



আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি
Akij Takaful Life Insurance PLC
 এ ভি এল কন্টাক্ট সেন্টার, ১৩/১/ক, পান্থপথ, ঢাকা -১২১৫
 ওয়েবসাইট: <https://www.akijtakafullife.com.bd/>
 গ্রাহক সেবা নম্বর: +৮৮০১৮৯৪৯৫২৬৯৯

গ্রুপ বীমা মৃত্যু দাবি ফর্ম
GROUP LIFE DEATH CLAIM FORM

বীমাগ্রহীতার নাম (Policyholder's¹ Name) :

গ্রুপ পলিসি নম্বর (Group Policy Number) :

বীমাকৃত ব্যক্তির আইডি নম্বর (Insured's Employee ID) :

এই অংশটি বীমাগ্রহীতা পূরণ করবেন (Policyholder will fill up this section)

- বীমাকৃত ব্যক্তির নাম (Name of Insured²):
- বীমাকৃত ব্যক্তির ঠিকানা (Address of Insured) :
- বীমাকৃত ব্যক্তির জন্ম তারিখ (Insured's Date of Birth) :
- বীমাকৃত ব্যক্তির মৃত্যুর তারিখ (Date of Death of Insured) :
- বীমাকৃত ব্যক্তির মৃত্যুর কারণ (Cause of Death of Insured) :
- বীমা কার্যকর হওয়ার তারিখ (Coverage Effective Date) :
- বীমাকৃত অর্থের পরিমাণ (Insurance Amount) :
- সর্বশেষ পূর্ণ দিবস কাজ করার তারিখ (Date Last Worked Full Time) :

বীমাবৃত ব্যক্তি কর্তৃক মনোনীত বেনেফিসিয়ারির বৃত্তান্ত (প্রযোজ্য হলে) {Details of the Beneficiary³ Nominated by the Insured (if applicable)}

- বেনেফিসিয়ারির নাম (Name of the Beneficiary) :
- বীমাবৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক (Relationship with the Insured) :
- জন্ম তারিখ (Date of Birth) :
- বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা (Address) :
- মোবাইল/ ফোন নম্বর (Mobile/Phone No) : বিকল্প মোবাইল/ ফোন নম্বর (Alternative Mobile/Phone No):
- স্বাক্ষর (Signature): তারিখ (Date) :

ক্ষমতাপত্র (Authorization)

আমরা এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিসমূহ ও দাখিলকৃত সকল কাগজপত্র আমাদের জানামতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিস্ট, ল্যাবরেটরি, 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 আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্সকে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপত্রের যে কোন অনুলিপি মূল দলিল বলে গণ্য হবে।

(We hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of our knowledge and hereby authorize, on behalf of the insured, all physicians, hospitals, clinics, pharmacists, laboratories, employers and any institution or any other person who has any record or information about the deceased Insured covered under the Group Policy to provide Akij Takaful Life Insurance PLC any and all information with respect to medical history, consultation, prescription or treatments and copies of all hospital or medical records. Any copy of this authorization shall be taken as the original copy.)

¹ বীমাগ্রহীতাঃ যে প্রতিষ্ঠান বীমাটি কিনেছে বা বীমাটির স্বত্বাধিকারী (Policyholder: The institution which purchases or owns the policy)

² বীমাকৃত ব্যক্তিঃ যার জীবন, স্বাস্থ্য বা দায় বীমা দ্বারা সুরক্ষিত (Insured: The person whose life/health /liability is insured under a life Insurance Policy)

³ বেনেফিসিয়ারিঃ যে ব্যক্তি বা বীমাগ্রহীতাকে বীমা সুবিধাগ্রাহী হিসাবে মনোনীত করা হয়েছে (The person or entity who is nominated to receive the insurance policy benefit)

আমরা এই মর্মে নিশ্চিত করছি যে, উপোরোক্ত বীমাকৃত ব্যক্তির মৃত্যুর তারিখে উক্ত গ্রুপ বীমা কার্যকর ছিল এবং তার জীবনবীমা কার্যকর হবার দিন থেকে মৃত্যুর দিন পর্যন্ত উক্ত ব্যক্তি নিরবিচ্ছিন্নভাবে আমাদের গ্রুপ বীমা পলিসিতে অন্তর্ভুক্ত ছিলেন। আমাদের রেকর্ড অনুযায়ী উপরে উল্লিখিত আই ডি নম্বরের বিপরীতে উল্লিখিত বেনেফিসিয়ারি বীমা সুবিধা গ্রহণ করার জন্য মনোনীত।

(We hereby warrant that such Group Insurance was in force at the Date of Death and that the said insured was enrolled continuously from the date insurance on the life was enforced to the date of death. As per our record, the above Beneficiary is entitled to receive death benefit against the mentioned ID number)

বীমাগ্রহীতা কর্তৃক দায়িত্ব প্রাপ্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর ও সীল মোহর (Policyholder's Authorized person's Signature & seal) : _____

তারিখ (Date) : _____

এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন (Please enclose the below mentioned documents along with this form)

১. মৃত্যু সনদপত্র (Death Certificate):

মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা হয়েছে এমন লাইসেন্সকৃত বেসরকারি হাসপাতাল/ সরকারী হাসপাতাল কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সনদের মূল কপি অথবা সত্যায়িত ফটোকপি, অথবা মিউনিসিপাল কর্তৃপক্ষ যেমন সিটি কর্পোরেশন-এর স্বাস্থ্য বিভাগ বা স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ ওয়ার্ড কমিশনার/ কাউন্সিল(তাদের নিজ দাপ্তরিক ছাপানো লেটার হেড প্যাড-এ) কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সনদের মূল কপি অথবা সত্যায়িত ফটোকপি।

(Original or attested photocopy of Death Certificate issued by Licensed Private Hospital/ Government Hospital where the deceased was treated, or original or attested Photocopy of Death Certificate issued by the Municipal Body, either from Health Department of City Corporation/ Local Union Parishad Chairman/ Ward Commissioner/ councilor (on his/her Official Printed Letterhead)

২. বয়সের প্রমাণ (Age proof):

বীমাকৃত ব্যক্তি এবং বেনেফিসিয়ারির বয়সের প্রমাণ দাখিল করতে হবে। বয়সের প্রমাণ হিসেবে নিম্নলিখিত দলিলাদি/ কাগজপত্র (যে কোন একটি) গ্রহণযোগ্য (Both insured person and Beneficiary's Age Proof must be submitted. Any of the following documents is accepted as Age Proof)

- জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (Photocopy of Nation ID Card)
- পাসপোর্টের ফটোকপি (Photocopy of passport)

৩. দুর্ঘটনা জনিত মৃত্যুর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত অতিরিক্ত কাগজপত্র দাখিল করতে হবে (In case of Accidental Death. following additional documents are required)

- সুরতহাল রিপোর্ট। ময়নাতদন্ত প্রতিবেদন অথবা ম্যাজিস্ট্রেট বা থানার ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা কর্তৃক ময়নাতদন্ত ব্যতীত সংস্কার করার অনুমতিপত্র (অথবা সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল বা ক্লিনিক এর চিকিৎসা সংক্রান্ত কাগজপত্র- প্রযোজ্য হলে) {Photocopy of Autopsy (Post-Mortem) Report from the concerned Forensic Medicine Department/Police Station or copy of Magistrate's or Police Station Office-in-Charge's permission for burial without conducting post mortem (where applicable)}
- থানা থেকে দেয়া পুলিশ রিপোর্ট(এফ.আই.আর/ ফাইনাল পুলিশ রিপোর্ট)- এর ফটোকপি (যদি থাকে){Photocopy of police report (FIR) Final Police Report (if available)}
- দুর্ঘটনা সংশ্লিষ্ট সংবাদ পত্রের কাটিং(যদি থাকে) { (Newspaper cutting (if any))}

৪. ক্রেডিট লাইফ পলিসির দাবীর ক্ষেত্রে নিম্ন লিখিত অতিরিক্ত কাগজপত্র দাখিল করতে হবে

(For claims against Credit Life policies, following additional documents are required):

- ঋণ বা ক্রেডিট কার্ডের প্রথমিক আবেদনপত্রের ফটোকপি (Photocopy of the initial application for loan or credit card)
- মৃত্যুর তারিখে ব্যাংক একাউন্ট বা কার্ড একাউন্টের বকেয়া প্রদর্শিত লেনদেনের বিবরণী। (Transaction details/ statement Showing bank or card account's outstanding balance as on the date of death.)

বিঃদ্রঃ কোম্পানী প্রয়োজন বোধে অতিরিক্ত কাগজপত্র চাইতে পারে।

(N.B: Company may ask for additional information and documents. If deemed necessary)