



মৃত্যু বীমা দাবী ফর্ম DEATH CLAIM FORM



সুরক্ষিত জীবনের প্রতিশ্রুতি

বীমার ধরণ Insurance Type	☐ একক বীমা Individual Insurance	☐ গোষ্ঠী বীমা Group Insurance	☐ ঋণ নিরাপত্তা বীমা Credit Shield Insurance (CSI)	☐ অন্যান্য Others
প্রতিষ্ঠানের নাম (গোষ্ঠী বীমা/ ঋণ নিরাপত্তা বীমা জন্য প্রযোজ্য) : Name of Organization (Applicable for Group, CSI & Others) :				
সুবিধাভোগী অর্থাৎ বীমার অর্থ যাকে প্রদেয় শুধুমাত্র সেই ব্যক্তি বা ব্যক্তিগণ এ ফর্ম পূরণ করবেন। সুবিধাভোগী একাধিক হলে প্রত্যেক সুবিধাভোগীর জন্য একটি করে পৃথক ফর্মপূরণ করতে হবে / This form must be filled out by the nominee/beneficiary, that means the person or persons to whom the insurance amount is payable. If there is more than one nominee/ beneficiary, a separate blank form will be filled out for each.				
পলিসি নম্বর / সদস্য নম্বর / লোন নম্বর / কার্ড নম্বর Policy Number(s)/ Member ID/ Loan No./ Card No.				
বীমাত্রাহীতা আস্থা লাইফ এর সকল পলিসি নম্বর উল্লেখ করতে হবে (যদি থাকে) : Please mention numbers of all policies of Astha Life possessed by the policyholder (If any) :				
মৃত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য / Information of Deceased				
নাম : Name :		জন্ম তারিখ Death of Birth		
মৃত্যুর তারিখ Date of date		মৃত্যুর স্থান Place of Death		
মৃত্যুর কারণ : Cause of Death :				
জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর National ID Card				
সুবিধাভোগী / মনোনীতক এর তথ্য / Information of Nominee/ Beneficiary				
নাম : Name :				
জন্ম তারিখ Date of Birth		সম্পর্ক Relation		
বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা Present contact address				
মোবাইল / ফোন নম্বর Mobile/ Phone number		বিকল্প মোবাইল নম্বর Alternate Mobile Number		
জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর National ID Card		ই মেইল : E-mail :		
সুবিধাভোগী / মনোনীতক এর ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য/Bank accounts related information of Nominee/ Beneficiary:				
ব্যাংক হিসাবের নাম Account Name		ব্যাংকের নাম ও শাখা Bank Name & Branch		
হিসাব নম্বর Account Number		রাউটিং নম্বর Routing Number		
ক্ষমতাপত্র / Authorization				
আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি সমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিষ্ট, ল্যাবরেটরি, নিয়োগকর্তা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা যেকোন ব্যক্তিকে, যার কাছে বীমাকৃত মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, পরামর্শপত্র বা চিকিৎসা এবং হাসপাতাল সংক্রান্ত যেকোন নথিপত্রের অনুলিপি আছে তা আস্থা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড কে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপত্রের যে কোন অনুলিপি মূল দলিল বলে গণ্য হবে। [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, employers and any institution or any other person who has any record or information about the deceased person to provide Astha Life Insurance Limited 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]				
সুবিধাভোগীর স্বাক্ষর Nominee/Beneficiary signature :		তারিখ Date		
সুবিধাভোগী / মনোনীতক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে এই অংশটি পূরণ করতে হবে/ Please fill this section if the nominee is Minor				
বীমাদাবীকারীর নাম : Claimant name :		স্বাক্ষর : Signature :		
মনোনীতক / সুবিধাভোগী এর সাথে সম্পর্ক : Relation with the nominee/beneficiary :		জন্ম তারিখ Date of Birth		
স্বাক্ষর/Signature				
১*				
১*				
দাবীকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ Signature of the Employee/claimant with date & Seal		সুপারভাইজার/ বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর ও তারিখ/Signature of the Dept./Div. Head with date & Seal		দায়িত্ব প্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল Signature of the Authorized Person with date & Seal

একক বীমার ক্ষেত্রে শুধুমাত্র ১* প্রযোজ্য।
Only 1* is applicable for Individual insurance.

বিঃ দ্রঃ আস্থা লাইফ প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথি পত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষণ করে।
N.B.: Astha Life reserved rights to verify or ask any documents relevant with the claims.

সঠিকভাবে পূরণ কৃত এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন / Please attach the following documents along with duly filled out this claim form
১. মৃত্যু সনদপত্র / Death Certificate: মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা হয়েছে এমন লাইসেন্সকৃত বেসরকারী 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 / কাউন্সিলর (তাদের নিজ দাপ্তরিক ছাপানো লেটারহেড প্যাড এ) কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সনদের মূল কপি অথবা সত্যায়িত ফটোকপি। [Original or attested photocopy of death certificate issued by licensed private hospital / Govt. hospital where the deceased was treated or original or attested photocopy of death certificate issued by the Municipal authority or from the Health department of City Corporation/ Local Union Parishad / Ward commissioner / Councilor (on his/her official printed letterhead pad)]
২. বয়সের প্রমাণ / Age Proof: বীমাকৃত ব্যক্তি এবং সুবিধাভোগীর বয়সের প্রমাণ দাখিল করতে হবে। বীমাকৃত ব্যক্তি এবং বীমাত্রাহীতা ভিন্ন ব্যক্তি হলে বীমাত্রাহীতার বয়সের প্রমাণও দাখিল করতে হবে। বয়সের প্রমাণ হিসেবে নিম্নলিখিত দলিলাদি / কাগজপত্র (যে কোন একটি) গ্রহণযোগ্য - / Both Insured person and nominee's ageproof must be submitted; if insured person and Policyholder is different person, then Policyholder's age proof must be submitted also. Any of the following documents would be accepted as age proof. ➤ জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি / Photocopy of National ID Card / Smart card ➤ পাসপোর্টের ফটোকপি / Photocopy of Passport ➤ ড্রাইভিং লাইসেন্সের ফটোকপি / Photocopy of Driving License ➤ এস.এস.সি বা সমমানের পরীক্ষার সার্টিফিকেটের ফটোকপি / Photocopy of certificate of S.S.C or equivalent examinations
৩. গোষ্ঠী বীমার ক্ষেত্রে / For Group Insurance: কর্মস্থলের সনদপত্র প্রদান করতে হবে / Employment certificate
৪. একক বীমার ক্ষেত্রে [Individual Life] পলিসির মূল দলিল / The original Policy Document: মূল পলিসি দলিল এই ফর্মের সাথে সংযুক্ত করতে হবে, যদি না সেটি ইতোমধ্যেই কোম্পানীর কাছে থেকে থাকে / Original Policy document must be attached with this form unless it is already possessed by the company
৫. ঋণ নিরাপত্তা বীমা এর ক্ষেত্রে / Credit Shield Insurance (CSI) ঋণ / কার্ডের অনুমোদনপত্রের অনুলিপি সহ গ্রাহক কর্তৃক পূরণকৃত ভাল স্বাস্থ্যের ঘোষণাপত্র / Loan / Card approval letter including copy of DGH filled out by insured
৬. দুর্ঘটনা জনিত মৃত্যুর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত অতিরিক্ত কাগজপত্র দাখিল করতে হবে / In case of Accidental Death, following additional documents to be submitted : * সুরতহাল রিপোর্ট, ময়নাতদন্ত প্রতিবেদন অথবা ম্যাজিস্ট্রেট বা থানার ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা কর্তৃক ময়নাতদন্ত ব্যতীত সৎকার 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 officer-in-charge's permission for burial without conduction 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 সংবাদপত্রের কাটিং (যদি থাকে) / Newspaper cutting [if any]
৭. আস্থা লাইফ প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথিপত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষণ করে। Astha Life reserved the right to verify or ask any documents relevant with the claim



আস্থা লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

(আর্মি ওয়েলফেয়ার ট্রাস্ট এর একটি প্রতিষ্ঠান)

প্রধান কার্যালয়: এস কে এস টাওয়ার (লেভেল ১২), ৭ ভিআইপি রোড, মহাখালি, ঢাকা ক্যান্টনমেন্ট, ঢাকা-১২০৬।

ফোনঃ +৮৮ ০১৭৬৯ ০৫৯৩৩৩, www.asthalife.com.bd