

শুধুমাত্র অফিস সংক্রান্ত ব্যবহারের জন্য

শাখার নাম: _____ শাখা কোড: _____
ইন্টারঅ্যাকশন ID: _____
কর্মীর নাম: _____
কর্মীর কোড: _____ স্বাক্ষর: _____
তারিখ: D D M M Y Y Y Y সময়: ☐ বিকাল ৩টা বা তার আগে ☐ ৩টার পরে

দাবীকারীর
ফটো

বিভাগ A*

পলিসি বিবরণী

পলিসি নম্বর (গুলি): _____

বিভাগ B*

বীমাকারীর বিবরণী (LA)

বীমাকারীর নাম: ☐ শ্রী ☐ কুমারী F I R S T M I D D L E L A S T
পিতার নাম: F I R S T M I D D L E L A S T
মৃত্যুর তারিখ: D D M M Y Y Y Y
মৃত্যুর স্থান ☐ হাসপাতাল ☐ ক্লিনিক ☐ বাসভবন ☐ অফিস ☐ অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন) _____
পরিবার চিকিৎসক: নাম _____ রেজিস্ট্রেশন নম্বর _____ যোগাযোগের নম্বর _____
সর্বশেষ চিকিৎসা করা/পরিদর্শনকারী চিকিৎসক: নাম _____ রেজিস্ট্রেশন নম্বর _____ যোগাযোগের নম্বর _____
শেষ নিযুক্তিকারীর বিবরণ (যদি প্রযোজ্য হয়):
কোম্পানির নাম _____ যোগাযোগকারী ব্যক্তির _____ যোগাযোগের নম্বর _____
মৃত্যুর প্রকৃতি ☐ মেডিক্যাল ☐ প্রাকৃতিক ☐ দুর্ঘটনা ☐ হত্যা ☐ আত্মহত্যা
মৃত্যুর কারণ _____

অসুস্থতার প্রকৃতি ও বীমাকারীর অভ্যাস

☐ উচ্চ রক্তচাপ ☐ ডায়াবেটিস ☐ হৃদয় রোগ ☐ যকৃতের রোগ
☐ কিডনির রোগ ☐ ক্যান্সার ☐ অন্যান্য _____
☐ ধূমপান ☐ তামাক ☐ ওষুধ যদি হ্যাঁ, ব্যবহারের সময়সীমা _____ এবং ব্যবহার করা পরিমাণ _____

Date of diagnosis of illness

অন্যান্য ইন্স্যুরেন্সের বিবরণ: (লাইফ/মেডিক্রেম/হেলথ)

পলিসি সংখ্যা	কোম্পানির নাম	বীমাকৃত রাশি	স্থিতি (সক্রিয়/ল্যাপ্স/প্রযোজ্য/ পরিপক্ব)

দাবীকারীর বিবরণ

দাবীকারীর নাম: ☐ শ্রী ☐ কুমারী F I R S T M I D D L E L A S T
জন্ম তারিখ: D D M M Y Y Y Y
ঠিকানা: F I R S T L A S T
B U I L D I N G R O A D N A M E / N O
L A N D M A R K
C I T Y / V I L L A G E
D I S T R I C T S T A T E
পিনকোড: _____
যোগাযোগের নম্বর: O F F I C E R E S I D E N C E M O B I L E
অফিস এবং/অথবা ব্যক্তিগত ইমেল ID: _____
বীমাকারীর সাথে সম্পর্ক: ☐ পতি বা পত্নী ☐ সন্তান ☐ পিতা-মাতা ☐ অন্যান্য S P E C I F Y
দাবীকারীর শিরোনাম: ☐ মনোনীত ব্যক্তি ☐ কার্যনির্বাহকারী ☐ ট্রাস্টি ☐ নিযুক্তকারী ☐ নিয়োগকারী ☐ স্বত্বনিয়োগী ☐ সুবিধাভোগী
দাবীকারীর PAN বিবরণ: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ অথবা ফর্ম 60 ☐
রাজনীতিভাবে প্রভাবশালী ব্যক্তি ☐ হ্যাঁ ☐ না
US ব্যক্তি: ☐ হ্যাঁ ☐ না (যদি হ্যাঁ, তাহলে দয়া করে FATCA / CRS প্রমাণপত্র পূরণ করুন)

দাবীকারীর NEFT নির্দেশ/ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ

শিশুদের পরিকল্পনার ক্ষেত্রে, সুবিধাভোগী একজন প্রাপ্তবয়স্ক হলে, অনুগ্রহ করে সুবিধাভোগীর অ্যাকাউন্টের বিশদ বিবরণ প্রদান করুন।

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____

অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম: _____

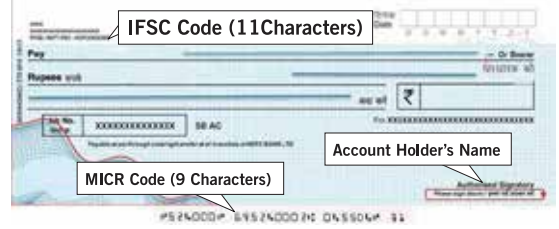
ব্যাঙ্কের নাম ও শাখা: _____

অ্যাকাউন্টের প্রকার ☐ সেভিংস ☐ কারেন্ট ☐ NRO ☐ NRE

IFSC: _____ MICR: _____

পেনশন প্ল্যানগুলির জন্য বাধ্যতামূলক, আপনি কিভাবে সুবিধাগুলি পেতে চান তা অনুগ্রহ করে নির্দেশ করুন।

☐ একত্রিত হিসাবে সম্পূর্ণ পরিমাণ ☐ বার্ষিক হিসাবে সম্পূর্ণ পরিমাণ ☐ একত্রিত হিসাবে বার্ষিক অংশ হিসাবে অংশ ☐ কিস্তি হিসাবে



কোম্পানির পণ্যের জন্য নির্দিষ্ট অর্থপ্রদান পদ্ধতি ইনপুট করার জন্য খালি স্থান

বিভাগ C*

ঘোষণা ও স্বীকৃতিপ্রদান

- আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে উপরে পূরণ করা/ব্যক্ত করা সমস্ত বিবরণ আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য ও সঠিক।
- এতদ্বারা আমি পূর্বোক্ত বিবরণের সত্যতা এবং যথার্থতা নিশ্চিত করছি এবং আমি সম্মত আছি যে আমি যদি কোন মিথ্যা বা সত্য নয় এমন বিবৃতি দিয়ে থাকি বা দিই, কোন বস্তুগত তথ্য লুকাই বা গোপন করি, তাহলে উপরোক্ত খরচের প্রতিদান দাবি করার আমার অধিকার একেবারেই বাতিল হয়ে যাবে।
- আমি বুঝেছি এবং সম্মত আছি যে এই ফর্ম জমা দেওয়ার অর্থ এই নয় যে অনুরোধটি প্রক্রিয়াকরণ করা হবে।
- আমি বুঝি যে পলিসির অধীনে যে কোন অর্থ প্রদান পলিসির নিয়ম ও শর্তাবলীর সাথে কঠোরভাবে অনুসরণ করা হবে।
- যে কোন অর্থপ্রদান শেষ পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদানের আদায় সাপেক্ষে হবে।
- আমি এতদ্বারা সমস্ত চিকিৎসা প্রতিষ্ঠান (মেডিকেল ল্যাব অন্তর্ভুক্ত), সরকারী প্রতিষ্ঠানকে (পুলিশ, রাজস্ব, ইত্যাদি) HIV/AIDS সহ যা LA সম্পর্কিত, প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডকে অতীত এবং বর্তমান উভয় থেকে অন্যান্য চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার জন্য স্বীকৃতি প্রদান করছি।
- এই ঘোষণার একটি ফটোকপি বৈধ এবং কার্যকর হিসাবে বিবেচিত হবে।
- আমি এতদ্বারা প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডকে যে কোন পুনর্নবীকারী, বীমা সংস্থা, চিকিৎসা কর্তৃপক্ষ, অন্যান্য বীমাকারী, সংবিধিবদ্ধ কর্তৃপক্ষ, নিয়োগকর্তা, আদালত, সরকারী সংস্থা, তদন্ত সংস্থা ব্যবহার করে নিয়ন্ত্রক বা অন্য পরিষেবার সাথে আমার পক্ষে তথ্য শেয়ার এবং প্রাপ্ত করার জন্য অনুমোদন প্রদান করছি।

তারিখ: D D M M Y Y Y Y

স্থান _____

SIGN HERE

দাবীকারীর স্বাক্ষর

তৃতীয় পক্ষের ব্যক্তির দ্বারা প্রস্তুত করা ঘোষণা

পলিসিধারক তার বুড়ো আঙুলের ছাপ লাগিয়েছেন/স্থানীয় ভাষায় স্বাক্ষর করেছেন/আবেদনটি পূরণ করেন নি। আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে এই আবেদনপত্রের বিষয়বস্তু পলিসিধারককে _____ ভাষায় ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমাকে দেওয়া উত্তরগুলো সত্যতার সাথে লিপিবদ্ধ করা হয়েছে। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, পলিসিধারক আমার উপস্থিতিতে তার বুড়ো আঙুলের ছাপ দিয়েছেন/স্বাক্ষর করেছেন।

ঘোষণাকারীর নাম: _____

ঠিকানা: _____

তারিখ: D D M M Y Y Y Y

স্থান _____

তৃতীয় পক্ষের ব্যক্তির স্বাক্ষর

গুরুত্বপূর্ণ দৃষ্টব্য: দাবি প্রক্রিয়াকরণ বা নিষ্পত্তির জন্য কোম্পানির প্রতিনিধি সহ যেকোনও ব্যক্তির দ্বারা অনুরোধ বা অনুগ্রহের ক্ষেত্রে, এটি গ্রহণ করা উচিত নয় এবং অবিলম্বে কোম্পানির ইমেল ID: claims@pramericalife.in-এ কোম্পানিকে জানাতে হবে।

ফর্ম পূরণ করার জন্য নির্দেশ

A. গুরুত্বপূর্ণ তথ্য (ফর্ম পূরণ করার আগে দয়া করে পড়ে নিন)

- ফর্মটি শুধুমাত্র দাবীকারী দ্বারা পূরণ করা উচিত। দাবীকারী যদি নাবালক হয় সেক্ষেত্রে অভিভাবক/নিযুক্তকারী ফর্মটি পূরণ করতে পারবেন।
- একাধিক পলিসির অধীনে একটি ফর্ম পূরণ করে এবং সমস্ত প্রযোজ্য পলিসি নম্বর দিয়ে দাবি রেজিস্ট্রেশন করা যেতে পারে।
- একাধিক দাবীকারীর ক্ষেত্রে, প্রত্যেক দাবীকারীর জন্য আলাদা ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- অনুগ্রহ করে ঘোষণাটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং দাবীকারীর ফর্মটিতে স্বাক্ষর করা উচিত ঠিক যেভাবে তিনি সাধারণত তার চেকে স্বাক্ষর করেন।
- পলিসির সমস্ত নিয়ম ও শর্তাবলী পূরণ সাপেক্ষে দাবী প্রদান করা হয়।
- এই দাবী প্রক্রিয়াকরণের জন্য কাউকে কোন ফি বা কমিশন দিতে হবে না।
- সুনিশ্চিত করুন যে আপনার ঠিকানা, ফোন নম্বর এবং ইমেল আইডি কারেন্ট এবং সক্রিয় রয়েছে যেহেতু সমস্ত যোগাযোগ শুধুমাত্র এর মাধ্যমে হবে।
- তারকাচিহ্ন (*) বাধ্যতামূলক তথ্য উল্লেখ করে।

B. জমা করা নথিপত্রাদি

বাধ্যতামূলক নথিপত্রাদি

(1) মূল পলিসি নথি (ডিম্যাটেরিয়ালাইজড পলিসি নথির ক্ষেত্রে প্রযোজনীয় নয়) (2) স্থানীয় কতৃপক্ষ দ্বারা জারি করা মৃত্যু প্রমাণপত্র (3) দাবীকারীর PAN কার্ড (4) দাবীকারীর পাসপোর্ট সাইজের ফটোগ্রাফ (5) বাতিল হওয়া চেক।

অতিরিক্ত নথিপত্রাদি

হাসপাতালে ভর্তি/অসুস্থতার কারণে মৃত্যু (1) মৃত্যু প্রমাণপত্রের চিকিৎসার কারণ (2) অতীতে করানো সমস্ত ধরনের চিকিৎসার জন্য মেডিক্যাল রেকর্ড (ভর্তি নোট, ইতিহাস/প্রগতি পত্র, ডিসচার্জ/মৃত্যুর সারাংশ, টেস্টের রিপোর্ট ইত্যাদি) (3) দাবীকারীর পাসপোর্ট সাইজের ফটোগ্রাফ (4) বাতিল হওয়া চেক

দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ফাস্ট ইনফর্মেশন রিপোর্ট (FIR), পঞ্চনামা/তদন্ত রিপোর্ট, পোস্ট-মর্টেম রিপোর্ট (PMR), ড্রাইভিং লাইসেন্স, পুলিশ ফাইনাল রিপোর্ট, ডিসেরা রিপোর্ট (যদি প্রযোজ্য হয়) সংবাদপত্রে ছাপানো কাটিং, যদি থাকে, ইত্যাদি।

অস্বীকারকরণ: 1. কপি জমা দিতে হবে এবং দাবী জমা দেওয়ার সময় মূল নথিপত্র দেখাতে হবে
2. প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড আরও অধিক তথ্য/নথি চাওয়ার অধিকার সংরক্ষণ করে যদি প্রয়োজন হয়।

C. বৈধ পরিচয়পত্র ও ঠিকানা প্রমাণপত্রের তালিকা (দয়া করে জমা করা নথির উপরে টিক চিহ্ন দিন)

ফটো পরিচয়ের প্রমাণ (যে কোন একটি)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ দাবীকারীর PAN কার্ড | ☐ বৈধ পাসপোর্ট | ☐ ভোটার ID কার্ড |
| ☐ আধার কার্ড* | ☐ বৈধ ড্রাইভিং লাইসেন্স | |
| ☐ স্ট্যাম্প দেওয়া ফটোগ্রাফের সাথে ব্যাক্সের পাসবই (6 মাসের বেশি পুরানো নয়) | | |
| ☐ কেন্দ্রীয়/রাজ্য সরকার দ্বারা কর্মীকে ইস্যু করা পরিচয় পত্র | | |
| ☐ কেন্দ্রীয়/রাজ্য সরকার দ্বারা ইস্যু করা অন্য কোন পরিচয় পত্র | | |

ADDRESS PROOF (ANY ONE)

- | |
|---|
| ☐ বৈধ পাসপোর্ট |
| ☐ ভোটার ID কার্ড |
| ☐ আধার কার্ড* |
| ☐ বৈধ ড্রাইভিং লাইসেন্স |
| ☐ স্ট্যাম্প দেওয়া ফটোগ্রাফের সাথে ব্যাক্সের পাসবই (6 মাসের বেশি পুরানো নয়) |

*প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স দ্বারা KYC সম্মতির জন্য পরিচয় পরীক্ষা করার জন্য আমার আধার ব্যবহার করার জন্য আমি স্বেচ্ছায় আমার সম্মতি প্রদান করছি।

D. দ্রষ্টব্য: দাবীকারীর NEFT বাধ্যতামূলক/ব্যাক্সের অ্যাকাউন্টের বিবরণ

- অ্যাকাউন্ট নম্বর সাথে একটি বাতিল হওয়া ব্যক্তিগত চেক, IFSC কোড NEFT আদেশ সহ জমা দিতে হবে। চেকটি ব্যক্তিগতকৃত না হলে, একটি সাম্প্রতিক ব্যাক্স স্টেটমেন্ট বা পাসবই-এর অনুলিপি (যেখানে অ্যাকাউন্ট নম্বর এবং IFSC উল্লেখ করা আছে) আদেশ সহ জমা দেওয়া প্রয়োজন।
- প্রক্রিয়াকরণের উপর, এই আদেশটি প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের সাথে সমস্ত ক্লায়েন্টরা পলিসির সাথে পূর্বে ট্যাগ করা NEFT আদেশগুলিকে প্রতিস্থাপন করবে।
- NEFT ব্যর্থতার ক্ষেত্রে বা আদেশে মূলতুবি থাকা অন্য কোনো প্রয়োজনের ক্ষেত্রে, নতুন NEFT আদেশ না পাওয়া পর্যন্ত পেআউট স্থগিত করা হবে। আপনাকে যথাসময়ে সে সম্পর্কে অবহিত করা হবে।

#NRE অ্যাকাউন্ট ফেরত দেওয়া হবে (সম্পূর্ণ বা আনুপাতিক) NRE অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে দেওয়া প্রিমিয়ামের অনুপাতে। অনুগ্রহ করে NRE অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে প্রদত্ত প্রিমিয়াম(গুলি) এর প্রমাণ হিসাবে একটি ব্যাক্স স্টেটমেন্ট বা ব্যাক্স নিশ্চিতকরণ চিঠি জমা দিন।

##আনুপাতিক অর্থপ্রদানের ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে দুটি NEFT নির্দেশ প্রদান করুন যেমন NRE অ্যাকাউন্ট এবং নন- NRE অ্যাকাউন্টের জন্য।

IRDAI রেজিস্ট্রেশন নম্বর 140 প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড। রেজিস্টার্ড অফিস ও যোগাযোগের ঠিকানা: 4র্থ তল বিল্ডিং নম্বর 9, টাওয়ার B, সাইবার সিটি, সিটি ফেজ III, গুরুগ্রাম- 122002, হরিয়ানা CIN: U66000HR2007PLC052028 | গ্রাহক পরিষেবা হেল্পলাইন: 1860 500 7070 (স্থানীয় শুল্ক প্রযোজ্য) অথবা ডায়াল করুন- 011- 4818 7070 ইমেল: Contactus@pramericalife.in এবং ওয়েবসাইট: www.pramericalife.in | প্রদর্শিত প্রামেরিকা চিহ্ন, দি প্রডেনসিয়াল ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড-এর সম্পত্তি এবং লাইসেন্সের অধীনে প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড দ্বারা ব্যবহৃত হয়।

সদেহজনক/প্রতারণামূলক ফোন কল থেকে সতর্ক থাকুন: IRDAI বীমা পলিসি বিক্রি, বোনাস ঘোষণা বা প্রিমিয়াম বিনিয়োগের মতো কার্যকলাপে জড়িত নয়। এই ধরনের ফোন কল পাওয়া জনসাধারণকে পুলিশের কাছে অভিযোগ দায়ের করার জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে।

গ্রাহকের স্বীকৃতিপত্র কপি - ব্যক্তিগত মৃত্যু দাবী ফর্ম

পলিসি নম্বর _____	দাবীকারীর নাম _____
শাখার নাম/ইন্টারঅ্যাকশন ID _____	দাবীকারীর ক্লায়েন্ট ID _____
কর্মীর নাম _____	তারিখ _____
কর্মীর স্বাক্ষর _____	কর্মীর কোড _____

Branch Stamp

IRDAI রেজিস্ট্রেশন নম্বর 140 প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড। রেজিস্টার্ড অফিস ও যোগাযোগের ঠিকানা: 4র্থ তল বিল্ডিং নম্বর 9, টাওয়ার B, সাইবার সিটি, সিটি ফেজ III, গুরুগ্রাম- 122002, হরিয়ানা CIN: U66000HR2007PLC052028 | গ্রাহক পরিষেবা হেল্পলাইন: 1860 500 7070 (স্থানীয় শুল্ক প্রযোজ্য) অথবা ডায়াল করুন- 011- 4818 7070 ইমেল: Contactus@pramericalife.in এবং ওয়েবসাইট: www.pramericalife.in | প্রদর্শিত প্রামেরিকা চিহ্ন, দি প্রডেনসিয়াল ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড-এর সম্পত্তি এবং লাইসেন্সের অধীনে প্রামেরিকা লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড দ্বারা ব্যবহৃত হয়।

সদেহজনক/প্রতারণামূলক ফোন কল থেকে সতর্ক থাকুন: IRDAI বীমা পলিসি বিক্রি, বোনাস ঘোষণা বা প্রিমিয়াম বিনিয়োগের মতো কার্যকলাপে জড়িত নয়। এই ধরনের ফোন কল পাওয়া জনসাধারণকে পুলিশের কাছে অভিযোগ দায়ের করার জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে।