

American Life Insurance Company
MetLife Building, 18-20 Motijheel C.A.
P.O. Box 9, Dhaka 1000, Bangladesh
Phone: (880-2) 9561791, Fax: (880-2)
9558682

POLICY NO.

(পলিসি নম্বর)

CLAIMANT'S STATEMENT FOR (বীমা দাবীকারীর বিবৃতি) :
please tick, where applicable (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক চিহ্ন প্রদান করুন)

- ACCIDENT CLAIM FINAL OR CONTINUING PROOF OF LOSS**
(দুর্ঘটনাজনিত চূড়ান্ত দাবী অথবা এতদসংক্রান্ত চলমান দাবীর প্রমাণ)
- WAIVER OF PREMIUM CONTINUANCE OF DISABILITY**
(প্রিমিয়াম মওকুফ সংক্রান্ত চলমান অক্ষমতার প্রমাণ)

PART A – COMPLETE IN FULL FOR ANY CLAIM (যে কোন ধরনের বীমাদাবীর জন্য পুরোটা পূরণ করুন)

1. Policy Owner's Name (বীমাপ্রাধিকারকের নাম) :
2. Present Address & Telephone/Mobile No
(বর্তমান ঠিকানা ও টেলিফোন/মোবাইল নম্বর) :
3. Date of accident or illness (দুর্ঘটনা বা অসুস্থতার তারিখ) :
4. If confined to Hospital give dates and name
(হাসপাতালে ভর্তি থাকলে তারিখ ও নাম লিখুন) :
5. If confined to bed or home, state which and from what date (শয্যাশায়ী বা বাসায় অবস্থান করলে, কোনটি এবং কোন তারিখ থেকে তা উল্লেখ করুন) :
6. If not confined, how do you spend your time
(অবরুদ্ধ না থাকলে আপনি কিভাবে আপনার সময় অতিবাহিত করেন) ?

PART B – COMPLETE FOR ACCIDENT CLAIM ONLY (শুধুমাত্র দুর্ঘটনাজনিত বীমাদাবীর ক্ষেত্রে পূরণ করুন)

1. How long were you TOTALLY DISABLED, solely by this injury so that you could not attend to ANY part of the duties of your occupation. (শুধুমাত্র এই আঘাতের কারণে আপনি কতদিন সম্পূর্ণ অক্ষম ছিলেন, যার কারণে আপনি আপনার পেশাগত দায়িত্বের কোন অংশই পালন করতে পারেননি?) From (হইতে) to (পর্যন্ত)
2. Did you visit your place of business during the period of TOTAL DISABILITY? If so, when and for what purpose? (সম্পূর্ণ অক্ষম থাকাকালীন সময়ে আপনি কি আপনার কর্মস্থলে গিয়েছিলেন? গিয়ে থাকলে কখন এবং কী কারণে?)
3. How long were you PARTIALLY DISABLED, solely by this injury so that you were unable to attend to certain IMPORTANT DAILY DUTIES of your occupation? (Do not include any period of total disability in this) (শুধুমাত্র এই আঘাতের ফলে কতটুকু সময় আপনি আংশিকভাবে অক্ষম ছিলেন যার কারণে আপনি আপনার নির্দিষ্ট প্রাথমিক গুরুত্বপূর্ণ পেশাগত দায়িত্ব পালন করতে পারেননি? - পূর্ণ অক্ষমতাকালীন সময় অন্তর্ভুক্ত করবেন না)
4. If PARTIAL DISABILITY is claimed, state the particular duties you were unable to perform during the ENTIRE PERIOD OF PARTIAL DISABILITY. (আংশিক অক্ষমতার দাবী করা হলে, আংশিকভাবে অক্ষম থাকাকালীন পুরো সময়কাল জুড়ে সুনির্দিষ্ট যে সকল কাজ করতে অক্ষম ছিলেন সেগুলো উল্লেখ করুন)
5. Has disability resulting from this accident ended and is this your complete claim
(এই দুর্ঘটনার দ্বারা সৃষ্ট আপনার অক্ষমতা থেকে কি সেরে উঠেছেন এবং এটা কি আপনার সম্পূর্ণ দাবী?)
6. Was any part of the period of either total or partial disability a period of vacation or unemployment? If so, explain? (আপনার এই অসুস্থতাকালীন সময়ে আপনি কি ছুটিতে ছিলেন বা কর্মসংস্থানহীন ছিলেন? তেমনটি থাকলে, ব্যাখ্যা করুন)
7. Are you entitled to any other benefits of compensation, from any source whatsoever? If so, name the companies or associations, or other sources, and give amount of weekly benefit payable by each (আপনি কি অন্য কোন উৎস হতে এতদসংক্রান্ত ক্ষতিপূরণ বা অর্থসুবিধা পাওয়ার অধিকারী? তেমনটি হলে, কোম্পানীর বা সংঘের বা অন্য কোন উৎসের নাম এবং প্রতিটি উৎস থেকে প্রদেয় সাপ্তাহিক ক্ষতিপূরণের পরিমাণ উল্লেখ করুন)
8. For what length of time do you claim full indemnity (কত সময়ের জন্য আপনি পূর্ণ ক্ষতিপূরণের দাবী উত্থাপন করছেন?)
9. For what length of time do you claim partial indemnity (কত সময়ের জন্য আপনি আংশিক ক্ষতিপূরণের দাবী উত্থাপন করছেন?)
10. Do you claim any other indemnity. If so, for what (আপনি কি অন্য কোন ক্ষতিপূরণ দাবী করছেন? করে থাকলে, কিসের জন্য?)

PART C – COMPLETE FOR WAIVER OF PREMIUM CLAIM ONLY (প্রিমিয়াম মওকুফ দাবীর ক্ষেত্রে পূরণীয়)

1. Describe fully your present condition (আপনার বর্তমান শারীরিক অবস্থার পূর্ণ বিবরণ প্রদান করুন)
2. State to what extent you are unable to follow any occupation for remuneration or profit.
(পারিশ্রমিক বা লাভের বিনিময়ে কোন পেশাগত কাজে নিয়োজিত হতে আপনি কতখানি অক্ষম তা উল্লেখ করুন)
3. Is your condition showing improvement? (আপনার শারীরিক অবস্থার কোন উন্নতি ঘটেছে কি?)

NOTE : This blank is furnished to the Insured without prejudice to or waiver of any right of defence that the Company may have relative to any claim filed hereunder. (এই ফরমে দাখিলকৃত কোন বীমাদাবীর বিষয়ে কোম্পানির আত্মপক্ষ সমর্থনের অধিকারকে খর্ব না করে বা পরিত্যাগ না করেই এই অপূরণকৃত ফরম বীমাকৃত ব্যক্তিকে সরবরাহ করা হলো)

The foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and belief, and I agree that payment according to the terms of the policy, for the period of disability as herein indicated shall be a full satisfaction and discharge of any and all claims the cause of which originated prior to date hereof (উপরোক্ত বিবৃতিসমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং আমি এইমর্মে সম্মত হচ্ছি যে, এখানে উল্লেখিত অক্ষম থাকাকালীন সময়ের জন্য বীমাচুক্তির শর্তানুসারে অর্থ পরিশোধের ফলে তা এখানে প্রদত্ত তারিখের পূর্বে উদ্ভূত হওয়া যেকোন এবং সকল বীমাদাবী সম্পূর্ণরূপে মেটাবে এবং তার দায় থেকে অব্যাহতি ঘটবে)

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 of treatments and copies of all hospital or medical records. Any copy of this authorization shall be taken as the original copy (আমি এই মর্মে যে সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিস্ট, ল্যাবরেটরি, নিয়োগকর্তা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা যে কোন ব্যক্তিকে, যার কাছে আমার ও/বা আমার পরিবারের বীমাকৃত সদস্যদের সম্পর্কে কোন নথি বা তথ্য আছে, মেটলাইফ ;] (আমেরিকান লাইফ ইন্সুরেন্স কোম্পানী) কাছে চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, পরামর্শ বা চিকিৎসাপত্র বিষয়ক যে কোন এবং যাবতীয় তথ্য এবং হাসপাতাল বা চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল নথিপত্রের অনুলিপি সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপ্রদানের যে কোন অনুলিপি মূল ক্ষমতাপ্রদান বলে গণ্য হবে)

Name (দাবীকারীর নাম) Signed (স্বাক্ষর) Date (তারিখ)

Witness (সাক্ষীর নাম) Signed (স্বাক্ষর) Date (তারিখ)

STATEMENT OF ATTENDING PHYSICIAN OR SURGEON

**INSTRUCTION: THIS FORM SHOULD BE COMPLETED BY THE DOCTOR WHO IS ATTENDING THE INSURED
THE INSURED IS RESPONSIBLE FOR THE COMPLETION OF THIS FORM WITHOUT EXPENSE TO THE COMPANY**

NAME OF PATIENT :	
HISTORY (a) Was operation performed?	(a) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No. If yes, Please describe
(b) For what periods was patient <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; padding-left: 5px;"> House confined Hospital confined Bed confined Ambulatory </div> </div>	From..... To..... (b) From..... To..... From..... To..... From..... To.....

DIAGNOSIS

If Injury involved eye or limb, state whether right or left. If fracture of dislocation occurred, state which and whether compound, complete or incomplete. If fracture of long bones occurred, state whether through head or shaft.

TREATMENT	DATE OF FIRST VISIT
	DATE OF LAST VISIT
	TOTAL NUMBER OF VISITS

DESCRIBE PRESENT CONDITION Indicate if recovered, improved, unimproved or retrogressed.

DEGREE AND LENGTH OF DISABILITY (a) From what dates has patient been unable to perform any part of his occupation?	From..... To.....
(b) From what dates has patient been unable to perform some part, but not all of his occupation?	From..... To.....
(c) If not working, when do you think he will be able to work?	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; padding-left: 5px;"> Approx. Date Indefinite Never </div> </div>

I HEREBY CERTIFY THAT MY ANSWERS TO THE FOREGOING QUESTIONS ARE CORRECT AND TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

DATED.....	SIGNED
	Attending Physician
	GRADUATE OF
	OFFICE ADDRESS

EMPLOYER'S STATEMENT (If the Insured is employed)

Name and Business Address of Insured's Employer

Full Name of Insured

Insured's duties

When was Insured compelled to give up his duties? (Exact Date) When did Insured return to work? (Exact Date)

Description of Injury or Illness resulting in Insured's absence from employment

Was Injury or Illness caused by reason of occupation? Yes No

Was there a period of time during which Insured could only perform part of his occupational duties? (Exact Date)

Was Insured's Injury or illness the sole cause of his absence from duty for all of the above period?

If not, give particulars

DATE	SIGNATURE
	OFFICIAL TITLE & SEAL