



\*METCL0201\*

**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

**একক বীমা মৃত্যু দাবী ফর্ম**

(বেনিফিসিয়ারি ১ অর্থাৎ বীমার অর্থ যাকে প্রদেয় শুধুমাত্র সেই ব্যক্তি বা ব্যক্তিবর্গই ফর্ম পূরণ করবেন। বেনিফিসিয়ারি একাধিক হলে প্রত্যেক বেনিফিসিয়ারির জন্য একটি করে পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে।)	
পলিসি নম্বর/ নম্বরসমূহ : _____ (বীমাগ্রহীতার সকল মেটলাইফ পলিসি নম্বর উল্লেখ করতে হবে)	
<b>প্রথম অংশ: মৃত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য</b>	
১. মৃত ব্যক্তির নাম: (বাংলায়): _____ (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে): _____	
২. মৃত্যুর তারিখ: _____	
৩. মৃত্যুর স্থান: _____	
৪. মৃত্যুর কারণ: _____	
<b>দ্বিতীয় অংশ: বেনিফিসিয়ারির তথ্য</b>	
১. নাম: (বাংলায়) : _____ (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে): _____	
২. বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা: _____	
৩. মোবাইল / ফোন নম্বর : _____ বিকল্প মোবাইল / ফোন নম্বর: _____	
৪. ই মেইল: _____	
<b>ক্ষমতাপত্র</b>	
আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি সমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিষ্ট, ল্যাবরেটরী, নিয়োগকর্তা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা যেকোন 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।	
বেনিফিসিয়ারির স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____	
<b>বেনিফিসিয়ারি অগ্রাণ্ড বয়স্ক হলে এই অংশটি পূরণ করতে হবে</b>	
বীমাদাবীকারীর নাম: _____ স্বাক্ষর: _____	
বেনিফিসিয়ারির সাথে সম্পর্ক: _____ তারিখ: _____	
<b>এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন</b>	
<b>১. মৃত্যু সনদপত্র:</b> মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা হয়েছে এমন লাইসেন্সকৃত বেসরকারী 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।	
<b>২. বয়সের প্রমাণ:</b> বীমাকৃত ব্যক্তি ২ এবং বেনিফিসিয়ারির বয়সের প্রমাণ দাখিল করতে হবে। বীমাকৃত ব্যক্তি এবং বীমাগ্রহীতা ৩ ভিন্ন ব্যক্তি হলে বীমাগ্রহীতার বয়সের প্রমাণও 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	
<b>৩. পলিসির মূল দলিল:</b> মূল পলিসি দলিল এই ফর্মের সাথে সংযুক্ত করতে হবে, যদি না সেটি ইতোমধ্যেই কোম্পানীর কাছে থেকে থাকে।	
<b>৪. দুর্ঘটনা জনিত মৃত্যুর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত অতিরিক্ত কাগজপত্র দাখিল করতে হবে -</b> ▪ 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 - প্রয়োজ্য হলে)। ▪ থানা থেকে দেয়া পুলিশ রিপোর্ট (এফ. আই. আর/ ফাইনাল পুলিশ রিপোর্ট) এর ফটোকপি (যদি থাকে)। ▪ দুর্ঘটনা সংশ্লিষ্ট সংবাদ পত্রের কাটিং (যদি থাকে)।	
বিঃ দ্রঃ কোম্পানী প্রয়োজনবোধে অতিরিক্ত তথ্য ও কাগজপত্র চাইতে পারে।	

১. বেনিফিসিয়ারি : যে ব্যক্তিকে বীমা সুবিধাগ্রহী হিঁসাবে মনোনীত করা হয়েছে।

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

৩. বীমাগ্রহীতা: যিনি বীমাটি কিনেছেন বা যিনি বীমাটির স্বত্ত্বাধিকারী।

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী যুক্তরাষ্ট্রে লিমিটেড কোম্পানী হিসেবে নিগমিত