



আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী
মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ
ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ
কল সেন্টার: ০৯৬৬৬৭৯৬৩৪৪
হটলাইন : ১৬৩৪৪
ফোন : (৮৮০-২) ৯৬৬৯৭৯৯

সারেডার আবেদন

পলিসি নম্বরঃ _____

আবেদনের তারিখঃ _____

আমি বীমা চুক্তির নিয়ম ও শর্তানুযায়ী আমার উপরোল্লিখিত পলিসিটি সারেডার করার জন্য আবেদন করছি। পলিসির মূল দলিল এবং প্রয়োজনীয় কাগজপত্র এই আবেদন পত্রের সাথে জমা দেয়া হলো। উল্লেখ্য যে, পলিসিটির নীতি সারেডার মূল্য (সারেডার ব্যয়, সারেডার প্রক্রিয়াকরণ ফি এবং বকেয়া যদি থাকে বাদ দিয়ে) সম্পর্কে আমি অবগত হয়েছি যা আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানির (মেটলাইফ) নিকট আমার এই পলিসির চূড়ান্ত ও পূর্ণাঙ্গ দাবি হিসাবে গণ্য হবে।

অনুগ্রহ করে অর্থ প্রদানের জন্য নিচের যে কোনো একটি পদ্ধতি নির্বাচন করুন

চেক গ্রহণের জন্য টিক চিহ্ন দিন

সেলস অফিস/এজেন্সি কোড/এজেন্সি নাম

ইলেকট্রনিক ফাউ ড্রাগফার

অ্যাকাউন্ট পেয়ি চেক

মেটলাইফ এর হেড অফিস ডিসপ্যাচ সেকশন হতে

ডাক যোগে ঠিকানায়

মেটলাইফ এজেন্সি/সেলস অফিস হতে

যদি আপনার নিজস্ব ব্যাংক অ্যাকাউন্ট না থাকে, তবে সম্পর্কের প্রমাণসহ আপনার কোন নিকট আত্মীয়কে (মেটলাইফ এর বীমা প্রতিনিধি ব্যতীত) অর্থ গ্রহণের জন্য মনোনীত করতে পারেন। উল্লেখ্য যে, বীমাগ্রহীতা ব্যতীত অন্য কোন ব্যক্তিকে অর্থ প্রদান কোম্পানির অনুমোদন সাপেক্ষ।

মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদান করা হোক

বীমাগ্রহীতার সাথে সম্পর্ক _____

অনুগ্রহ করে নিচে আপনার অথবা আপনার মনোনীত ব্যক্তির ব্যাংক অ্যাকাউন্ট এর বিবরণ দিন

(ইংরেজী বড় অক্ষরে লিখুন)

ব্যাংক অ্যাকাউন্ট হোল্ডার এর নাম : _____

ব্যাংক অ্যাকাউন্ট নং : _____

রাউটিং কোড (EFT এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) : | | | | | | | | | |

ব্যাংক এর নাম : _____

শাখা : _____

ব্যাংকের ঠিকানা (জেলা) : _____

স্বাক্ষর
নাম :
স্বাক্ষর :
ঠিকানা :
মোবাইল/ফোন নম্বর :

বীমাগ্রহীতার
নাম :
স্বাক্ষর :
ঠিকানা :
নিবন্ধিত মোবাইল নম্বর:
<input type="checkbox"/> নতুন মোবাইল নম্বর:
আমার উপরোল্লিখিত পলিসির নিবন্ধিত মোবাইল নম্বরটি অব্যবহৃত থাকায়, বর্ণিত নতুন মোবাইল নম্বরে যোগাযোগের অনুরোধ করছি।

বিশেষ দৃষ্টব্য, পলিসিটি সারেডার করার ফলে আপনি নিম্নোক্ত আর্থিক ক্ষতির সম্মুখীন হতে পারেনঃ

- জীবন বীমার আর্থিক নিরাপত্তা ও কর রেয়াতের সুবিধা থেকে বঞ্চিত হতে পারেন।
- আপনার প্রদেয় প্রিমিয়াম থেকে সারেডার মূল্য কম হতে পারে।
- নতুন পলিসি নিতে চাইলে, বয়স বেশি হওয়ার কারণে প্রিমিয়াম বেড়ে যেতে পারে।

এই ফর্মের সঙ্গে মূল বীমা দলিল ও নিম্নলিখিত কাগজপত্রাদি প্রদান করুন

- বীমাগ্রহীতা এবং মনোনীত ব্যক্তির বৈধ জাতীয় পরিচয়পত্র (উভয় দিক)/পাসপোর্ট/ড্রাইভিং লাইসেন্স এর ফটোকপি
- MICR চেক বই এর যেকোনো খালি পাতার ফটোকপি
- সম্পর্কের প্রমাণ প্রযোজ্য ক্ষেত্রে

বিশেষ দৃষ্টব্যঃ অর্থ প্রদানের প্রক্রিয়া শুরু করার পূর্বে প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, অপরিবর্তনীয় সুবিধাগ্রহীর অনুমোদন আবশ্যিক।



METCS0301

American Life Insurance Company

MetLife Building, 18-20 Motijheel C.A.
Dhaka-1000, Bangladesh
Call Center : 09666716344
HotLine : 16344
Telephone : (880-02) 9561791

Request for Surrender

Policy Number _____

Date of Application _____

I hereby apply for the Surrender of the above-mentioned policy under the terms and conditions of the insurance contract. The original policy document and other relevant papers are submitted herewith. It is agreed that I am aware of the Net Surrender Value (after deducting surrender charge, surrender processing fee and indebtedness, if any) that shall constitute full and final settlement of all claims under my above-mentioned policy to American Life Insurance Company (MetLife).

Please choose an option for payment:

- Electronic Fund Transfer
- Account Payee Cheque

Choose an option to receive cheque:

- MetLife Head Office Dispatch
- Mailing Address
- MetLife Agency/Sales Office

Sales Office/Agency Code/Agency Name

If you do not have your own bank account, you may authorize a **close relative** (other than a MetLife Representative) to receive the payment by providing **proof of relationship**. Note that, payment to proposed recipient other than the Policyowner is subject to company approval.

Pay to authorized person.

Relationship with Policyowner _____

Please provide your or your authorized person's bank details

(IN CAPITAL ENGLISH LETTER)

Name of the Bank A/C Holder : _____

Bank A/C Number : _____

Routing Code (Incass of EFT) : | | | | | | | | | |

Bank Name : _____

Branch : _____

Bank Address (District) : _____

Witness's
Name :
Signature :
Address :
Mobile/Phone Number:

Policyowner's
Name :
Signature :
Address :
Registered Mobile Number:
<input type="checkbox"/> New Mobile Number:
<small>Since the registered mobile number in my aforementioned policy is unused, please communicate in the new mobile number mentioned above.</small>

Please note, you may have to incur the following financial losses due to surrender of the policy:

1. You may be deprived from financial protection and tax rebate benefit of Life insurance.
2. Your surrender value may be less than your paid premium.
3. If you want to take a new policy, your premium may be higher due to increased age.

Please submit **original policy document** and the following documents with this form:

- Photocopy of valid National ID (both side) /Passport/Driving License of Policyowner and authorized person
- Photocopy of any blank MICR Cheque leaf of the account cheque book.
- Proof of Relations, if applicable.

Important Note: Clearance from Irrevocable Beneficiary, where applicable, is required for processing the payment.