


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 Partial Withdrawal

Policy Number: _____ **Amount of Partial Withdrawal:** _____ % of Net Cash Surrender Value / Maximum

I hereby apply for the payment of Partial withdrawal under the terms and condition of the above policy after deducting surrender processing fee and indebtedness, if any, to American Life Insurance Company (MetLife). Relevant papers are submitted herewith.

Please choose an option for payment: Choose an option to receive cheque:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electronic Fund Transfer | <input type="checkbox"/> MetLife Head Office Dispatch | Sales Office/Agency Code/Agency Name |
| <input type="checkbox"/> Account Payee Cheque | <input type="checkbox"/> Mailing Address | |
| | <input type="checkbox"/> MetLife Agency/Sales Office | |

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 (Incase of EFT) : |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|

Bank Name : _____

Branch : _____

Bank Address (District) : _____

Witness's

Name : _____

Signature : _____

Address : _____

Mobile/Phone Number: _____

Policyowner's

Name : _____

Signature : _____

Address : _____

Registered Mobile Number: _____

New Mobile Number: _____

Since the registered mobile number in my aforementioned policy is unused, please communicate in the new mobile number mentioned above.

Please submit the following documents with this form

- Photocopy of the Policy Specification Schedule (PSS) attested by the Policyowner and Financial Associate/Unit Manager/Branch Manager.
- 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:**
1. The amount of Account Value will decrease by the Partial Withdrawal amount with processing fee.
 2. All other terms and conditions will be applicable for Partial Withdrawal as per policy contract.
 3. Clearance from Irrevocable Beneficiary, where applicable, is required for processing the payment.



আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী
মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ
ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ
কল সেন্টার: ০৯৬৬৬৭৯৬০৪৪
হটলাইন : ১৬৩৪৪
ফোন : (৮৮০-২) ৯৬৬১৭৯৯

আংশিক উত্তোলনের আবেদন

পলিসি নম্বর _____ আংশিক উত্তোলনের পরিমাণ: নেট সারেডার মূল্যের _____ % / সর্বোচ্চ

আমি বীমা চুক্তির নিয়ম ও শর্তানুযায়ী বীমা সারেডার প্রক্রিয়াকরণ ফি এবং বকেয়া, যদি থাকে, বাদ দেয়ার পর নীচ আংশিক সারেডার মূল্য সম্পর্কে অবগত হয়ে আমার উপরোল্লিখিত বীমা পলিসি থেকে আংশিক উত্তোলনের জন্য আবেদন করছি। প্রয়োজনীয় কাগজপত্রাদি এই আবেদন পত্রের সাথে জমা দেয়া হলো।

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 ফান্ড ট্রান্সফার

মেটলাইফ এর হেড অফিস ডিসপ্যাচ সেকশন হতে

অ্যাকাউন্ট পেয়ি চেক

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।

এই ফর্মের সঙ্গে নিম্নলিখিত কাগজপত্রাদি প্রদান করুন:

- বীমাগ্রহীতা এবং ফিন্যান্সিয়াল অ্যাসোসিয়েট/ইউনিট ম্যানেজার/ব্রাঞ্চ ম্যানেজার দ্বারা স্বাক্ষরিত পলিসি স্পেসিফিকেশান সিডিউল (পিএসএস) এর ফটোকপি।
- 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 দৃষ্টব্য: ১. প্রসেসিং ফি সহ আংশিক উত্তোলনের পর অ্যাকাউন্ট ড্যান্ডার পরিমাণ কমে যাবে।

২. চুক্তি অনুযায়ী আংশিক উত্তোলনের অন্যান্য শর্তাবলী প্রযোজ্য হবে।

৩. অর্থ প্রদানের প্রক্রিয়া শুরুর পূর্বে প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, অপরিবর্তনীয় সুবিধাগ্রহীর অনুমোদন আবশ্যিক।