

Serial No.: 2103532

Details of Insured (বীমাবৃতের বৃত্তান্ত)

Insured's Date of Birth:
(বীমাবৃতের জন্মতারিখ)

Mobile Number (মোবাইল নম্বর): [] - [] - []

Name (Capital letter) (নাম): []

Date of Incident (ঘটনার তারিখ): [] - [] - []

Cause of Death (মৃত্যুর কারণ): Illness (অসুস্থতা) Accidental/Unnatural (দুর্ঘটনা)

Description of Events Leading to Death (মৃত্যুর বিস্তারিত কারণ): []

Details of Claimant (দাবীকারীর বিস্তারিত তথ্য):

Name (নাম): []

Relationship with Customer: [] Claimant's Date of Birth: [] - [] - []
(মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক) (দাবীদারের জন্মতারিখ)

Legal Status: Nominee /Relative (আইনি সম্পর্ক: মনোনীত ব্যক্তি / পারিবারিক সম্পর্কীয়)

Claimant Address (দাবীদারের ঠিকানা): []

Contact Number (টেলিফোন): []

Claim settlement in which mode (কিভাবে বীমাদাবীপেতে চান)

Cheque (চেক) For Cheque Issues (চেকের ক্ষেত্রে)

Bank Name With Branch Name (ব্রাঙ্কের নামসহ ব্যাংক এর নাম): []

A/C Name (একাউন্ট নাম): [] A/C Number (একাউন্ট নম্বর): []

Electronic Transfer (ইলেকট্রনিক ট্রান্সফার) For Electronic Transfer (ইলেকট্রনিক ট্রান্সফার এর ক্ষেত্রে)

Mobile number (মোবাইল নম্বর): []

Declaration by Claimant (দাবীদারের এর ঘোষণাপত্র) declare that the information provided on this form are true and valid to the best of my knowledge and that if detected to be false I accept the penalty of losing the claim herein made, plus legal prosecution. (এখানে উল্লিখিত সকল তথ্য সম্পূর্ণ নির্ভুল এবং সত্য, কোনো তথ্য ভুল বা মিথ্যা প্রমাণিত হলে আমি সকল আইনগত অভিযোগ এবং শাস্তি গ্রহণে বাধ্য থাকিব)

Signature/Thumb Print of Claimant (স্বাক্ষর/অঙ্গুলির ছাপ/তারিখসহ) Date (তারিখ): [] - [] - []

For Official Use – Grameenphone Centre

Originals of the following items have been verified, and copies have been attached with the Form:

- Death certificate of insured person (ডেথ সার্টিফিকেট)
- National ID Card of Insured (মৃতের জাতীয় পরিচয়পত্রের কপি)
- National ID Card of claimant (দাবীদারের পরিচয়পত্রের কপি)
- Mobile phone SIM under which the insured was registered (SIM নম্বর)
- Proof of relationship between claimant and insured document (সম্পর্ক প্রমাণপত্র)

I confirm that I have seen the original copies of attached documents. (আমি কাগজগুলির মূল কপি দেখছি)

GPC: [] Agent Name: [] Agent Mobile: []

Signature of Branch Manager: [] Date (তারিখ): [] - [] - []

For Official Use – Microensure

Policy Number: [] Registration Date: [] - [] - []

Cover Amount Eligible: [] Other Claims against this Record: []

Signature of Claims Officer: [] Date (তারিখ): [] - [] - []