

**Proof of Loss (ক্ষতির প্রমাণ)**  
**Accident/Sickness Claim Form**  
**(দুর্ঘটনা/অসুস্থতার দাবীপত্র)**

POLICY NO(s) (পলিসি নং সমূহ).....

SICKNESS CLAIM (অসুস্থতার দাবী) ☐

INITIAL ACCIDENT (প্রাথমিক দুর্ঘটনা) ☐

INITIAL DISABILITY (প্রাথমিক অক্ষমতা) ☐

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY CLAIMANT (এই অংশ দাবীকারী কর্তৃক পূরণীয়)**

Policy Owner's Name  
(পলিসি গ্রাহকের নাম) .....

Name of Patient  
(রোগীর নাম) .....

Relation to the Insured  
(বীমাকৃতের সাথে সম্পর্ক) .....

Date of Birth of the Insured  
(বীমাকৃতের জন্ম তারিখ) .....

Occupation & Duties prior to Disability / Sickness  
(পেশা ও কর্তব্য, অক্ষমতা/অসুস্থতার পূর্বে) .....

Present Address  
(বর্তমান ঠিকানা) .....

Telephone / Mobile #  
(টেলিফোন/মোবাইল) .....

**PART A : TO BE COMPLETED FOR SICKNESS CLAIM ONLY (শুধুমাত্র অসুস্থতার বীমাদাবীর জন্য পূরণীয়)**

Nature of Ailment  
(অসুস্থতার ধরণ) .....

Has patient ever suffered previously from this ailment?  
(রোগী কি পূর্বে কখনও এই অসুস্থতায় ভুগেছিলেন?) .....

Doctors consulted  
(পরামর্শ দানকারী চিকিৎসকগণ) .....

Hospital Name  
(হাসপাতালের নাম) .....

Date of Admission  
(ভর্তির তারিখ) .....

Symptoms First Appeared  
(প্রথম কবে লক্ষণ দেখা দিয়েছিল) .....

(If "Yes" explain)  
"হ্যাঁ" হলে বিবরণ .....

Date consulted  
(পরামর্শের তারিখ) .....

Date of Discharge  
(ছাড় নেওয়ার তারিখ) .....

**PART B : TO BE COMPLETED FOR INITIAL ACCIDENT/DISABILITY CLAIM ONLY (শুধুমাত্র প্রাথমিক দুর্ঘটনার/অক্ষমতার বীমাদাবীর জন্য পূরণীয়)**

Nature of Accident  
(দুর্ঘটনার ধরণ) .....

Where and how did the Accident Occur?  
(কোথায় এবং কিভাবে দুর্ঘটনা ঘটেছিল) .....

What bodily injuries did you sustain caused by the accident?  
(দুর্ঘটনার কারণে আপনার কী ধরণের শারীরিক আঘাত হয়েছে?) .....

On what date did you stop performing all your occupational duties?  
(কোন তারিখে আপনি আপনার সকল পেশাগত দায়িত্ব পালন থেকে বিরত থাকা শুরু করেছেন?) .....

Have you done any work since commencement of disability?  
(এই অক্ষমতা শুরুর পর থেকে আপনি কি কোন কাজ করেছেন?) .....

When do you expect to return to work  
(কখন আপনি কাজে যোগদানের আশা করছেন?) .....

Hospital confined (from ..... to .....)  
(হাসপাতালে অবস্থান) (থেকে) (পর্যন্ত) .....

How long were you disabled? Totally (Weeks) (Days)  
(কত সময় আপনি অক্ষম ছিলেন?) (সম্পূর্ণ) (সপ্তাহ) (দিন) .....

Doctors consulted  
(পরামর্শ দানকারী চিকিৎসকগণ) .....

Date & Time of Accident  
(দুর্ঘটনার তারিখ ও সময়) .....

House confined (from ..... to .....)  
(বাসায় অবস্থান) (থেকে) (পর্যন্ত) .....

Partially (Weeks) (Days)  
(আংশিক) (সপ্তাহ) (দিন) .....

Date consulted  
(পরামর্শের তারিখ) .....

Describe fully your present condition  
(আপনার বর্তমান অবস্থার সম্পূর্ণ বিবরণ দিন) .....

Note: This blank is furnished to the Insured without prejudice to or waiver of any right of defense that the Company may have relative to any claim filed hereunder. The undersigned hereby makes claim to said insurance and agrees that the written statements and affidavits of all physicians who attended or treated the Insured and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and are hereby made a part of this Proof of Loss (Accident / Sickness Claim).

(নোট: 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। নিম্নস্বাক্ষরকারী এতদ্বারা উল্লেখিত বীমাদাবী দাখিল করছেন এবং এই মর্মে সম্মত হচ্ছেন যে, বীমাকারীর চিকিৎসা করেছেন এমন সকল চিকিৎসকের লিখিত বিবৃতি ও হলফনামা এবং এই ফরমের নির্দেশনায় চাওয়া হয়েছে এমন অন্যান্য সকল কাগজাদি মিলে ক্ষতির প্রমাণ (দুর্ঘটনা/অসুস্থতার বীমাদাবী) গঠন করবে এবং এতদ্বারা সেগুলিকে ক্ষতির প্রমাণের অংশ করা হচ্ছে)

**AUTHORIZATION (ক্ষমতাপ্রদান)**

I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and 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 American Life Insurance Company (MetLife) 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.

(আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিসমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞান মতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিষ্ট, 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 বা চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল নথিপত্রের অনুলিপি আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানীকে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপ্রদানের যে কোন অনুলিপি মূল ক্ষমতাপ্রদান বলে গণ্য হবে।)

Name  
(দাবীকারীর নাম) .....

Claimant's Signature  
(দাবীকারীর স্বাক্ষর) .....

Date  
(তারিখ) .....

Witness (Name)  
(স্বাক্ষরকারীর নাম) .....

Signature  
(স্বাক্ষর) .....

Date  
(তারিখ) .....

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN**

Name of Patient ..... Age .....

Nature of Sickness or injury (Describe) .....

When did symptoms first appear or accident happen? Date .....

Is there visible evidence of contusion or wound? Describe .....

Was the patient at time of this accident or during this disability, affected with any previous injury or any other disease? Yes ☐ No ☐

(If "Yes", state when and describe) .....

Nature of surgical or obstetrical procedure, if any (Describe fully) .....

Is further operative procedure or treatment anticipated? Yes ☐ No ☐

(If "Yes", explain) .....

For what period was the patient	Hospital confined (if any)	From.....	To .....
	House confined (if any)	From.....	To .....
	Bed confined (if any)	From.....	To .....
	Ambulatory (if any)	From.....	To .....

DIAGNOSIS .....

If injury involved eye or limb, state whether right or left. If fracture or 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 Visit .....

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

.....

**DEGREE & LENGTH OF DISABILITY (for accidental disability only):**

From what dates has the patient been unable to perform any part of his occupation? (Totally Disabled) From..... To.....

From what dates has the patient been unable to perform some part but all of his occupation? (Partially Disabled) From..... To.....

If not working, when do you think he will able to work? Approximate Date ..... Indefinite ☐ Never ☐

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

.....  
Date

SIGNATURE AND ATTENDING PHYSICIAN .....

NAME & OFFICIAL SEAL .....

**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 .....