

American Life Insurance Company
MetLife Building, 18-20 Motijheel
C.A. P.O. Box 9, Dhaka-1000
Bangladesh
Tel : 9561791, Fax : 7119780

মৃত্যুর প্রমাণ : দাবীকারীর বিবৃতি

POLICY No.(পলিসি নং)

- (a) Deceased's Name (IN BLOCK LETTER) (If married, give maiden name)
মৃত ব্যক্তির নাম (যদি বিবাহিত হন, তবে বিবাহপূর্ব নাম) _____
(b) Residence (বাসস্থানের ঠিকানা) _____
(c) Occupation (পেশা) _____ (d) Date Last Worked (শেষ যে তারিখে কাজ করেছেন) _____
- (a) Date of Birth (জন্মতারিখ) _____ (b) Place of Birth (জন্মস্থান) _____
(c) Source from which Date of Birth obtained (যে উৎস হইতে জন্মতারিখ পাওয়া গিয়েছে) _____
- (a) Date of Death (মৃত্যুর তারিখ) _____ (b) Place of Death (মৃত্যুর স্থান) _____
(c) Cause of Death (মৃত্যুর কারণ) _____
- (a) When did deceased first complain of, or give other indications of, his last illness? Date (মৃত ব্যক্তি কখন তার শেষ অসুস্থতার কথা প্রথমবারের মতো বলেছিলেন বা তার অসুস্থতার অন্যান্য লক্ষণ প্রকাশ করেছিলেন? তারিখ) _____
(b) When did deceased first consult a physician for his last illness? Date (মৃত ব্যক্তি কখন তার শেষ অসুস্থতার জন্য প্রথম চিকিৎসকের সাথে পরামর্শ করেছিলেন? তারিখ) _____
- List all physicians who attended the deceased and all hospitals where he was treated during last illness and during three years prior thereto (মৃত ব্যক্তি শেষ অসুস্থতার জন্য এবং তার পূর্ববর্তী তিন বৎসর সময়কালে যেসকল চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে ছিলেন বা যেসকল হাসপাতালে চিকিৎসা নিয়েছিলেন তার তালিকা দিন) :

Name (নাম)	Address (ঠিকানা)	Date (তারিখ)	Reason (কারণ)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
- Facts concerning other Life, Health and Accident Insurance carried by deceased:
(মৃত ব্যক্তি কর্তৃক গৃহীত অন্যান্য জীবন, স্বাস্থ্য এবং দুর্ঘটনা বীমার তথ্যাদি):

Company (কোম্পানী)	Policy No. (পলিসি নং)	Policy Date (তারিখ)	Amount (পরিমাণ)
_____	_____	_____	_____
- (a) What is the Date of Birth of the Claimant (বীমা দাবীকারীর জন্মতারিখ কী)? _____
(b) In what capacity do you claim this Insurance (আপনি কোন ক্ষমতা বলে এই বীমা দাবী করছেন)? _____
(c) Who has possession of the policy (বীমা পলিসিটি কার আয়ত্তে আছে)? _____
(d) What mode of settlement do you select (আপনি বীমাদাবী পরিশোধের কোন ধরন নির্বাচন করছেন)? _____

The undersigned hereby makes claim to said insurance and agrees that the written statements and affidavits of all the 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 Death, and further agrees that the furnishing of this form or any other forms supplement thereto, by the company, shall not constitute, nor be considered an admission by it that there was any insurance in force on the life in question, nor a waiver of its rights or defenses. (নিম্নস্বাক্ষরকারী এতদ্বারা বর্ণিত বীমার জন্য বীমাদাবী করছেন এবং সম্মত হচ্ছেন যে বীমাকারীকে তত্ত্বাবধানকারী বা চিকিৎসা প্রদানকারী সকল চিকিৎসকের লিখিত বিবৃতি ও হলফনামাসমূহ এবং এখানে প্রদত্ত নির্দেশনার কারণে আবশ্যকীয় অন্যান্য সকল কাগজাদি এই মৃত্যুর প্রমাণের অংশ হবে এবং এতদ্বারা এই মৃত্যুর প্রমাণের অংশ করা হলো। নিম্নস্বাক্ষরকারী আরো সম্মত হচ্ছেন যে, কোম্পানী কর্তৃক এই ফর্ম অথবা এই ফর্মের সম্পূর্ণক অন্য কোন ফর্ম সরবরাহ করা এটি প্রমাণ করে না বা এটি বোঝায় না যে বর্ণিত ব্যক্তির জীবনের উপর কোন বীমা চালু ছিল বা এটি কোম্পানীর আত্মপক্ষ সমর্থনের অধিকার খর্ব করে না।)

AUTHORIZATION (ক্ষমতা প্রদান)

The Undersigned hereby authorizes all physicians, hospitals, clinics, pharmacists, laboratories, employers and any institution or any other person to disclose to MetLife, any and all information with respect to medical history, consultation, prescription or treatments and copies of all hospital or medical records of _____ (deceased). Any copy of this authorization shall be taken as original. (নিম্নস্বাক্ষরকারী এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিষ্ট, ল্যাবরেটরী, চাকুরীদাতা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা অন্য যেকোন ব্যক্তিকে মেটলাইফ; র কাছে (মৃত ব্যক্তি) _____ এর স্বাস্থ্যগত ইতিহাস, চিকিৎসা পরামর্শ, চিকিৎসা পরামর্শপত্র বা চিকিৎসা সম্পর্কিত যে কোন ও যাবতীয় তথ্যাদি এবং হাসপাতালের বা চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল নথিপত্রের অনুলিপি প্রকাশ করার ক্ষমতা প্রদান করছেন। এই ক্ষমতা প্রদানের যেকোন অনুলিপি মূল কপি হিসেবে গৃহীত হবে।)

Claimant (বীমা দাবীকারী)	Signature (স্বাক্ষর)	Date (তারিখ)
Address (ঠিকানা)	Name (নাম)	Tel/Mob: (টেলিফোন/মোবাইল)
Witness (সাক্ষী)	Signature (স্বাক্ষর)	Date (তারিখ)
	Name (নাম)	

** This statement must be sworn on before an officer authorized by law to administer oaths (এই বিবৃতি অবশ্যই আইনগতভাবে শপথ গ্রহণকারী হিসেবে ক্ষমতাপ্রাপ্ত কোন ব্যক্তির উপস্থিতিতে হলফ করে প্রদান করতে হবে)

Seal of Official Sworning above Statement
(উপরোক্ত বিবৃতির হলফ গ্রহণকারী কর্মকর্তার সিলমোহর)

