

Policy No. (পলিসি নং) :

1. (a) Deceased's Name (In block Letter) \_\_\_\_\_

মৃত ব্যক্তির নাম (বাংলায়) \_\_\_\_\_

(b) Residence (বাসস্থানের ঠিকানা) \_\_\_\_\_

(c) Occupation (পেশা) \_\_\_\_\_ (d) Date Last Worked (শেষ যে তারিখে কাজ করেছেন) \_\_\_\_\_

1. (a) Date of Birth (জন্ম তারিখ) \_\_\_\_\_ (b) Place of Birth (জন্মস্থান) \_\_\_\_\_

(c) Source from which Date of Birth obtained (যে উৎস হইতে জন্মতারিখ পাওয়া গিয়েছে) \_\_\_\_\_

2. (a) Date of Death (মৃত্যুর তারিখ) \_\_\_\_\_ (b) Place of Death (মৃত্যুর স্থান) \_\_\_\_\_

(c) Cause of Death (মৃত্যুর কারণ) \_\_\_\_\_

3. (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 কথা প্রথম চিকিৎসকের সাথে পরামর্শ করেছিলেন?

তারিখ) \_\_\_\_\_

4. 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 যে সকল চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে ছিলেন বা যে সকল হাসপাতালে চিকিৎসা নিয়েছিলেন তার তালিকা দিন) :

Physician Name (চিকিৎসকের নাম)	Address (ঠিকানা)	Date (তারিখ)	Reason (কারণ)

5. 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)	Face Amount (বীমার পরিমাণ)

6. (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 করেছেন)? \_\_\_\_\_

(c) Who has possession of the policy (বীমা পলিসিটি কার আয়ত্তে আছে)? \_\_\_\_\_

(d) What made of settlement do you select (আপনি বীমাদাবী পরিশোধের কোন ধরন নির্বাচন করছেন)? \_\_\_\_\_

### DECLARATION (ঘোষণা)

The undersigned hereby makes claim to said insurance and agrees that the written statements and affidavits off 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 apart 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 and 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 বীমাদাবী করছেন এবং সম্মত হচ্ছেন যে বীমাকারীকে তত্ত্বাবধানকারী বা চিকিৎসা প্রদানকারী সকল চিকিৎসকের লিখিত বিবৃতি ও হলফনামাসমূহ এবং এখানে প্রদত্ত নির্দেশনার কারণে আবশ্যিকীয় 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 সম্পূরক অন্য কোন ফর্ম সরবরাহ করা এটি প্রমাণ করা 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 Chartered Life Insurance Co. Ltd., any and all information with respect to medical history education, 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 চার্টার্ড লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানী লিঃ এর কাছে (মৃতব্যক্তি) \_\_\_\_\_ 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 করেছেন। এই ক্ষমতা প্রদানের যেকোন অনুলিপি মূল কপি হিসেবে গৃহিত হবে।)

Claimant Name

বীমা দাবীকারীর নাম) \_\_\_\_\_

Signature

(স্বাক্ষর) \_\_\_\_\_

Date

(তারিখ) \_\_\_\_\_

Address

(ঠিকানা) \_\_\_\_\_

Tel/Mob

(টেলিফোন/মোবাইল) \_\_\_\_\_

Witness Name

(স্বাক্ষরীর নাম) \_\_\_\_\_

Signature

(স্বাক্ষর) \_\_\_\_\_

Date

(তারিখ) \_\_\_\_\_

Status

(পদমর্যাদা) \_\_\_\_\_

Official Address

(পেশাগত পূর্ণ ঠিকানা) \_\_\_\_\_

Signature & official Seal

(স্বাক্ষর এবং দাপ্তরিক সিলমোহর)

### নির্দেশাবলী :

- এই দাবীর বিবৃতি একজন উপযুক্ত স্বাক্ষরী সম্মুখে পূরণ করে তার অবশ্যই প্রতি স্বাক্ষর করতে হবে। স্বাক্ষরী চার্টার্ড লাইফ ইনসিওরেন্স কোং লিমিটেডের কর্মকর্তা / কোন বিশ্ববিদ্যালয় / কলেজের অধ্যাপক/ হাইস্কুলের প্রধান শিক্ষক / বহুল প্রচারিত জাতীয় কোন দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক / বীমা কোম্পানী/ব্যাংক / স্বায়ত্বশাসিত কোন কর্পোরেশনের উর্ধ্বতন কর্মকর্তা / ব্যারিস্টার / আইনজীবী / পৌরসভা / ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান অথবা সরকারী গেজেটেড অফিসার গ্রহণযোগ্য হবে।
- আইনত যে ব্যক্তি মরণোত্তর বীমাদাবীর টাকার প্রাপক, তিনিই এই ফরমটি পূরণ করবেন। যদি একাধিক সুবিধাগ্রাহী থাকেন তবে প্রত্যেক সুবিধাগ্রাহীর জন্য একটি করে পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- যখন বীমাদাবী কোন অপ্রাপ্ত বয়সকে প্রদেয় হবে তখন বিবৃতিটি আইনগতভাবে আভিভাবককে দাখিল করতে হবে যার নিয়োগ এবং যোগ্যতার আইনগত প্রত্যয়ন সরবরাহ করতে হবে।
- পরিষ্কার হস্তাক্ষরে বা টাইপ মুদ্রণে এবং কথায় স্পষ্টভাবে এবং পূর্ণাঙ্গভাবে সকল প্রশ্নের উত্তর / জবাব দিতে হবে। ডট (।) বা ড্যাশ (-) প্রভৃতি চিহ্ন দ্বারা প্রদেয় জবাব গ্রহণযোগ্য হবেনা।
- কোম্পানী প্রয়োজন মনে করলে অতিরিক্ত তথ্যাদি চাওয়ার বা সংগ্রহ করার অধিকার সংরক্ষণ করে।