

American Life Insurance Company MetLife Building, 18-20 Motijheel C.A. P.O. Box 9, Dhaka-1000

Bangladesh

Proof of Death: Claimant's Statement

মৃত্যুর প্রমাণ: দাবীকারীর বিবৃতি

Tel : 9561791, Fax : 7119780	POLICY	Y No.(পলিসি নং)	
1. (a) Deceased's Name (IN BLOC মৃত ব্যক্তির নাম (যদি বিবাহিত হন, তবে	K LETTER) (If married, give বিবাহপূৰ্ব নাম)	e maiden name)	
(b) Residence (বাসস্থানের ঠিকানা)			
(c) Occupation (পেশা)	c) Occupation (পেশা)(d) Date Last Worked (শেষ যে তারিখে কাজ করেছেন)		
2. (a) Date of Birth (জন্মতারিখ)			
(c) Source from which Date of			
3. (a)Date of Death (মৃত্যুর তারিখ) _	(b) F	Place of Death (মৃত্যুর স্থা	ন)
(c) Cause of Death (মৃত্যুর কারণ) _			·
4. (a) When did deceased first con অসুস্থতার কথা প্রথমবারের মতো বলেছিলে			
(b) When did deceased first co চিকিৎসকের সাথে পরামর্শ করেছিলেন? ত	nsult a physician for his la	st illness? Date (মৃত ব্যক্তি	কখন তার শেষ অসুস্থতার জন্য প্রথম
5. List all physicians who attended th years prior thereto (মৃত ব্যক্তি শেষ অসুস্থতার	e deceased and all hospitals wh	nere he was treated during	g last illness and during three
Name (নাম) Add	dress (ঠিকানা)	Date (তারিখ)	Reason (কারণ)
5. Facts concerning other Life, H (মৃত ব্যক্তি কর্তৃক গৃহীত অন্যান্য জীবন, স্বাস্থ্য Company (কোম্পানী)		·	
7. (a) What is the Date of Birth of (b) In what capacity do you close (c) Who has possession of the	aim this Insurance (আপনি কো policy (বীমা পলিসিটি কার আয়ত্ত্বে ড	ন ক্ষমতা বলে এই বীমা দাবী করে মাছে)?	ছন)?
(d) What mode of settlement	do you select (আপান বামাদাবা গ	শারশোধের কোন ধরন ানবাচন কর। ————————————————————————————————————	(ছন) ?
The undersigned hereby makes claim to said or treated the Insured and all other papers Death, and further agrees that the furnishin considered an admission by it that there w এতদ্বারা বর্ণিত বীমার জন্য বীমাদাবী করছেন এবং সম্মত হচ্ছেন মাবশ্যকীয় অন্যান্য সকল কাগজাদি এই মৃত্যুর প্রমানের অংশ সম্পূরক অন্য কোন ফর্ম সরবরাহ করা এটি প্রমাণ করে না বা এটি	called for by the instructions hereo ng of this form or any other forms su as any insurance in force on the life ৷ যে বীমাকারীকে তত্ত্বাবধানকারী বা চিকিৎসা প্রদানক হবে এবং এতম্বারা এই মৃত্যুর প্রমাণের অংশ করা য	n, shall constitute and are hei upplement thereto, by the come in question, nor a waiver of াৱী সকল চিকিৎসকের লিখিত বিবৃতি ও হল হলো। নিমুখাক্ষরকারী আরো সম্মত হচ্ছেন	reby made a part of this Proof of pany, shall not constitute, nor be its rights or defenses. (নিমুখাক্ষরকারী ফনামাসমূহ এবং এখানে প্রদত্ত নির্দেশনার কারণে যে, কোম্পানী কর্তৃক এই ফর্ম অথবা এই ফর্মের
	AUTHORIZATION (ক্ষ	মতা প্রদান)	
The Undersigned hereby authorizes all physito disclose to MetLife, any and all information medical records of তিকংসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিষ্ট, ল্যাবরেটরী, চাকুরীদাতা এবং যো	on with respect to medical history, co (deceased). Any copy o	onsultation, prescription or tre f this authorization shall be tal	atments and copies of all hospital
পরামর্শপত্র বা চিকিৎসা সম্পর্কিত যে কোন ও যাবতীয় তথ্যাদি এবং হাসপাৎ			
Claimant (বীমা দাবীকারী)	Signat		Date _ (তারিখ)
্বামা দাবাকারা) Address Nam	e (নাম) (স্বাক্ষর) .	Tel/Mob:	_ (ଆর୍ୟ)
(ঠিকানা)		(টেলিফোন/মোবাইল)	D .
Witness সাক্ষী)	Signature ————————————————————————————————————		Date _ (তারিখ)
Name (নাম)	(11.14)		= (·······/) =============================
** This statement must be sworn on b	pefore an officer authorized		
by law to administer oaths (এই	বিবৃতি অবশ্যই আইনগতভাবে শপথ		
গ্রহণকারী হিসেবে ক্ষমতাপ্রাপ্ত কোন ব্যক্তির উপর্	স্থৃতিতে হলফ করে প্রদান করতে হবে)	Seal of Official	Sworning above Statement
			ত্রকারী কর্মকর্তার সিল্নযোহর)

INSTRUCTIONS

In normal cases, proofs of death required are as follows:

PROOF OF DEATH - Claimant's Statement must be made by the person or persons to whom the insurance is payable. If there is more than
one beneficiary, a separate blank will be furnished for each.

When a Claim is payable to the estate or executor or administrator of the insured, the statement must be made by an executor or administrator, a certificate of whose appointment and qualification must be furnished. When a Policy is payable to a named beneficiary of full age, the statement must be made by such beneficiary.

When a Claim is payable to a Minor, the statement must be made by a Legal Guardian, an official certificate of whose appointment and qualification must be furnished.

When a Claim is payable under an assignment, the statement must be made by the Assignee. If a collateral assignment, state the consideration for same and present amount of the indebtedness of the deceased under said assignment. The original assignment must be produced.

When a Claim is payable to a named beneficiary or to one or more beneficiaries, if surviving, has, by the death of any beneficiary, become payable to other beneficiaries/beneficiary, a certified copy of the death certificate of the deceased beneficiary must also be furnished.

When a Claim or any part of it, is payable to "children" or others of a class, a sworn statement must be furnished, giving the names and dates of birth of each; if any have died, the statement must give the date and place of death, and must also state whether they died unmarried, intestate, and without issue.

When an official enquiry as to cause of death has been made, a copy of the verdict, or findings, duly certified must be furnished with this statement.

- PROOF OF DEATH Physician's Statement must be made by every physician who attended the deceased during his last illness and for this
 purpose the Company will furnish as many copies of the Form as required.
- PROOF OF DEATH Identification Satement must be executed by a person of legal age, intimately acquainted with, but not related to the deceased, who has seen the remains and has no interest in the policy proceeds.
- DEATH CERTIFICATE.
- BIRTH CERTIFICATE, if proof of age has not previously been admitted by the Company.

All of the statements required must be witnessed by an officer authorized by law to administer oaths. Every question must be distinctly and fully answered.

The Company reserves the right to require or obtain further information should it be deemed necessary.

Upon each of the blanks herewith, further Instruction will be found pertaining thereto. Before having these blanks completed, see that the instructions are carefully read and understood by the persons who are required to answer questions contained therein.

The Policy Document or Certificate of Insurance, unless already in the Company's possession, should accompany the Proof of Death Form or Statement.

নির্দেশাবলী

সাধারণ ক্ষেত্রে নিম্মলিখিত মৃত্যুর প্রমাণাদি প্রয়োজন :

মৃত্যুর প্রমাণ - বীমার অর্থ যাকে প্রদেয় শুধুমাত্র সেই ব্যক্তি বা ব্যক্তিবর্গ বীমাদাবীকারীর বিবৃতি প্রদান করবেন। যদি একাধিক সুবিধাগ্রাহী থাকে তবে প্রত্যেক সুবিধাগ্রাহীর জন্য একটি করে পৃথক ফর্ম সরবরাহ করা হবে।

যখন বীমাদাবী বীমাকৃত ব্যক্তির উত্তর্যাধিকারী বা নির্বাহককে বা প্রশাসককে প্রদেয় হবে তখন বিবৃতিটি একজন নির্বাহক বা প্রশাসককে প্রদান করতে হবে। এক্ষেত্রে উক্ত ব্যক্তির নিয়োগ এবং যোগ্যতার প্রত্যয়নপত্র দাখিল করতে হবে। যখন বীমাটি কোন পূর্ণবয়ন্ক নামীয় সুবিধাগ্রাহীকে প্রদেয় হবে তখন উক্ত সুবিধাগ্রাহীকে বিবৃতিটি দাখিল করতে হবে।

যখন বীমাদাবী কোন অপ্রাপ্তবয়স্ককে প্রদেয় হবে তখন বিবৃতিটি আইনগত অভিভাবককে দাখিল করতে হবে, যার নিয়োগ এবং যোগ্যতার আইনগত প্রত্যয়নপত্র সরবরাহ করতে হবে।

যখন বীমাদাবী স্বত্মাৰ্শনের অধীনে প্রদেয় হবে তখন বিবৃতিটি অবশ্যই স্বত্মাৰ্শত ব্যক্তি কর্তৃক প্রদান করতে হবে। যদি জামানতের জন্য স্বত্মাৰ্শন হয়ে থাকে তবে সেটির মূল্য এবং বর্তমানে উক্ত স্বত্মাৰ্শনের অধীনে মৃত ব্যক্তির দেনার পরিমাণ উল্লেখ করুন। মূল স্বত্মাৰ্শনের প্রমাণ অবশ্যই দাখিল করতে হবে।

যখন বীমাদাবী একজন নামীয় সুবিধাগ্রাইকে প্রদেয় অথবা জীবিত থাকা সাপেক্ষে এক বা একাধিক সুবিধাগ্রাইকৈ প্রদেয় তখন কোন সুবিধাগ্রাইার মৃত্যুর কারণে অন্য কোন সুবিধাগ্রাইাকে প্রদেয় হলে মৃত সুবিধাগ্রাইার মৃত্যু সনদের সত্যায়িত অনুলিপি অবশ্যই দাখিল করতে হবে।

যখন বীমাদাবী বা এর কোন অংশ "সন্তানাদী" বা একই শ্রেণীভূক্ত একধিক ব্যক্তিকে প্রদেয় হবে, তখন প্রত্যেকের নাম এবং জন্মতারিখ উল্লেখ করে হলফনামা অবশ্যই দাখিল করতে হবে। এদের মধ্যে কেউ মৃত্যুবরণ করে থাকলে, উক্ত হলফনামায় অবশ্যই মৃত্যুর তারিখ এবং স্থান উল্লেখ করতে হবে, এবং তিনি কি অবিবাহিত অবস্থায়, কোন ওসিয়তনামা না রেখে এবং কোন সন্তানাদী না রেখে মারা গিয়েছেন কিনা তাও উল্লেখ করতে হবে।

যদি মৃত্যুর কারণ নির্ণয়ের জন্য কোন আনুষ্ঠানিক তদন্ত সম্পাদিত হয়ে থাকে তবে সিদ্ধান্ত বা ফলাফল যথাযথভাবে সত্যায়ন সাপেক্ষে এই বিবৃতির সাথে অবশ্যই সরবরাহ করতে হবে।

- 🍨 মৃত্যুর প্রমাণ মৃত ব্যক্তির সর্বশেষ অসুস্থতার সময় তাকে তত্ত্বাবধানকারী সকল চিকিৎসকে কর্তৃক চিকিৎসকের হলফনামা পুরণ করতে হবে এবং এজন্য কোম্পানী প্রয়োজনীয় সংখ্যক ফর্ম সরবরাহ করবে।
- মৃত্যুর প্রমাণ সনাক্তরণ হলফনামা অবশ্যই একজন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি কর্তৃক সম্পাদন করতে হবে যিনি মৃত ব্যক্তির সাথে অন্তরক্ষভাবে পরিচিত কিন্তু তার আত্মীয় নন, যিনি মৃত ব্যক্তির মরদেহ দেখেছেন এবং যার বীমা থেকে উদ্ভূত অর্থে কোন স্বার্থ নেই।
- মৃত্যুর সনদপত্র
- জন্ম সনদপত্র, যদি বয়সের প্রমাণ পূর্বে কোম্পানী কর্তৃক স্বীকৃত না হয়ে থাকে ।

সকল হলফনামা আইনগতভাবে শপথ পরিচালনার ক্ষমতাপ্রাপ্ত ব্যক্তি কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে। সকল প্রশ্লে অবশ্যই স্পষ্টভাবে এবং পূর্ণাঙ্গভাবে উত্তর/জবাব দিতে হবে।

কোম্পানী প্রয়োজন মনে করলে অতিরিক্ত তথ্যাদি চাওয়ার বা সংগ্রহ করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

এতদপ্রসঙ্গে প্রদন্ত প্রতিটি ফর্মের জন্য সে সম্পর্কিত অতিরিক্ত নির্দেশনা পাওয়া যাবে। ফর্মগুলিতে থাকা প্রশ্নগুলি পূরণের পূর্বে নিশ্চিত করুন যেন প্রশ্নোন্তর প্রদানকারী ব্যক্তি নির্দেশনাগুলি সতর্কতার সাথে পড়েন এবং অনুধাবন করেন।

বীমাপত্র বা বীমার সনদপত্র মৃত্যুর প্রমাণ ফর্ম বা বিবৃতির সাথে সংযুক্ত করতে হবে, যদি না সেটি ইতোমধ্যেই কোম্পানীর কাছে থেকে থাকে।