



METCLIL03

**আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী**

মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ

পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ

ফোন : (৮৮০-২) ৯৫৬১৭৯৯

ফ্যাক্স : (৮৮০-২) ৯৫৬৮৬৮২

www.metlife.com.bd

**একক বীমা দুর্ঘটনা/ অসুস্থতা দাবী ফর্ম**

অসুস্থতা জনিত দাবী	<input type="checkbox"/>
দুর্ঘটনা জনিত দাবী	<input type="checkbox"/>
ক্রিটিকাল ইলমেন্স জনিত দাবী	<input type="checkbox"/>
স্থায়ী অক্ষমতা জনিত দাবী	<input type="checkbox"/>
আংশিক অক্ষমতা জনিত দাবী	<input type="checkbox"/>
চলমান অক্ষমতা বা প্রিমিয়াম মওকুফ দাবী	<input type="checkbox"/>

(এই ফর্মটি বীমাগ্রহীতা \* পূরণ করবেন। বীমাগ্রহীতা অক্ষম হলে তার পক্ষে কোন নিকটাত্মীয় ফর্মটি পূরণ করবেন।)

পলিসি নম্বর/ নম্বর সমূহ :

(বীমাগ্রহীতার সকল মেটলাইফ পলিসি নম্বর উল্লেখ করতে হবে)

১. বীমাগ্রহীতার নাম (বাংলায়) : প্রথম অংশ \_\_\_\_\_ শেষ অংশ \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ \_\_\_\_\_

(ইংরেজী বড় হাতের অক্ষরে) : প্রথম অংশ \_\_\_\_\_ শেষ অংশ \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ \_\_\_\_\_

২. বীমাকৃত ব্যক্তির<sup>২</sup> নাম / রোগীর নাম : প্রথম অংশ \_\_\_\_\_ শেষ অংশ \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ \_\_\_\_\_

৩. বীমাগ্রহীতার বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা : বাড়ি/গ্রাম \_\_\_\_\_ রোড নং \_\_\_\_\_ ব্লক নং \_\_\_\_\_ ডাকঘর \_\_\_\_\_  
খানা \_\_\_\_\_ জেলা \_\_\_\_\_ দেশ \_\_\_\_\_

৪. মোবাইল / ফোন নম্বর : \_\_\_\_\_ বিকল্প মোবাইল / ফোন নম্বর : \_\_\_\_\_

৫. দুর্ঘটনা / অসুস্থতার ধরণ : \_\_\_\_\_ ৬. দুর্ঘটনা / অসুস্থতার তারিখ : \_\_\_\_\_ ই মেইল : \_\_\_\_\_

**বীমাদাবীর অর্থ পরিশোধের নির্দেশনা (বীমাদাবী অনুমোদন হওয়া সাপেক্ষে) °**

১. ব্যাংক একাউন্ট নাম : \_\_\_\_\_ ২. ব্যাংক ও শাখা : \_\_\_\_\_

৩. ব্যাংক হিসাব একাউন্ট নং : \_\_\_\_\_ ৪. রাউটিং নং : \_\_\_\_\_

আপনার ব্যাংক একাউন্ট না থাকলে আপনি মেটলাইফ প্রতিনিধি ব্যতীত অন্য যে কোন ব্যক্তি/ প্রতিষ্ঠানকে এ অর্থ গ্রহণ করার জন্য মনোনীত করতে পারেন। এক্ষেত্রে সম্পর্ক\* / মালিকানার\* প্রমাণপত্র প্রদান করতে হবে।

মনোনীত ব্যক্তি/ প্রতিষ্ঠানের নাম : \_\_\_\_\_

যদি মনোনীত ব্যক্তি হয় তবে, বীমা গ্রহীতার সাথে তার সম্পর্ক \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ : \_\_\_\_\_

\* বীমাগ্রহীতা ব্যতীত অন্য কোন ব্যক্তি/ প্রতিষ্ঠানকে অর্থ প্রদানের অনুমোদন দেয়ার ক্ষমতা কোম্পানী সংরক্ষণ করে।

**ক্ষমতাপত্র**

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিসমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞান মতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিস্ট, ল্যাবরেটরী, নিয়োগকর্তা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা যে কোন ব্যক্তিকে, যার কাছে আমার ও/বা আমার পরিবারের যে কোন বীমাকৃত সদস্যের 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 নাম : \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর : \_\_\_\_\_ তারিখ : \_\_\_\_\_

**এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন**

১. হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ কর্তৃক ইস্যুকৃত এবং স্বাক্ষরিত পূর্ণাঙ্গ ছাড়পত্র (সঠিক রোগ নির্ণয়ের নির্দেশনা সহ), দৈনিক ফলো আপ নোটস, কেস সামারি ও আইটেম অনুযায়ী হাসপাতালের বিল (যেখানে প্রযোজ্য) ইত্যাদির ফটোকপি।
২. নিবন্ধিত ডাক্তারের (নূন্যতম এমবিবিএস) প্রেসক্রিপশন এর ফটোকপি (অসুস্থতা / দুর্ঘটনার সঠিক কারণ নিরূপণের পূর্ণাঙ্গ বিবরণ সহ)।
৩. ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন অনুযায়ী করা সকল ডায়াগনস্টিক / পরীক্ষা-নিরীক্ষার রিপোর্টের ফটোকপি।
৪. ইমেজিং রিপোর্ট যেমনঃ এক্স-রে, এম আর আই বা সিটি স্ক্যান, ইত্যাদির ফটোকপি (যেখানে প্রযোজ্য)।
৫. সকল প্রকার বিলের মূল কপি (দুর্ঘটনা জনিত বীমা সুবিধার জন্য প্রযোজ্য) এবং আইটেম অনুযায়ী হাসপাতাল বিলের মূল কপি (সার্জিক্যাল বেনিফিট এর জন্য প্রযোজ্য)।
৬. ই এফ টি. পেমেট এর জন্য এম আই সি আর চেকের যেকোনো খালি পাতার ফটোকপি

বিঃ দ্রঃ কোম্পানী প্রয়োজনবোধে অতিরিক্ত তথ্য ও কাগজপত্র চাইতে পারে।

১. বীমাগ্রহীতা : যিনি বীমাটি কিনেছেন বা যিনি বীমাটির স্বত্বাধিকারী।  
২. বীমাকৃত ব্যক্তি : যার জীবন, স্বাস্থ্য বা দায় বীমা দ্বারা সুরক্ষিত।  
৩. বীমাদাবী অনুমোদন হলে আপনাদের প্রেরিত চেকের পাঠ্যে বিবরণ অনুযায়ী আপনার ব্যাংক একাউন্ট ইলেকট্রনিক দ্বারা ট্রান্সফারের মাধ্যমে বীমাদাবীর টাকা প্রেরণ করা হবে।  
ইলেকট্রনিক দ্বারা ট্রান্সফারের ব্যবস্থা না থাকলে আপনার নামে একাউন্ট পেদী চেক ইস্যু করে তা আপনার ঠিকানাতে ডাকযোগে প্রেরণ করা হবে।