

প্রাইম ইসলামী লাইফ ইন্সুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়: রাজ ভবন, ৬ষ্ঠ তলা, ২৯, দিলকুশা,
সি/এ, ঢাকা-১০০০। ফোন:- ০২-৯৫৫৪৫৩৮

চুক্তিপত্র নং : ০০.....০১৯

বীমা গ্রহনকারী প্রতিষ্ঠানঃ মিলভিক বাংলাদেশ লিঃ



দাবি ফর্ম - মিলভিক লাইফ

(এ অংশটি দাবিদার/মনোনীতক(গণ)অপ্রাপ্তবয়স্ক হলে মনোনীতকের আইনত বৈধ অভিভাবক কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

স্বাভাবিক মৃত্যু দাবি <input type="checkbox"/>	দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু দাবি <input type="checkbox"/>
--	---

১.গ্রাহকের পূর্ণ নামঃ	২. পিতার নামঃ
৩.জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বরঃ	৪.মোবাইল নম্বরঃ
৫.নমিনির পূর্ণ নামঃ	৬.গ্রাহকের সাথে সম্পর্কঃ

৭. দাবিদারের মোবাইল ব্যাংকিং/ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য (শুধুমাত্র নিজস্ব মোবাইল ব্যাংকিং অথবা ব্যাংক হিসাব বিবরণ প্রদান করুন):

★★ মোবাইল ব্যাংকিং

★★ ব্যাংক হিসাব

মোবাইল ব্যাংকিং নম্বরটি সঠিক ভাবে লিখুন:

ক. বিকাশ নম্বরঃ

ক. ব্যাংক এর নামঃ

খ. হিসাব নম্বরঃ

গ. শাখাঃ

৮. স্বাভাবিক মৃত্যু দাবির তথ্য

৮. দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু দাবির তথ্য

ক. মৃত্যুর তারিখঃ

ক. মৃত্যুর তারিখঃ

খ. মৃত্যুর স্থানঃ

খ. দুর্ঘটনার স্থানঃ

গ. মৃত্যুর কারণঃ

গ. দুর্ঘটনার বিবরণঃ

(দাবিদার/মনোনীতক কর্তৃক প্রদত্ত ঘোষণা)

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত প্রতিটি প্রদত্ত তথ্য আমার জানামতে সম্পূর্ণ সত্য ও সঠিক এবং আমি জ্ঞাতে কোন তথ্য গোপন করিনি। এই দাবি নিষ্পত্তির জন্য কোম্পানীর চাহিদানুযায়ী আরও তথ্য সরবরাহ ও অনুসন্ধান করার পূর্ণ ক্ষমতা কোম্পানীকে প্রদান করলাম। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, অত্র ফরমে প্রদত্ত মোবাইল ব্যাংকিং/ব্যাংক হিসাবটি আমার নিজস্ব ও সঠিক এবং বীমা চুক্তির শর্তানুযায়ী দাবিটির চূড়ান্ত নিষ্পত্তি বাবদ কোম্পানি কর্তৃক নির্ধারিত অংক উক্ত হিসাবের মাধ্যমে গ্রহণে সম্মত আছি।

দাবিদারের স্বাক্ষরঃ(NID অনুযায়ী).....

তারিখ (দিন/মাস/বছর).....

বি.দ্রঃ দাবি নিষ্পত্তি প্রক্রিয়াটি পূরনকৃত ফর্মের সঙ্গে চাহিদা মোতাবেক নথির মূলকপি সংযুক্তি ও দাখিলের পর শুরু হবে। উল্লেখ থাকে যে, দাবিফর্ম পূরন দাবি প্রাপ্তি নিশ্চিত করে না।

সনাক্ত পত্র

(স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ/পৌর চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার/প্রথম শ্রেণীর কর্মকর্তা সনাক্তকারী হিসেবে স্বাক্ষর করবেন। সাক্ষী হিসাবে বীমা সম্পর্কে অবগত সংশ্লিষ্ট এলাকার বিশিষ্ট ব্যক্তি/হাইস্কুলের প্রধান শিক্ষক/ইউপি সদস্য যে কোন দুইজন স্বাক্ষর করবেন।)

আমি নিম্নোক্ত দায়িত্বশীল সাক্ষীদের উপস্থিতিতে এই মর্মে ঘোষণা করছি যে,সদস্য নং..... নিহত আমার এলাকার অধিবাসী।

সনাক্তকারীর পূর্ণ নামঃ _____

সনাক্তকারীর যোগাযোগ নাম্বারঃ _____

অফিসিয়াল

সীল

সনাক্তকারীর স্বাক্ষর _____

তারিখঃ _____

প্রথম সাক্ষী

দ্বিতীয় সাক্ষী

পূর্ণ নামঃ _____

ফোন নংঃ _____

স্বাক্ষরঃ _____

পূর্ণ নামঃ _____

ফোন নংঃ _____

স্বাক্ষরঃ _____

