



METCLID04

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী
মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ
পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ
ফোন : (৮৮০-২) ৯৫৬১৭৯১
ফ্যাক্স : (৮৮০-২) ৯৫৬৮৬৮২
www.metlife.com.bd

একক বীমা মৃত্যু দাবী ফর্ম

(বেনিফিসিয়ারী^১ অর্থাৎ বীমার অর্থ যাকে প্রদেয় শুধুমাত্র সেই ব্যক্তি বা ব্যক্তিবর্গ এই ফর্ম পূরণ করবেন। বেনিফিসিয়ারী একাধিক হলে প্রত্যেক বেনিফিসিয়ারীর জন্য একটি করে পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে।)

পলিসি নম্বর/ নম্বরসমূহ : _____
(বীমাগ্রহীতার^২ সকল মেটলাইফ পলিসি নম্বর উল্লেখ করতে হবে)

প্রথম অংশ: মৃত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য

১. মৃত ব্যক্তির নাম : প্রথম অংশ : _____ শেষ অংশ : _____
২. মৃত্যুর তারিখ : _____ ৩. জন্ম তারিখ : _____
৪. মৃত্যুর কারণ : স্বাভাবিক দুর্ঘটনাজনিত অপঘাতজনিত আত্মহত্যা অন্যান্য
৫. মৃত্যুর স্থান : _____

দ্বিতীয় অংশ : বেনিফিসিয়ারীর তথ্য ও ক্ষমতাপূর্ণ

১. নাম : প্রথম অংশ _____ শেষ অংশ _____ ২. জাতীয়তা : _____ ৩. জন্ম তারিখ : _____
৪. বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা : বাড়ি/গ্রাম : _____ রোড নং : _____ ব্লক নং : _____ ডাকঘর : _____
থানা : _____ জেলা / শহর : _____ দেশ : _____
৫. মোবাইল / ফোন নম্বর : _____ ৬. ই মেইল : _____
৭. ব্যাংক অ্যাকাউন্ট নাম : _____ ৮. ব্যাংক ও ব্রাঞ্চ : _____
৯. ব্যাংক অ্যাকাউন্ট নম্বর : _____ ১০. রাউটিং নম্বর : _____

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি সমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিস্ট, ল্যাবরেটরী, নিয়োগকর্তা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা যেকোন ব্যক্তিকে, যার কাছে বীমাকৃত মৃত ব্যক্তির 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 ক্ষমতাপূর্ণের যে কোন অনুলিপি মূল দলিল বলে গণ্য হবে।

বেনিফিসিয়ারীর স্বাক্ষর : _____ তারিখ : _____
* বীমাদাবী অনুমোদন হওয়া সাপেক্ষে^৩

বেনিফিসিয়ারী অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে এই অংশটি পূরণ করতে হবে

বীমাদাবীকারীর নাম : _____ স্বাক্ষর : _____
বেনিফিসিয়ারীর সাথে সম্পর্ক : _____ তারিখ : _____

এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন

- মৃত্যু সনদপত্র:**
মিউনিসিপাল কর্তৃপক্ষ যেমন সিটি কর্পোরেশন এর স্বাস্থ্য বিভাগ বা স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার/কাজিগিলার (তাদের নিজ দাপ্তরিক ছাপানো লেটার হেড প্যাড এ) কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সনদের সত্যায়িত ফটোকপি।
* বেনিফিসিয়ারীর মৃত্যুর ক্ষেত্রেও উল্লিখিত সনদপত্র প্রযোজ্য হবে।
- বয়সের প্রমাণ :**
বীমাকৃত ব্যক্তি^৪ এবং বেনিফিসিয়ারীর বয়সের প্রমাণ দাখিল করতে হবে। বীমাকৃত ব্যক্তি এবং বীমাগ্রহীতা^২ ভিন্ন ব্যক্তি হলে বীমাগ্রহীতার বয়সের প্রমাণও দাখিল করতে হবে।
বয়সের প্রমাণ হিসেবে নিম্নলিখিত দলিলাদি/কাগজপত্র (যে কোন একটি) গ্রহণযোগ্য।
▪ জন্ম সনদের ফটোকপি (শিক্ষাবীমার ক্ষেত্রে বীমাকৃত সন্তানের জন্ম সনদের ফটোকপি) ▪ জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি ▪ পাসপোর্টের ফটোকপি ▪ ড্রাইভিং লাইসেন্সের ফটোকপি
▪ এস. এস. সি বা সমমানের পরীক্ষার সার্টিফিকেটের ফটোকপি
- পলিসির মূল দলিল :**
মূল পলিসি দলিল এই ফর্মের সাথে সংযুক্ত করতে হবে, যদি না সেটি ইতোমধ্যে কোম্পানীর কাছে থেকে থাকে।
- বেনিফিসিয়ারীর এম আই সি আর চেকের খালি পাতার ফটোকপি/ব্যাংক সেটিমেটের ফটোকপি।** ৫. চিকিৎসা সংক্রান্ত কাগজপত্র (যদি থাকে)
- দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যুর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত অতিরিক্ত কাগজপত্র জমা দিতে হবে।**
▪ সুরতহাল রিপোর্ট, ময়নাতদন্ত প্রতিবেদন অথবা ম্যাজিস্ট্রেট বা থানার ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা কর্তৃক ময়নাতদন্ত ব্যতিত সংকার করার অনুমতিপত্র (অথবা সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল বা ক্লিনিক এর চিকিৎসা সংক্রান্ত কাগজপত্র - প্রযোজ্য হলে)।
▪ থানা থেকে দেয়া পুলিশ রিপোর্ট (এফ.আই.আর./ফাইনাল পুলিশ রিপোর্ট) এর ফটোকপি (যদি থাকে)
▪ দুর্ঘটনা সংশ্লিষ্ট সংবাদ পত্রের কাটিং (যদি থাকে)।
▪ থানায় অবহিত সাধারণ ডায়রীর ফটোকপি (যদি থাকে)।

বিঃ দ্রঃ কোম্পানী প্রয়োজনবোধে অতিরিক্ত তথ্য ও কাগজপত্র চাইতে পারে।

১. বেনিফিসিয়ারী : যে ব্যক্তিকে বীমা সুবিধাগ্রহী হিসাবে মনোনীত করা হয়েছে।

২. বীমাকৃতব্যক্তি : যার জীবন, স্বাস্থ্য বা দায় বীমা স্বীকৃত।

৩. বীমাগ্রহীতা : যিনি বীমাটি কিনেছেন বা যিনি বীমাটির স্বত্বাধিকারী।

৪. বীমাদাবী অনুমোদিত হলে বীমাদাবীর টাকা ইলেকট্রনিক ফান্ড ট্রান্সফারের মাধ্যমে প্রেরণ করা হবে। অন্যথায় একাউন্ট পেয়া চেক ইস্যু করে টিকানায় প্রেরণ করা হবে।

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী মুক্তরাষ্ট্রে লিমিটেড কোম্পানি হিসেবে নিগমিত