আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি
Akij Takaful Life Insurance PLC

জাহাঙ্গীর টাওয়ার (৭ম তলা), ১০ কারওয়ান বাজার, ঢাকা-১২১৫

মৃত্যু দাবি ফর্ম (ইন্ডিভিজুয়াল ইন্স্যুরেন্স)
Death Claim Form (Individual Insurance)

এই ফর্মটি অব্যশই মৃত ব্যক্তির মনোনীত/বেনেফিসিয়ারী, (যার কাছে বীমার টাকা প্রদেয়) দ্বারা পূরণ কতে হবে। যদি একাধিক মনোনীতক/সুবিধাভোগী থাকে, তবে প্রত্যেকের জন্য আলাদা করে পৃথক ফাঁকা ফর্ম পূরণ করতে হবে।

(This form must be filled up by the nominee/ beneficiary of the deceased person to whom the insurance amount is payable. If there is more than one nominee/ beneficiary, a separate blank form must be filled up for each.)

মৃত পলিসি হোল্ডারের তথ্য (Information of Deceased Policy Holder)

মৃত ব্যক্তির পলিসি নম্বর (Policy number of the deceased person):	
মৃত ব্যক্তির নাম (Name of the deceased person):	
জন্ম তারিখ (Date of birth):	মৃত্যুর তারিখ (Date of death):
মৃত্যুবরণ এর স্থান (Place of Death):	
মৃত্যুর কারণ (Cause of Death):	
এনআইডি নম্বর (NID Number):	

মনোনীতক/সুবিধাভোগীর তথ্য (Information of the Nominee/Beneficiary)

মনোনীতক ব্যক্তির নাম (Name of the nominee):
বীমা পরিমাণের শতাংশ (%) (Percentage (%) of Insurance Amount):
জন্ম তারিখ (Date of Birth):
মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক (Relationship with the deceased):
এনআইডি নম্বর (NID Number):

মনোনীতক/সুবিধাভোগীর ব্যাংক এ্যাকাউন্টের বিবরণ (Bank Account Details of Nominee/Beneficiary)

হিসাবের নাম (Account Name):
হিসাব নম্বর (Account Number):
ব্যাংকের নাম ও শাখা (Bank Name & Branch):
মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক (Relationship with the deceased):
রাউটিং নম্বর (Routing Number):

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিগুলি আমার জানামতে সম্পূর্ণ এবং সত্য এবং এতদ্বারা সমস্ত চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিস্ট, ল্যাবরেটরি, নিয়োগকর্তা এবং যে কোনও প্রতিষ্ঠান বা অন্য যে কোনও ব্যক্তিকে যার কাছে বীমাবৃত মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, পরামর্শ, প্রেসক্রিপশন বা চিকিৎসা, হাসপাতাল বা মেডিকেল রেকর্ডের অনুলিপি সম্পর্কিত কোনো কেরর্ড বা তথ্য আছে তা আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি কে প্রদান রকার ক্ষমতা প্রদান করছি এবং এই অনুমোদনের যেকোন অনুলিপি মূল হিসাবে গ্রহণযোগ্য।

(I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and hereby authorize all physicians, hospitals, clinic, pharmacists, laboratories, employer and any institution or any other person who has any record or information about he deceased person 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 original).

মনোনীত/সুবিধাভোগীর স্বাক্ষর (Signature of Nominee/Beneficiary) _____ তারিখ (Date) _____

নমিনি নাবাল হলে অনুগ্রহ করে বিভাগটি পূরণ করুন (Please fill the section if nominee is minor)

দাবিদারের নাম (Name of the claimant):	স্বাক্ষর (Signature):
মনোনীত/সুবিধাভোগীর সাথে সম্পর্ক (Relationship with the Nominee/Beneficiary)	জন্ম তারিখ (Date of Birth):

দাবিদারের স্বাক্ষর তারিখ ও সীলসহ (Signature of the claimant, with date & seal)

বিঃদ্রঃ আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি দাবির সাথে প্রাসঙ্গিক কোনো নথি যাচাই বা জিজ্ঞাসা করার অধিকার সংরক্ষণ করে।
N.B: Akij Takaful Life Insurance PLC reserves rights to verify or ask for any documents relevant with the claims.

অনুগ্রহ করে যথাযথভাবে পূরণকৃত দাবির আবেদনপত্রের সাথে নিম্নলিখিত নথিগুলি সংযুক্ত করুন:

(Please attach the following documents along with duly filled up Claim Application Form)

1. মৃত্যু সনদ: Death Certificate:

- লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রাইভেট হাসপাতাল দ্বারা প্রদত্ত মৃত্যু সনদের আসল বা সত্যায়িত ফটোকপি
(Original or attested photocopy of death certificate issued by licensed private hospital).

- সরকারী যে হাসপাতালে মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা করা হয়েছে বা পৌর কর্তৃপক্ষ বা সিটি কর্পোরেশন স্বাস্থ্য বিভাগ থেকে প্রদত্ত মৃত্যুর সনদের আসল বা সত্যায়িত ফটোকপি।
(Govt. hospital, where the deceased was treated or original or attested photocopy of death certificate by the Municipal Authority of from the Health Department of City Corporation).

- স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ/ওয়ার্ড কমিশনার/কাউন্সিলর (তাঁর অফিসিয়াল মুদ্রিত লেটারহেড প্যাডে)
(Local Union Parishad/ Wared Commissioner/Councilor (on his/her official printed letterhead pad).

2. বয়স প্রমাণ: Age Proof:

- মৃত ব্যক্তি এবং নমিনি উভয়ের বয়সের প্রমাণ জমা দিতে হবে; বয়স প্রমাণ হিসাবে নিম্নলিখিত নথিগুলির যে কোনও একটি গ্রহণ করা হবে।
(Both deceased person and nominee's age proof must be submitted; Any of the following documents would be accepted as ae proof).

- জাতীয় পরিচয়পত্র/স্মার্ট কার্ডের ফটোকপি (Photocopy of National ID Card/Smart Card).
- পাসপোর্টের ফটোকপি (Photocopy of Passport).
- ড্রাইভিং লাইসেন্সের ফটোকপি (Photocopy of Driving License).

<u>দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যুর ক্ষেত্রে, নিম্নলিখিত অতিরিক্ত নথি জমা দিতে হবে: A(In case of Accidental Death, following additional documents to be submitted).</u>

- সংশ্লিষ্ট ফরেনসিক মেডিসিন বিভাগ থেকে ময়নাতদন্তের (পোস্ট-মর্টেম) রিপোর্টের ফটোকপি।
(Photocopy of Autopsy (Post-Mortem) report from the concerned Forensic medicine department).

- ময়না-তদন্ত ছাড়া দাফনের জন্য পুলিশ স্টেশন অথবা ম্যাজিস্ট্রেট বা থানার অফিসার-ইন-চার্জের অনুমতির অনুলিপি (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)।
(Police station or copy of magistrate's or police station officer-in-charge's permission for burial without conduction post mortem (where applicable).

- পুলিশ রিপোর্টের ফটোকপি
(Photocopy of Police Report).
- এফআইআর/ফাইনাল পুলিশ রিপোর্ট, যদি পাওয়া যায়। (Fir/Final Police Report, if available).
- সংবাদপত্র কাটিং (যদি থাকে)। (Newspaper cutting (if any).

<u>আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি দাবির সাথে প্রাসঙ্গিক কোনো নথি যচাই বা জিজ্ঞাসা করার অধিকার সংরক্ষণ করে।</u>
(Akij Takaful Life Insurance PLC reserves rights to verify or ask for any documents relevant with the claim).