



আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী

মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মডিফিল বা/এ

পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ

ফোন : (৮৮০-২) ৯৫৬১৭৯১

ফ্যাক্স: (৮৮০-২) ৯৫৫৮৬৮২

www.metlife.com.bd

ঈদ-উল-আযহা প্রমোশনাল ক্যাম্পেইন বীমাদাবির ফর্ম

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

নিবন্ধনের জন্য ব্যবহৃত পলিসি নম্বর	_____
বীমাগ্রহীতার নাম	_____
রোগীর নাম	_____
মোবাইল/ফোন নাম্বার	_____
ঘটনার ধরন	_____
ঘটনার তারিখ	_____
প্রস্থানের তারিখ (ঈদ-উল-আযহা জন্য)	_____
আগমনের তারিখ (ঈদ-উল-আযহা থেকে)	_____

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	_____

Eid-Ul-Adha Promotional Campaign Claim Form

(This form must be filled out by the Policyholder. If the Policyholder is disabled, any close relative should fill.)

Policy Number used for registration _____

Policyholder's Name _____

Patient's Name _____

Mobile/Phone Number _____

Type of Incident _____

Date of Incident _____

Date of Departure (for Eid-Ul-Adha) _____

Date of Arrival (from Eid-Ul-Adha) _____

Authorization

I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge, and I hereby authorize all physicians, hospitals, clinics, pharmacists, laboratories, employers and any institution or any other person who has any record or information about me and/ or any of my insured family members to provide MetLife (American Life Insurance Company) any and all information with respect to medical history, consultation, prescription or treatments and copies of all hospital or medical records. Any copy of this authorization shall be taken as original.

Policyholder's Name _____

Signature _____

Date _____