

**TRUST ISLAMI LIFE INSURANCE LTD.**

ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিঃ  
 অরচার্ড ফারুক টাওয়ার (৫ তলা) , ৭২, নয়া পল্টন ( ভি আই পি রোড ) , ঢাকা-১০০০

**দাবী ফরম নং-০১****দাবীপত্র**

দ্রষ্টব্য : ১। এই দাবীপত্রটি একজন উপযুক্ত সনাক্তকারীর সম্মুখে পূরণ করিয়ে তার দ্বারা অবশ্যই প্রতীক্ষিত করতে হবে। সনাক্তকারী হিসেবে সংশ্লিষ্ট বীমা কোম্পানির কর্মকর্তা অথবা কোন বিশ্ববিদ্যালয়/কলেজের অধ্যাপক, কোন স্বনামধন্য হাইস্কুলের প্রধান শিক্ষক, বহুল প্রচারিত জাতীয়ভাবে স্বনামধন্য কোন দৈনিক পত্রিকার সম্পাদক, বীমা কোম্পানি/ব্যাংক অথবা স্বায়ত্বশাসিত কোন কর্পোরেশনের জেনারেল ম্যানেজার বা উর্ধ্বতন কোন কর্মকর্তা, জাতীয়ভাবে স্বনামধন্য কোন ব্যারিষ্টার/আইনজীবী, পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান অথবা যে কোন সরকারী গেজেটেড অফিসার গ্রহণযোগ্য।

২। আইন : যে ব্যক্তি মরণোত্তর বীমা দাবীর টাকার প্রাপক, তিনি এই ফরমটি পূরণ করিবেন। পরিস্কার হস্তাক্ষরে বা টাইপ মুদ্রনে এবং কথায় সকল প্রশ্নের জবাব দিতে হবে। ডট , ড্যাশ প্রভৃতি চিহ্ন দ্বারা প্রদেয় জবাব গ্রহণ যোগ্য হবে না।

প্রসংগ	বীমাপত্র নং ..... বীমার পরিমাণ : ..... টাকা বীমাগ্রহীতার নাম : ..... দাবী অন্তর্ভুক্তি নং .....	
ক্রমিক নং	প্রশ্ন	জবাব
১	মৃত ব্যক্তির নাম, জাতীয়তা, সর্বশেষ পেশা ও ঠিকানা।	ক) পূর্ণ নামঃ খ) ১। পিতার নামঃ ২। মাতার নামঃ গ) জাতীয়তাঃ ঘ) সর্বশেষ পেশাঃ ঙ) সর্বশেষ ঠিকানাঃ চ)স্থায়ী ঠিকানাঃ
২	মনোনীত ব্যক্তির (গনের) নাম, বর্তমান ঠিকানা, বয়স এবং মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক।	ক) নামঃ খ) পিতার নামঃ গ) বর্তমান ঠিকানাঃ ঘ)বর্তমান বয়স ও সম্পর্কঃ
৩	কোন স্বল্প বলে আপনি এই বীমার টাকা দাবী করছেন? সঠিক জবাবটি বাদে অন্যগুলি কেটে দিন।	মনোনীত ব্যক্তি /নির্বাহক /প্রশাসক উপসত্বাধীকারী / আইনতঃ উত্তরাধিকারী/অপ্রাপ্ত বয়স্ক মনোনীত ব্যক্তির অভিভাবক।
৪	যদি কোন অপ্রাপ্তবয়স্কের পক্ষে আপনি এই দাবীর উত্থাপক হন, তা হলে তার/তাদের পক্ষ হতে দাবী জানাচ্ছেন তার বিবরণ দিন।	
৫	মৃত্যুর স্থান ও তারিখ, মৃত্যুর প্রত্যক্ষ কারণ, রোগের স্থায়ীত্ব কাল (যদি অসুস্থতাবশতঃ মৃত্যু হইয়া থাকে) এবং মৃত্যুকালে মৃতব্যক্তির বয়স কত ছিল উল্লেখ করুন।	ক) মৃত্যুর স্থান : খ) মৃত্যুর তারিখ : গ) মৃত্যুর প্রত্যক্ষ কারণঃ ঘ) রোগের স্থায়ীত্ব : ঙ) মৃত্যুকালীন বয়স :
৬	সর্বশেষ অসুস্থতার সময়ে যে চিকিৎসক (গণ) মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা করেন, তার (তাদের) নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন।	চিকিৎসকের নাম : ঠিকানা :
৭	মৃত্যুর অব্যবহিত পূর্বের দুই বৎসরে মৃত ব্যক্তি যে সকল চিকিৎসকের পরামর্শ গ্রহণ করেন, তাঁদের নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন।	নাম : ঠিকানা : নাম : ঠিকানা :
৮	যদি বীমা গ্রহীতার মৃত্যু কোন হাসপাতালে ঘটে থাকে, অথবা সর্বশেষ অসুস্থতার সময় তাকে কোন হাসপাতালে চিকিৎসা করানো হয়ে থাকে, অথবা মৃত্যুর অব্যবহিত পূর্বের এক বৎসর কোন সময়ে কোন কারণে তিনি হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকেন তা হইলে উক্ত হাসপাতালের (সমূহের) নাম,পূর্ণ ঠিকানা, ওয়ার্ড ও বেড নম্বর ঠিকানা উল্লেখ করুন।	হাসপাতালের নাম : ঠিকানাঃ ওয়ার্ড নং : বেড নং : ভর্তির তারিখঃ

**TRUST ISLAMI LIFE INSURANCE LTD.**

ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিঃ  
 অরচার্ড ফারুক টাওয়ার (৫ তলা) , ৭২, নয়া পল্টন ( ভি আই পি রোড ) , ঢাকা-১০০০

৯	আপনার স্থানীয় স্বাস্থ্য কেন্দ্রের (হেলথ অফিস) ঠিকানা দিন	ঠিকানা :			
১০	সনাক্তকরণ অথবা সুত্রানুসন্ধানের প্রয়োজনে আপনার অথবা মৃত ব্যক্তির সাথে 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? থাকলে বীমা কোম্পানী/ইউনিটের নাম, বীমাপত্র গ্রহণের তারিখ, বীমাপত্র নম্বর ও বীমার পরিমাণ উল্লেখ করুন।	বীমা কোম্পানী/ইউনিট	বীমা পত্র নং	বীমা গ্রহণের তারিখ	বীমার পরিমাণ

**ঘোষণা :**

আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে উপরে বর্ণিত প্রতিটি প্রশ্নের জবাব সকল দিক থেকে পূর্ণ ও সত্য। অত্র বীমাদাবী নিষ্পত্তির জন্য সহায়ক কোন তথ্য আমি/আমরা গোপন করি নাই, সমুদয় প্রশ্নের জবাব আমি/আমরা পূর্ণ জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুযায়ী প্রদান করেছি।

স্বাক্ষরের স্থান .....

তারিখ : .....

দাবীদার (গণ) এর ঠিকানা		দাবীদার (গণ) এর স্বাক্ষর	
১। স্থায়ী ঠিকানা	গ্রামঃ	১.	
	ডাকঘর :		
১। বর্তমান ঠিকানা	থানা :	২.	
	জেলা :		
	মোবাইল নং :	৩.	
		৪.	

**সনাক্তকরণ**

উপরোক্ত ব্যক্তি (গণ) অত্র দাবীপত্র ও ঘোষণায় আমার সম্মুখে স্বাক্ষর প্রদান করেছেন।

তারিখ :

সনাক্তকারীর সীল মোহর

সনাক্তকারীর স্বাক্ষর

মোবাইল নম্বর :

পদমর্যাদা :

পূর্ণ পেশাগত ঠিকানা :

**TRUST ISLAMI LIFE INSURANCE LTD.**

ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিঃ  
 অরচার্ড ফারুক টাওয়ার (৫ তলা) , ৭২, নয়া পল্টন ( ভি আই পি রোড ) , ঢাকা-১০০০

**দাবী ফরম নং-০২****সনাক্তপত্র**

দ্রষ্টব্য : মৃতব্যক্তির অথবা তার বীমার টাকার দাবীদারের (গণের) সাথে সম্পর্কযুক্ত নন এরূপ কোন পরিচিত দায়িত্বশীল ব্যক্তি এই ফরমটি পূরণ করবেন । অপর দুইজন সম্ভ্রান্ত ব্যক্তি সাক্ষী হিসাবে এতে স্বাক্ষর প্রদান করবেন । স্পষ্ট ভাষায় সকল প্রশ্নের জবাব দিতে হবে । সনাক্তপত্রের কোন জবাব অসম্পূর্ণ থাকলে তা গ্রহণযোগ্য হবে না ।

পূর্ব সূত্র	বীমা পত্র নংঃ	দাবী অন্তর্ভুক্তি নম্বর :
	সনাক্তকৃত মৃত ব্যক্তি ( যাকে সনাক্ত করতে হয়েছে) এর বিবরণ :	মৃত ব্যক্তির নাম : স্থায়ী ঠিকানা :
ক্রমিক নং	প্রশ্নাবলী	জবাব
১	পেশাসহ মৃত ব্যক্তির পিতা/স্বামীর নাম উল্লেখ করুন ।	ক) পিতা/স্বামীর নামঃ খ) পিতা/স্বামীর পেশাঃ
২	মৃত্যুর অব্যবহিত পূর্বে মৃত ব্যক্তি কোথায় বসবাস করছিলেন ? অনুগ্রহ করে তার সর্বশেষ আবাসিক ঠিকানা উল্লেখ করুন ।	গ্রাম : ডাকঘর : থানা : জেলা :
৩	মৃত ব্যক্তির পেশা বা ব্যক্তি কি ছিল? তাহার আনুমানিক বার্ষিক আয় কত ছিল ?	ক) পেশা/বৃত্তি : খ) বার্ষিক আয় :
৪	তঁার মৃত্যুর পূর্ণ বিবরণ দিন ।	ক) মৃত্যুর কারণ : খ) মৃত্যুর তারিখ : গ) মৃত্যুর স্থান :
৫	মৃত্যুর সময় তঁার বয়স কত ছিল বলে আপনি মনে করেন ।	
৬	তার জাতীয়তা কি ছিল?	
৭	মৃত্যুর পূর্বে তিনি কি কোন জটিল রোগে ভুগে ছিলেন? আপনি যদি অসুস্থতা সম্পর্কে জ্ঞাত থাকেন তা হলে রোগের নাম এবং কতদিন যাবৎ তিনি ভুগেছিলেন উল্লেখ করুন ।	
৮	তঁার শরীরের গঠন কেমন ছিল? (পার্শ্বের উল্লেখিত জবাবের যে দুইটি সঠিক সেই দুইটি বাদে অন্যগুলি কেটে দিন ।	ক) তিনি বেটে/লম্বা/মাঝারী দৈর্ঘ্যের মানুষ ছিলেন । খ) তিনি মোট/ রোগা/ স্বাভাবিক-হ্রষ্টপুষ্ট মানুষ ছিলেন ।
৯	মৃত ব্যক্তির সাথে আপনি কতদিন যাবৎ পরিচিত?	
১০	মৃত দেহটিকে কি সমাধি/ দাহ করা হইয়াছিল ? হয়ে থাকলে তার স্থান সময় ও তারিখ উল্লেখ করুন ।	ক) হ্যাঁ / না খ) সাল ..... তারিখঃ .....

**TRUST ISLAMI LIFE INSURANCE LTD.**

ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিঃ  
 অরচার্ড ফার্মক টাওয়ার (৫ তলা) , ৭২, নয়া পল্টন ( ভি আই পি রোড ) , ঢাকা-১০০০

১১	শেষকৃত্যের সময় কি আপনি নিজে উপস্থিত ছিলেন ? (থাকলে এইরূপ দুইজন সম্ভ্রান্ত ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন যারা আপনার সাথে সেখানে ছিলেন)।	ক) হ্যাঁ / না খ) সম্ভ্রান্ত ব্যক্তিদ্বয়ের নাম ও ঠিকানা : ১. নামঃ মোবাইল নম্বর সহ ঠিকানা : ২. নাম : মোবাইল নম্বর সহ ঠিকানা :
১২	যে ডাক্তার (গণ) মৃত ব্যক্তির শেষ দিনগুলিতে চিকিৎসা করেন আপনি কি তাকে (তাদেরকে) জানেন। জানলে উক্ত ডাক্তারের (ডাক্তারদের) নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন।	১। নাম : মোবাইল নম্বর সহ ঠিকানা : ২। নাম : মোবাইল নম্বর সহ ঠিকানা :
<b>দ্বিতীয় অংশ</b>		
১৩	এই বীমাপত্রের টাকার দাবীদার (গণ) কে আপনি কি চেনেন ? দয়া করে তাঁর (তাদের) নাম, বর্তমান বয়স এবং ঠিকানা উল্লেখ করুন।	ক) নাম : পিতার নামঃ খ) নাম : পিতার নামঃ গ) নাম : পিতার নামঃ ঠিকানাঃ ..... .....
১৪	দাবীদার (গণ) এর সাথে মৃতব্যক্তির সম্পর্ক কি ছিল? সঠিক জবাবটি বাদে অন্যগুলি কেটে দিন। অন্যান্য সম্পর্কের ক্ষেত্রে খালি স্থানে লিখতে হবে।	পিতা/মাতা/ভ্রাতা/ভগ্নী/পুত্র/কন্যা/ভাইপো

**সনাক্তকারীর ঘোষণা**

নিম্নোক্ত দায়িত্বশীল সাক্ষীদ্বয়ের সম্মুখে আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে প্রদত্ত সমুদয় বিবৃতি ও তথ্যাবলী আমি আমার পূর্ণ জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী লিপিবদ্ধ করেছি। বর্ণিত তথ্যের প্রত্যেকটিই সত্য এবং নির্ভুল। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, মৃতব্যক্তি আত্মহত্যার মাধ্যমে মৃত্যুবরণ করেন নি।

স্বাক্ষরের স্থান .....

তারিখঃ .....

সনাক্তকারীর স্বাক্ষর

মোবাইল নম্বর :

**সাক্ষীবৃন্দ :**

১। স্বাক্ষর .....  
 পূর্ণ নাম .....  
 পেশা .....  
 মোবাইল নম্বর সহ ঠিকানা .....

পূর্ণ নাম .....  
 পদমর্যদা.....  
 পেশাগত ঠিকানা.....

২। স্বাক্ষর .....  
 পূর্ণ নাম .....  
 পেশা .....  
 মোবাইল নম্বর সহ ঠিকানা .....

স্থায়ী ঠিকানা .....

**TRUST ISLAMI LIFE INSURANCE LTD.**

ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিঃ  
 অরচার্ড ফারুক টাওয়ার (৫ তলা) , ৭২, নয়া পল্টন ( ভি আই পি রোড ) , ঢাকা-১০০০

**দাবী ফরম নং-০৩****চিকিৎসকের বিবৃতি**

দ্রষ্টব্যঃ যে চিকিৎসক মৃত বীমা গ্রাহকের চিকিৎসা করেছেন কেবল তিনিই এ ফরমটি পূরণ করবেন। প্রতিটি প্রশ্নের জবাব দিতে হবে। হাসপাতালে চিকিৎসার ক্ষেত্রে চিকিৎসক সংশ্লিষ্ট বীমা কোম্পানির অনুমোদিত ডাক্তার হলে কোম্পানি কর্তৃক প্রদত্ত তাঁর কোড নম্বরটি উল্লেখ করতে হবে। অন্যান্য চিকিৎসকের ক্ষেত্রে ফরমটি জ্ঞাত কোন সম্ভ্রান্ত ব্যক্তির সাক্ষ্য গ্রহণ করতে হবে।

পূর্ব সূত্র	বীমা পত্র নং	দাবী অন্তর্ভুক্তি নং
মৃত ব্যক্তির নাম : পিতা/স্বামীর নাম : স্থায়ী ঠিকানা :		
ক্রমিক নং	প্রশ্নাবলী	জবাব
১	আপনার মতে চিকিৎসা কালীন সময়ে রোগীর বয়স কত ছিল?	
২	তাঁর চিকিৎসার তারিখ ও সময়?	তারিখঃ..... সময়ঃ .....
৩	যদি হাসপাতালে মৃত্যু হয়ে থাকে তাহলে হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের পূর্ণ বিবরণ?	হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নামঃ ঠিকানাঃ
৪	আপনার সাথে রোগীর কি কোন সম্পর্ক ছিল? থাকলে বিবরণ দিন?	হ্যাঁ/না সম্পর্কঃ
৫	ক) চিকিৎসার কারণঃ ১) অসুস্থতা/কি রোগের জন্য হাসপাতালে চিকিৎসাধীন ছিলেন? ২) রোগ/অন্যবিধ কারণ থাকলে তার সুস্পষ্ট বিবরণ দিন?	১। চিকিৎসার প্রাথমিক কারণঃ ২। আনুষঙ্গিক কারণঃ
	খ) আপনি রোগীর রোগ কিরূপে নির্ধারণ করেছেন?	বিবরণঃ
	গ) আপনার মতে রোগী কতদিন যাবৎ এই রোগে ভুগেছেন।	রোগের স্থায়িত্ব : রোগ সম্পর্কে মন্তব্য :
	ঘ) ১। রোগের লক্ষণ সমূহ? ২। কবে এবং কেন রোগী তা প্রথম লক্ষ্য করেন?	১. লক্ষণ সমূহ : ২. পর্যবেক্ষণ :
	ঙ) কত তারিখে আপনি তাঁকে প্রথম পরীক্ষা করেন?	তারিখঃ
	চ) আপনি কি রোগীর অসুস্থতার শুরু থেকেই চিকিৎসা করেন? আপনার চিকিৎসা কালের সঠিক মেয়াদ উল্লেখ করুন।	হ্যাঁ/না সঠিক চিকিৎসাকালঃ ..... তারিখ হতে .....
	ছ) রোগীর কি অন্য কোন ডাক্তার চিকিৎসা করেছিলেন? করে থাকলে ১) তিনি (তাঁরা) কি আপনার সাথে পরামর্শক্রমে, না পৃথকভাবে চিকিৎসা করেছিলেন?	হ্যাঁ/না ১। নাম : ২। নাম :
	জ) রোগীর সর্বশেষ রোগের অব্যবহিত পূর্বে অথবা এর সাথে অপর কোন রোগ হয়েছিল কি? হয়ে থাকলে কতদিন যাবত উক্ত রোগের/রোগগুলির লক্ষণ বিদ্যমান ছিল?	বিবরণঃ
৬	আপনি কি পূর্বে কখনও তাঁকে চিকিৎসা করেছিলেন? উত্তর হ্যাঁ হলে কখন, কি রোগের এবং তাঁর স্থায়ীত্বকাল উল্লেখ করুন।	বিবরণঃ

**TRUST ISLAMI LIFE INSURANCE LTD.**

ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লিঃ  
অরচার্ড ফারুক টাওয়ার (৫ তলা) , ৭২, নয়া পল্টন ( ভি আই পি রোড ) , ঢাকা-১০০০

৭	মৃত ব্যক্তির বাসা হতে আপনার চেম্বার অথবা ডিসপেনসারীর দূরত্ব কত? আনুমানিক দূরত্ব।	
৮	আপনি কি রোগীর নিয়মিত গৃহ-চিকিৎসক ছিলেন।	হ্যাঁ/না
৯	বীমা গ্রহীতা কি মৃত্যুর পূর্বে কখনও হাসপাতালে চিকিৎসাধীন ছিলেন? ক) হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা খ) হাসপাতালে ভর্তির তারিখ গ) রেজিস্ট্রেশন নং ঘ) ওয়ার্ড ও শয্যা নং ঙ) রোগ বিবরণী	ক) খ) গ) ঘ) ঙ)
১০	তা হলে কি তাকে কেন অস্ত্রোপচার করা হয়? কখন এবং কি কারণে অস্ত্রোপচার করা হয়?	বিবরণ :
১১	হাসপাতাল হতে রিলিজের সময় বাসাতে কি সম্পূর্ণ সুস্থ ছিলেন? এ সম্পর্কে আপনার মতামত দিন।	বিবরণ :

আমি ডাঃ ..... এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে লিপিবদ্ধ আমার বিবৃতি এবং প্রদত্ত তথ্য সমূহ পূর্ণ জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী নির্ভুল এবং সত্য। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই চিকিৎসার ব্যাপারে সংশ্লিষ্ট বীমা কোম্পানির আরও তথ্যের প্রয়োজন হলে তা প্রদানে আমার কোন আপত্তি নাই এবং অনুরূপ তদন্তে আমি সর্বতোভাবে সহযোগিতা করব।

স্বাক্ষরের স্থান ..... তারিখ : .....

**স্বাক্ষীঃ**

১. স্বাক্ষর : ..... চিকিৎসকের স্বাক্ষর : .....

পূর্ণ নাম : ..... পূর্ণ নাম : .....

মোবাইল নম্বর : ..... চিকিৎসকের স্বাক্ষর : .....

২. স্বাক্ষর : ..... পেশাগত শিক্ষামান : .....

পূর্ণ নাম : ..... রেজিস্ট্রেশন নং : .....

পদমর্যাদা : ..... সংশ্লিষ্ট বীমা কোম্পানী কর্তৃক প্রদত্ত কোড নং

ঠিকানা : ..... (যদি থাকে) :

মোবাইল নম্বর : ..... মোবাইল নম্বর :

যোগাযোগের ঠিকানা :

চিকিৎসকের সীল মোহরের স্থানঃ