প্রোটেক্টিভ ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

cavb Kvhvjqt GBP.Avi Kg‡c·, 100, exi DËg G.‡K L›`Kvi †iwW,
gnvLvjx ev/G, XvKv-1212

মৃত্যুদাবী ফরম

(মনোনীতক কর্তৃক প্রদত্ত ঘোষণা)

(এ অংশটি অত্র পলিসির আইনত দাবীদার / মনোনীতক কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

১। বীমা গ্রাহক/প্রিমিয়ামদাতার নাম ঃ ..... পলিসি নং ঃ.....

২। পিতা/স্বামীর নাম ঃ..... বীমাবৃতের সর্বশেষ পেশা ঃ.....

৩। মাতার নাম ঃ.....

৪। মনোনীতক (গণ) এর

ক) নাম ঃ..... বয়স ঃ..... বীমাগ্রাহকের সাথে সম্পর্ক .....

খ) নাম ঃ..... বয়স ঃ..... বীমাগ্রাহকের সাথে সম্পর্ক .....

গ) ঠিকানা ঃ .....

....

৫। মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের নাম ঃ..... ..... বয়স ঃ.....

মনোনীতকের সাথে সম্পর্ক ঃ ..... বীমাগ্রাহকের সাথে সম্পর্ক ঃ.....

৬। বীমা গ্রাহক/প্রিমিয়ামদাতার মৃত্যুর পূর্ণ বিবরণ ঃ.....

ক) মৃত্যুর তারিখ ঃ..... মৃত্যুর সময় ঃ ..... মৃত্যুর স্থান ঃ .....

খ) মৃত্যুকালীন বয়স ঃ ..... মৃত্যুর প্রকৃত কারণ ঃ..... .....

গ) মৃত্যুর পূর্বে তিনি কি কোন জটিল রোগে ভূগছিলেন ? ☐ হ্যাঁ ☐ না (উত্তর হ্যাঁ সূচক হলে নিম্নোক্ত বিবরণ দিন)

রোগের নাম ঃ..... রোগের স্থায়ীত্ব ঃ.....

৭। সর্বশেষ চিকিৎসাকারী ডাক্তারের নামঃ.....

ঠিকানা ঃ.....

৮। কতদিন ধরে চিকিৎসা করেন ঃ.....

৯। বীমাগ্রাহকের মৃত্যু কোন হাসপাতালে হয়ে থাকলে হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা ঃ.....

.....

ভর্তির তারিখ ঃ..... ওয়ার্ড নম্বর ঃ..... বেড নম্বর ঃ.....

১০। অত্র কোম্পানীতে বা অন্য কোম্পানীতে বীমাগ্রাহকের জীবনের উপর পৃথক কোন পলিসি থাকলে পূর্ণ বিবরণ দিন ঃ.....

.....

.....

ঘোষণা

আমি/আমরা এই বীমা পত্রের মনোনীতক(গণ) মনোনতিক এর পক্ষে অভিভাবক হিসাবে এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত প্রদত্ত তথ্যাদি আমার/আমাদের জানামতে সম্পূর্ণ সত্য, সঠিক এবং আমি/আমরা কোন জ্ঞাত তথ্য গোপন করিনি। এই দাবী নিষ্পত্তির জন্য কোম্পানীর চাহিদানুযায়ী আরও তথ্য সরবরাহ করতে আমি/আমরা বাধ্য থাকব এবং অত্র প্রদত্ত কোন তথ্যাবলীর অনুসন্ধান করার পূর্ণ ক্ষমতা কোম্পানীকে প্রদান করলাম। আমি/আমরা আরও ঘোষনা করছি যে, অত্র বীমা চুক্তির শর্তানুযায়ী এ দাবীর চুড়ান্ত নিষ্পত্তি বাবদ কোম্পনী কর্তৃক নির্ধারিত অংক গ্রহণে সম্মত আছি।

স্বাক্ষরের স্থান ঃ..... তারিখ ঃ.....

মনোনীতকের মোবাইল নম্বর ঃ..... মনোনীতকের (অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে অভিভাবকের) স্বাক্ষর

সনাক্ত পত্র (ক)

(স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ/পৌর চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার সনাক্তকারী হিসাবে স্বাক্ষর করবেন। স্বাক্ষী হিসাবে বীমা গ্রাহক সম্পর্কে অবগত সংশ্লিষ্ট এলাকার বিশিষ্ট ব্যক্তি/হাই স্কুলের প্রধান শিক্ষক/ইউপি সদস্য যে কোন দুইজন স্বাক্ষর করবেন।)

আমি নিম্নোক্ত দায়িত্বশীল স্বাক্ষীদ্বয়ের উপস্থিতিতে এই মর্মে ঘোষনা করছি যে, বীমাপত্র নম্বর ঃ.....এর গ্রাহক মৃত .....আমার এলাকার অধিবাসী ছিলেন। তাঁর অবর্তমানে উক্ত বীমাপত্রের দাবীদার (গণ) (নাম ..... জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর ..... মৃতের (পিতা/মাতা/স্ত্রী/ পুত্র/ভ্রাতা ভগ্নী/কন্যা/স্বামী) আইনগতভাবে সঠিক আছেন এবং তাঁদের প্রদত্ত বিবৃতির সকল তথ্য সম্পূর্ণরুপে সত্য।

স্বাক্ষরের স্থান ঃ .....
তারিখ ঃ.....

সীলমোহর

সনাক্তকারীর স্বাক্ষর

নাম পদবী ও ঠিকানা ঃ.....
.....

স্বাক্ষী

১। স্বাক্ষর ঃ ..... ২। স্বাক্ষর ঃ.....
পূর্ণনাম ঃ..... পূর্ণনাম ঃ.....
মোবাইল নম্বর ঃ..... মোবাইল নম্বর ঃ.....

সনাক্ত পত্র (খ)

(কেবলমাত্র চাকুরীরত বীমাগ্রাহকের জন্য প্রযোজ্য)

নিয়োগকর্তার বিবৃতি

(মৃত ব্যক্তি যে প্রতিষ্ঠানে চাকুরী করতেন সে প্রতিষ্ঠানের প্রশাসনিক প্রধান কর্তৃক এ অংশ পূরণ করতে হবে)

মৃত্যুদাবীপত্রে উল্লেখিত ব্যক্তি (.....) মৃত্যুর পূর্ব পর্যন্ত অত্র প্রতিষ্ঠানে ..... পদে কর্মরত ছিলেন। তার চাকুরীতে যোগদানের তারিখ ..... তিনি গত .....তারিখে মৃত্যুবরণ করেন। মৃত্যুর কারণ..... যা আমি ..... তারিখে অবগত হই। মৃত্যুর পূর্বে তিনি কর্মরত /..... দিনের ছুটিতে ছিলেন। গত এক বছরে তিনি সর্বমোট ..... দফায় .....দিন ছুটি ভোগ করেন। অফিসে তাঁর উপস্থিতির সর্বশেষ তারিখ ছিল .....।

স্বাক্ষরের স্থান ঃ .....
তারিখ ঃ.....

অফিসিয়াল সীলমোহর

স্বাক্ষর ঃ .....
পূর্ণনাম ঃ.....
পদবী ঃ.....

নিয়োগকারী অথবা বিবৃতি প্রদানকারীর মোবাইল নম্বর ঃ..... ঠিকানা ঃ .....

(বীমাগ্রাহক সর্বশেষ যে চিকিৎসকের চিকিৎসাধীন ছিলেন/ সে চিকিৎসক কর্তৃক এ অংটি পূরণ করতে হবে)

চিকিৎসকের বিবৃতি

১। মৃত ব্যক্তি (বীমাবৃত) এর নাম ঃ..... পলিসি নম্বর ঃ.....
ক) মৃত্যুর তারিখ ঃ ..... খ) সময় ঃ..... গ) মৃত্যুর প্রকৃত কারণ ঃ.....
ঘ) আনুসাঙ্গিক কারণ ঃ.....
২। মৃত ব্যক্তি কত তারিখ / দিন পর্যন্ত আপনার চিকিৎসাধীন ছিলেন ঃ..... তারিখ হতে ..... তারিখ পর্যন্ত
৩। মৃত ব্যক্তি কতদিন পর্যন্ত এ রোগে ভুগছিলেন ঃ.....
৪। মৃতব্যক্তির কখনো কি অস্ত্রোপচার হয়েছিল ঃ ..... (উত্তর হ্যাঁ সূচক হলে বিশদ বিবরণ দিন) .....
৫। দূর্ঘটনার কারণে মৃত্যু হলে আঘাত বা ক্ষতের বিবরণ দিন ঃ.....
৬। হাসপাতাল/ক্লিনিকের নাম ও ঠিকানা ঃ.....
ভর্তির তারিখ ঃ..... ওয়ার্ড নং ..... বেড নং ঃ..... রেজিষ্টেশন নং .....
আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এ মর্মে ঘোষনা করছি যে, উপরে উল্লেখিত বিবৃতিতে প্রদত্ত সকল তথ্য সম্পূর্ণ নির্ভূল ও সত্য।

অফিসিয়াল সীলমোহর

এই ফরমপূরণ দাবী প্রাপ্তির নিশ্চিত করে না