

দাবীপত্র

দ্রষ্টব্য : ১। এই দাবীপত্রটি একজন উপযুক্ত সনাক্তকারীর সম্মুখে পূরণ করিয়া তাঁহার দ্বারা অবশ্যই প্রতি স্বাক্ষরিত করাইতে হইবে। উপযুক্ত সনাক্তকারী হিসাবে এনআরবি গ্লোবাল লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড যাহাদের গ্রহণ করিবে তাহারা হইলেন বাংলাদেশ সরকারের কোন গেজেটেড অফিসার, পৌরসভার সভাপতি বা প্রশাসক, জেলা বিচারপতি, উচ্চতর আদালতসমূহের বিচারপতি এবং ব্রাঞ্চ ম্যানেজার বা তদুর্ধ্ব পদ মর্যাদা সম্পন্ন এনআরবি গ্লোবাল লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড এর কোন অফিসার।

২। **আইনত :** যে ব্যক্তি বীমার টাকার প্রাপক, তিনি এই ফরমটি পূরণ করিবেন। পরিষ্কার হস্তাক্ষর বা টাইপ মুদ্রণে এবং কথায় সকল প্রশ্নের জবাব দিতে হইবে। 'ডট', 'ড্যাশ', বা 'x' প্রভৃতি চিহ্ন দ্বারা প্রদেয় জবাব গ্রহণযোগ্য হইবে না।

প্রসঙ্গ : বীমাপত্র নং বীমার পরিমাণ : টাকা.....
পলিসি হোল্ডারদের নাম : দাবী অন্তর্ভুক্তি নং :

প্রতিষ্ঠানের নাম : **ঠিকানা :**

ক্রমিক সংখ্যা	প্রশ্নাবলী	জবাব
১.	মৃত ব্যক্তির নাম, জাতীয়তা, সর্বশেষ পেশা ও ঠিকানা	(ক) পূর্ণ নাম : (খ) জাতীয়তা : (গ) সর্বশেষ পেশা : (ঘ) সর্বশেষ ঠিকানা : (ঙ) স্থায়ী ঠিকানা :
২.	মনোনীত ব্যক্তির (গণের) নাম, বর্তমান ঠিকানা, বয়স এবং মৃত ব্যক্তির সহিত সম্পর্ক।	(ক) নাম : (খ) বর্তমান ঠিকানা : (গ) বর্তমান বয়স :
৩.	কোন স্বত্ব বলে আপনি এই বীমার টাকা দাবী করিতেছেন? সঠিক জবাবটি বাদে অন্যগুলো কাটিয়া দিন।	মনোনীত ব্যক্তি/নির্বাহক/প্রশাসক/উপসভাপ্রাধিকারী আইনতঃ উত্তরাধিকারী/ অপ্রাপ্ত বয়স্ক মনোনীত ব্যক্তির অভিভাবক।
৪.	যদি কোন অপ্রাপ্তবয়স্কের পক্ষে আপনি এই দাবীর উত্থাপক হন, তাহা হইলে তাহার/তাহাদের স্বত্ত্বের পূর্ণ বিবরণ এবং আপনি কিরূপে তাহার/তাহাদের পক্ষ হইতে দাবী জানাইতেছেন তাহার বিবরণ দিন।	
৫.	মৃত্যুর স্থান ও তারিখ, মৃত্যুর প্রত্যক্ষ কারণ, রোগের স্থায়ীত্বকাল (যদি অসুস্থতাবশতঃ মৃত্যু হইয়া থাকে) এবং মৃত্যুকালে মৃতব্যক্তির বয়স কত ছিল উল্লেখ করুন।	(ক) মৃত্যুর স্থান : (খ) মৃত্যুর তারিখ : (গ) মৃত্যুর প্রত্যক্ষ কারণ : (ঘ) রোগের স্থায়ীত্ব : (ঙ) মৃত্যুকালে বয়সঃ
৬.	সর্বশেষ অসুস্থতার সময়ে যে চিকিৎসক (গণ) ব্যক্তির চিকিৎসা করেন, তাহার (তাহাদের) নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন।	চিকিৎসকের নাম : ঠিকানা : চিকিৎসকের নাম : ঠিকানা :
৭.	মৃত্যুর অব্যবহিত পূর্বের দুই বৎসরে মৃত ব্যক্তির যে সকল চিকিৎসকের পরামর্শ গ্রহণ করেন, তাহাদের নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন।	চিকিৎসকের নাম : ঠিকানা : চিকিৎসকের নাম : ঠিকানা :

৮.	যদি পলিসি হোল্ডারের মৃত্যু কোন হাসপাতালে ঘটয়া থাকে, অথবা/যদি সর্বশেষ অসুস্থতার সময়ে তাহাকে কোন হাসপাতালে চিকিৎসা করানো হইয়া থাকে, অথবা মৃত্যুর অব্যবহিত পূর্বের এক বৎসরের কোন সময়ে কোন কারণে তিনি হাসপাতালে ভর্তি হইয়া থাকেন, তাহা হইলে উক্ত হাসপাতালের (সমূহের) নাম, পূর্ণ ঠিকানা, ওয়ার্ড নং বেড নম্বর উল্লেখ করুন :	হাসপাতালের নাম : ঠিকানা : ওয়ার্ড নং : বেড নং: ভর্তির তারিখ :																
৯.	আপনার স্থানীয় স্বাস্থ্য কেন্দ্রের (হেলথ অফিস) ঠিকানা দিন	হাসপাতালের নাম : ঠিকানা : ওয়ার্ড নং : বেড নং: ভর্তির তারিখ :																
১০.	সনাক্তকরণ অথবা সূত্রানুসন্ধানের প্রয়োজনে আপনার অথবা মৃত ব্যক্তির সহিত সম্পর্কিত নন এমন দুইজন সম্ভ্রান্ত ও দায়িত্বশীল ব্যক্তির নাম ও পূর্ণ ঠিকানা উল্লেখ করুন।	নাম : ঠিকানা : নাম : ঠিকানা :																
১১.	মৃত ব্যক্তির কি অন্য কোন জীবন বীমা ছিল? থাকিলে বীমা কোম্পানী/ইউনিটের নাম বীমা পত্র গ্রহণের তারিখ, বীমাপত্র নম্বর ও বীমার পরিমাণ উল্লেখ করুন।	<table border="1"> <thead> <tr> <th>বীমা কোম্পানী/ইউনিট</th> <th>বীমাপত্র নং</th> <th>বীমা গ্রহণের তারিখ</th> <th>বীমার পরিমাণ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	বীমা কোম্পানী/ইউনিট	বীমাপত্র নং	বীমা গ্রহণের তারিখ	বীমার পরিমাণ												
বীমা কোম্পানী/ইউনিট	বীমাপত্র নং	বীমা গ্রহণের তারিখ	বীমার পরিমাণ															

ঘোষণা

আমি/আমরা এতদ্বারা ঘোষণা করিতেছি যে, উপরে বর্ণিত প্রতিটি প্রশ্নের জবাব সকল দিক হইতেই পূর্ণ ও সত্য। অত্র বীমার দাবী নিষ্পত্তির জন্য সহায়ক কোন প্রয়োজনীয় তথ্য আমি/আমরা গোপন করি নাই, সমুদয় প্রশ্নের জবাব আমি/আমরা গোপন করি নাই, সমুদ্র প্রশ্নের জবাব আমি/আমরা পূর্ণ জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুযায়ী দান করিয়াছি।

স্বাক্ষরের স্থান :

তারিখ :

দাবীদার (গণ) এর ঠিকানা

দাবীদারগণের স্বাক্ষর

১। স্থায়ী ঠিকানা :	গ্রাম : ডাকঘর : থানা : জেলা :
১। বর্তমান ঠিকানা :	

সনাক্তকরণ

উপরোক্ত ব্যক্তি (গণ) অত্র দাবীপত্র ও ঘোষণায় আমার সম্মুখে স্বাক্ষর দান করিয়াছেন।

সনাক্তকারী অফিসারের
সীল মোহর

তারিখ :.....
সনাক্তকারী অফিসারের স্বাক্ষর :.....
পদ মর্যাদা :
পূর্ণ পেশাগত ঠিকানা :.....