

মৃত্যু পরবর্তী দাবী নিষ্পত্তির ফর্ম (ফর্ম-A)

আপনি অসময়ে প্রিয়জন হারানোর জন্য আমরা শোকজ্ঞাপন করছি। আমরা বুঝি যে আপনি এখন বেশ কঠিন সময়ের মধ্যে দিয়ে যাচ্ছেন এবং প্রয়োজনীয়তার এই মুহুর্তে আপনাকে সেরা সহায়তা প্রদান করা আমাদের দায়িত্ব। এই মৃত্যু পরবর্তী দাবীর আবেদন পত্র আপনাকে দ্রুত এবং সহজে আপনার দাবীদাওয়া পেশ করতে সাহায্যের জন্য পরিকল্পিত হয়েছে। অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি সম্পূর্ণরূপে পূরণ ও স্বাক্ষর করে উপযুক্ত নথিপত্রাদি সহ ফেরত দেবেন এবং যাতে আমরা আপনার দাবীদাওয়া আরও দ্রুত মেটাতে পারি তার জন্য নিম্নলিখিত নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

- একাধিক পলিশির ক্লেম একটি একক ফর্ম পূরণ করে এবং সকল প্রয়োজ্য পলিশি নম্বর দিয়ে রেজিস্টার করা যেতে পারে।
- ঘটনা ঘটনার তারিখের যে পলিশি জারী আছে এবং পলিশির সকল শর্তাবলী পূরণ হলেই তবে ক্লেমের টাকা পাওয়া যাবে।
- যদি একাধিক দাবীদার থাকেন, তাহলে প্রত্যেক দাবীদারকে পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- নিম্নলিখিত কোনো একজনকে এই ফর্মের সাক্ষী হিসাবে উপস্থিত থাকতে হবে (1) ম্যাক্স লাইফ এজেন্ট (2) ম্যাক্স লাইফের সেলস ম্যানেজার/এডিএম/অফিস হেড (3) ব্লক ডেভলপমেন্ট অফিসার (4) রাষ্ট্রায়ত্ত্ব ব্যাঙ্কের কোনো ম্যানেজার রবার স্ট্যাপ সহ (5) ম্যাক্স লাইফ কম্পানির একজন অফিসার যার পদমর্যাদা একজন ম্যানেজারের চেয়ে নীচে নয় (6) একজন গেজেটেড অফিসার (7) সরকারী স্কুলের একজন প্রধান শিক্ষক/ প্রিন্সিপাল (8) একজন ম্যাজিস্ট্রেট।
- অনুগ্রহ করে বিবৃতিগুলি ভালভাবে পড়ুন এবং আপনি সাধারণত আপনার চেকে যেভাবে সই করেন সেই একইভাবে এই ক্লেম ফর্মে সই করুন। আপনার স্বাক্ষর আমাদের কাছে করা আপনার অনুরোধ ভবিষ্যতে খতিয়ে দেখার জন্য ব্যবহার করা হবে।

কিভাবে আপনার ফর্ম পূরণ করবেন

দাবীদার ক্লেম ফর্মের সকল ঘরগুলি বড় অক্ষরে লিখে পূরণ করবেন।

বিভাগ A – এই বিভাগে দাবীদারকে তার বিষয়ে তথ্য জানাতে হবে:

- অনুগ্রহ করে আপনার বর্তমান ঠিকানা এবং মোবাইল নম্বর নিশ্চিতভাবে জানাবেন, কেননা আমরা ক্লেম সংক্রান্ত সকল যোগাযোগ শুধুমাত্র এই ঠিকানা এবং মোবাইল নম্বরেই করব, যদি আপনার ই-মেল আইডি থাকে তবে তাও দেবেন;
- অনুগ্রহ করে আপনার সম্পূর্ণ ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ উল্লেখ করবেন; এবং
- পলিশির শর্তাবলী অনুসারে ক্লেমের টাকা মেটানো হলে যাতে আমরা ক্লেমের দাবীদাওয়া সরাসরি আপনার অ্যাকাউন্টে পাঠিয়ে দিতে পারি তার জন্য অনুগ্রহ করে ব্যাঙ্কের প্রত্যায়িত করা একটি এনইএফটি ফর্ম অথবা বাতিল করা চেক/ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট পাসবইয়ের একটি প্রতিলিপি এর সাথে দেবেন।

বিভাগ B – এই বিভাগে জীবন বিমাকারীর বিষয়ে তথ্য জানাতে হবে:

- অনুগ্রহ করে জীবন বিমাকারী ব্যক্তির মৃত্যুর কারণ, তারিখ এবং সময় উল্লেখ করবেন;
- শেষ অসুস্থতা/দুর্ঘটনা চলাকালীন অথবা গত তিন (3) বছর ধরে যে সকল চিকিত্সক, হাসপাতাল অথবা অন্যান্য চিকিত্সাগত উত্সরা জীবন বিমাকারীর ব্যক্তির চিকিত্সা করেছিলেন অনুগ্রহ করে তাদের নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বরগুলি উল্লেখ করুন। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত কাগজ যোগ করবেন; এবং
- অনুগ্রহ করে ম্যাক্স লাইফ ছাড়া অন্যান্য বিমা কম্পানীগুলিতে জীবন বিমাকারী ব্যক্তির যে সকল জীবন বিমা আছে তার বিবরণ দেবেন।

বিভাগ C – এই বিভাগটি শুধুমাত্র তখনই পূরণ করতে হবে যদি ফর্মের উল্লেখমতো প্ল্যানগুলির অধীনে ভিন্ন মৃত্যুজনিত সুবিধা বিকল্প প্রদান করা হয়।

বিভাগ D – এই ক্লেম ফর্মের আওতাভুক্ত নয় এমন কোনো অতিরিক্ত তথ্য যদি আপনি জানাতে চান তবে এই বিভাগটি ব্যবহার করা যেতে পারে।

এই ক্লেম ফর্মের সাথে আপনাকে নিম্নলিখিত নথিপত্রগুলি জমা দিতে হবে (যেসব নথিপত্র জমা দিয়েছেন তা নির্দেশ করতে অনুগ্রহ করে উপযুক্ত বাক্সগুলিতে টিক চিহ্ন দিন) – [* দাগ দেওয়া নথিপত্রগুলি হল বাধ্যতামূলক]

- 1) * স্থানীয় কর্তৃপক্ষের জারী করা মৃত্যুর শংসাপত্রের আসল/প্রত্যায়িত করা প্রতিলিপি
- 2) * আসল পলিশির নথিপত্র(গুলি)
- 3) * আপনার পরিচয় পত্রের প্রত্যায়িত প্রতিলিপি (নীচের কোনো একটি-যাতে আপনার সম্পূর্ণ জন্মতারিখ উল্লেখ করা আছে)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> প্যান কার্ড | <input type="checkbox"/> ভোটার আইডি কার্ড |
| <input type="checkbox"/> বৈধ পাসপোর্ট | <input type="checkbox"/> বৈধ ড্রাইভিং লাইসেন্স |
| <input type="checkbox"/> আধার কার্ড | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহপূর্বক উল্লেখ করুন) |

4) * ব্যাঙ্কের বিবরণ (নীচের কোনো একটি)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> দাবীদারের ছাপনো নাম ও অ্যাকাউন্টের বিবরণ সহ বাতিল চেক |
| <input type="checkbox"/> ব্যাঙ্কের পাসবইয়ের প্রত্যায়িত প্রতিলিপি |
| <input type="checkbox"/> ব্যাঙ্কের প্রত্যায়িত করা এনইএফটি ফর্ম |

আসন্নহত্যা / দুর্ঘটনার ক্ষেত্রে অতিরিক্ত নথিপত্র – (এফআইআর এবং ময়না তদন্তের রিপোর্ট বাধ্যতামূলক)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> * এফআইআর | <input type="checkbox"/> পঞ্চনামা |
| <input type="checkbox"/> * ময়না তদন্তের রিপোর্ট | <input type="checkbox"/> সংবাদপত্রের কাটা অংশ (যদি থাকে) |
| <input type="checkbox"/> আইনগত তদন্তের রিপোর্ট | <input type="checkbox"/> চূড়ান্ত পুলিশের অনুসন্ধান রিপোর্ট |

চিকিত্সাগত কারণে মৃত্যুর (হাসপাতালে ভর্তি হয়ে/হাসপাতালে ভর্তি না হয়ে) ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত নথিপত্রগুলির প্রয়োজন

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> মৃত্যুর শংসাপত্রের চিকিত্সাগত কারণ |
| <input type="checkbox"/> উপস্থিত পরিচর্যাকারী চিকিত্সকের বিবৃতি (শেষ দেখাশোনা করা চিকিত্সককে ফর্ম “সি” পূরণ করতে হবে) |
| <input type="checkbox"/> সকল চিকিত্সাগত নথিপত্র (রোগ নির্ণয়, চিকিত্সা এবং ছাড়া/মৃত্যুর সারসংক্ষেপ – প্রয়োজ্য হলে |

মৃত্যু পরবর্তী দাবী নিষ্পত্তির ফর্ম (ফর্ম-এ)

ম্যাক্স লাইফ পলিশি নম্বর(গুলি)

ক্রেম ফর্ম জমা দিচ্ছেন এর মাধ্যমে: ম্যাক্স লাইফ এজেন্ট ম্যাক্স লাইফ কার্যালয় ব্যাক্সের শাখা অন্যান্য

বিবৃতি: আমি/আমরা দাবীদার(গণ) শপথ নিয়ে জানাচ্ছি যে নিম্নলিখিত উত্তর এবং বিবৃতিগুলি সর্বসঙ্গীভাবে সত্য এবং আরও রাজী যে কম্পানীকে জমা দেওয়া এই ফর্ম, অথবা অন্য কোনো ফর্ম, অথবা তত্প্রতি অন্য কোনো সম্পূর্ণ ফর্ম, কম্পানী কর্তৃক এমন কোনো স্বীকোবোক্তি জ্ঞাপন করে না যে প্রসঙ্গসূচকভাবে জীবনে কোনো বিমা বলবত ছিল অথবা কোনো অধিকার বা পক্ষসমর্থনের স্বত্বত্যাগ করছেন।

বিভাগ A: অনুগ্রহ করে আপনার (দাবীদার) বিষয়ে জানান - [* দাগ দেওয়াগুলি হল বাধ্যতামূলক]

* নাম: _____ * জন্মতারিখ: * লিঙ্গ পুং স্ত্রী

* মৃত জীবন বিমাকারীর সাথে সম্পর্ক: স্বামী বা স্ত্রী সন্তান পিতামাতা অন্যান্য অনুগ্রহপূর্বক উল্লেখ করুন _____

* বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা: _____

রাজ্য: _____ পিন কোড:

* যোগাযোগের নং: ইমেল আইডি: _____

প্যান নং: আধার নং:

* ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নং * ব্যাক্সের শাখার নাম ও ঠিকানা _____

এমআইসিআর কোড: * আইএফএসসি কোড:

বিভাগ B : অনুগ্রহ করে মৃত জীবন বিমাকারী ব্যক্তির বিষয়ে জানান - [* দাগ দেওয়াগুলি হল বাধ্যতামূলক ঘর]

* নাম: _____ * মৃত্যুর সময়ে বয়স: বছর

* শেষ জীবিকা: _____ শেষ কর্মদাতার বিবরণ (প্রযোজ্য হলে) _____

* জন্মতারিখ: * জন্মের সময়

* মৃত্যুর কারণ: চিকিত্সাগত দুর্ঘটনা আত্মহত্যা খুন

* অসুস্থতা/দুর্ঘটনার প্রকৃতি _____ * রোগনির্ণয়/দুর্ঘটনার তারিখ:

* মৃত্যুর স্থান: হাসপাতাল/ক্লিনিক বাড়ী কার্যালয় অন্যান্য (অনুগ্রহপূর্বক উল্লেখ করুন) _____

* অনুগ্রহ করে সেই চিকিত্সকদের বিষয়ে জানান যার জীবন বিমাকারী ব্যক্তিকে তার শেষ অসুস্থতা/দুর্ঘটনার সময়ে এবং/অথবা গত 3 বছরে চিকিত্সা করেছিলেন:

চিকিত্সক / হাসপাতালের নাম	যোগাযোগের বিবরণ	প্রথম পরামর্শের তারিখ	গৃহীত চিকিত্সা

যদি মৃত জীবন বিমাকারীর অন্য জীবন বিমা কম্পানীতে বিমা করা থাকে, অনুগ্রহ করে তার বিবরণ দিন*:

কম্পানীর নাম	পলিশি নং	পলিশির পরিমাণ	পলিশি জারীর তারিখ	ক্রেমের অবস্থা

মৃত্যু পরবর্তী দাবী নিষ্পত্তির ফর্ম (ফর্ম-এ)

C: যদি আপনি নিম্নলিখিত কোনো একটি প্লানের অন্তর্গতে সুবিধার দাবী করেন তবেই একমাত্র আপনাকে এই বিভাগটি পূরণ করতে হবে: (এই বিকল্পটির নির্বাচন ক্রেমের গ্রহণযোগ্যতা নিশ্চিত করে না)

- 1) ম্যাক্স লাইফ গ্যারান্টেড ইনকাম প্লান: এককালীন সুবিধা নিয়মিত মাসিক উপার্জন
- 2) ম্যাক্স লাইফ গ্যারান্টেড ম্যান্ডলি ইনকাম প্লান: এককালীন সুবিধা নিয়মিত মাসিক উপার্জন
- 3) ম্যাক্স লাইফ সুপার টার্ম প্লান: সরাসরি 100 % ট সরাসরি 50 % টাকা প্রদান এবং 50 % মাসিক উপার্জন হিসাবে
- 4) ম্যাক্স লাইফ ফরএভার ইয়ং পেনসান প্লান: এককালীন সুবিধা নতুন অ্যানুইটি প্লান নতুন পেনশান প্লান
- 5) ম্যাক্স লাইফ ফিউচার জিনিয়াস এডুকেশন প্লান: এককালীন সুবিধা নিয়মিত মাসিক উপার্জন

D: দ্রষ্টব্য - অতিরিক্ত কোনো তথ্য যা আপনি জানাতে চান:

মাতৃভাষার বিবৃতি (যদি দাবীদার মাতৃভাষায় স্বাক্ষর করেন অথবা বৃদ্ধাঙ্গুলীর ছাপ দেন) : সাক্ষী / বিবৃতি দানকারী ব্যক্তির বিবৃতি শংসায়িত করে যে এই ফর্মে লেখা বিষয় দাবীদারকে তার মাতৃভাষায় ব্যাখ্যা করা হয়েছিল এবং সেটি সম্পূর্ণভাবে বোঝার পরে তিনি স্বাক্ষর করেছেন / বৃদ্ধাঙ্গুলীর ছাপ দিয়েছেন।

এনইএফটি বিবৃতি: আমি বিমা সংস্থাকে আমার উপরিউল্লিখিত ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে সরাসরি/বৈদ্যুতিন মাধ্যমে টাকা স্থানান্তরের জন্য অনুমোদন দিচ্ছি। যদি কোনো কারণ সহ/ব্যতিরেকে আপনার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে টাকা না যায় অথবা টাকার লেনদেন হতে দেরী হয় অথবা অসম্পূর্ণ/ভুল তথ্যের কারণে কার্যকরী না হয় তবে তার জন্য ম্যাক্স লাইফ ইনসিওরেন্স কোং লিমিটেড দায়ী থাকবে না। এছাড়াও, যদি সরাসরি টাকা প্রদান করা সম্ভবপর না হয় তবে ম্যাক্স লাইফ ইনসিওরেন্স কোং লিমিটেডের ডিম্যান্ড ড্রাফট/অ্যাট পার চেকে টাকা প্রদান সহ অন্য কোনো বিকল্প টাকা প্রদানের উপায় ব্যবহার করার অধিকার আছে। টাকা প্রদান কেবলমাত্র দাবীদারের প্রদান করা দাবীদার অ্যাকাউন্ট নম্বর তথ্যের ওপর ভিত্তি করে কার্যকরী হবে এবং দাবীদারের নাম বিবরণ সেইসূত্রে ব্যবহৃত হবে না।

দাবীদারের স্বাক্ষর / বাম বৃদ্ধাঙ্গুলীর ছাপ

দাবীদারের নাম

স্থান:

তারিখ:

সাক্ষী/বিবৃতিদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর

নাম এবং ঠিকানা

স্থান:

তারিখ:

দায়মুক্ততা

- নথিপত্র সহ ক্রেম ফর্ম জমা দেওয়া দায় স্বীকারক্তি নিশ্চিত করে না।
- জমা দেওয়া নথিপত্র মূল্যায়ন করার সময়ে, ম্যাক্স লাইফের অতিরিক্ত নথিপত্র চাওয়ার অধিকার আছে।
- যে ব্যক্তি স্জাতসারে মিথ্যা অথবা বিভ্রান্তিকর তথ্য দিয়ে ক্রেম পেশ করবেন, অথবা কম্পানী বা অন্য কোনো ব্যক্তিকে প্রতারণা বা বিপথগামী করার উদ্দেশ্যে তথ্য প্রদান করবেন, তাকে গুরুতর অপরাধে দোষী হিসাবে সাব্যস্ত করা হতে পারে অথবা প্রযোজ্য আইন(গুলি) অনুসারে ঘটনাটির ব্যবস্থা নিলে ফৌজদারী এবং/অথবা দেওয়ানী জরিমানা প্রযোজ্য হতে পারে। কম্পানীর উক্ত ব্যক্তির বিরুদ্ধে উপযুক্ত ব্যবস্থা নেওয়ার অধিকার আছে।



ইমেল

claims.support
@maxlifeinsurance.com



হেল্পলাইন

1800 200 5577
সকাল ৭টা - রাত ৭টা | সোম -শনি



ম্যাক্স লাইফ ইনসিওরেন্স কোং লিমিটেড

প্লট নং ৯০এ, সেক্টর ১৮,
গুরগাঁও, ১২২০১৫, হরিয়ানা

মৃত্যু পরবর্তী দাবী নিষ্পত্তির ফর্ম (ফর্ম-এ)

অনুমতিদান (দাবীদারকে স্বাক্ষর করতে হবে)

আপনার ক্লেমের প্রক্রিয়াকরণের জন্য, ভিন্ন কর্তৃপক্ষের অতিরিক্ত নথিপত্রের প্রয়োজন হতে পারে। এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করে, আপনি ম্যাক্স লাইফ ইনসিওরেন্স কোং লিমিটেড এবং/অথবা তার প্রতিনিধিদের আপনার হয়ে প্রয়োজনীয় নথিপত্র সংগ্রহ করার অধিকার প্রদান করছেন।
মাননীয়,

ম্যাক্স লাইফ পলিচি নম্বর (গুলি):

আমি, শ্রী/শ্রীমতি _____ (নাম), _____ (সম্পর্ক)
এর শ্রী/শ্রীমতি _____ (জীবন বিমাকারী ব্যক্তির নাম) এতদ্বারা ম্যাক্স লাইফ ইনসিওরেন্স কোং লিমিটেড এবং/অথবা তার প্রতিনিধিদের ক্লেমের প্রক্রিয়াকরণের প্রয়োজনীয়তার খাতিরে প্রয়োজনীয় চাকুরী / চিকিত্সাগত / সরকারী / বেসরকারী হাসপাতালের নথি / তথ্য আসল বা প্রতিলিপিরূপে সংগ্রহ করার জন্য আমার সম্মতি জানাচ্ছি

আপনার একান্ত,

দাবীদারের স্বাক্ষর / বাম বৃদ্ধাঙ্গুলীর ছাপ

দাবীদারের নাম _____

স্থান: _____

তারিখ:

সাক্ষী/বিবৃতিদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর

নাম এবং ঠিকানা _____

স্থান : _____

তারিখ:

শুধুমাত্র শাখা কার্যালয়ের ব্যবহারের জন্য

তারিখ:

বিকাল 3.00 এর আগে

বিকাল 3.00 এর পরে

জিও ওপিএস ব্যক্তির নাম এবং মোবাইল নং: _____

স্ট্যাম্প

যোগাযোগের বিবরণ _____

স্বাক্ষর: _____