - স্থান বা ক্রেডিট কার্ডের প্রাথমিক আবেদনপত্রের ফটোকপি।
 - মৃত্যুর তারিখে ব্যাংক একাউন্ট বা কার্ড একাউন্টের বকেয়া প্রদর্শিত লেনদেনের বিবরণী।

বিঃ দ্রঃ কোম্পানী প্রয়োজনবোধে অতিরিক্ত তথ্য ও কাগজপত্র চাইতে পারে।

১. বীমাগ্রহীতা: যে প্রতিষ্ঠান বীমাটি কিনেছে বা বীমাটির স্বত্বাধিকারী।

২. বীমাকৃত ব্যক্তি: যার জীবন, স্বাস্থ্য বা দায় বীমা দ্বারা সুরক্ষিত।

৩. বেনিফিসিয়ারি: যে ব্যক্তি বা বীমাগ্রহীতাকে বীমা সুবিধাগ্রহী হিসাবে মনোনীত করা হয়েছে।

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী মুক্তরাষ্ট্রে লিমিটেড কোম্পানী হিসেবে নিগমিত