



# জীবন বীমা কর্পোরেশন

প্রধান কার্যালয়, ২৪ মতিঝিল বা/এ, ঢাকা।

দাবীদার/দাবীদারগণের বিবৃতি

(প্রত্যেকটি প্রশ্নের যথাযথ উত্তর বোধগ্য শব্দে দিতে হবে। কলমের টান, আঁচড় বা অপ্পট উত্তর গ্রহণযোগ্য হবেনা।)

বীমাপত্র নং..... বীমাকৃত টাকার পরিমাণ.....

অন্য বীমাপত্র নং ও বীমার অংক .....

মৃত বীমাগ্রহীতার পূর্ণ নাম ..... মৃত্যুকালীন বয়স.....

ক্রমিক নং	প্রশ্ন	উত্তর
১.০	দাবীদার/দাবীদারগণের নাম, ঠিকানা ও টেলিফোন নম্বর	
১.১	দাবীদার/দাবীদারগণের পিতার/মাতার/স্বামীর নাম	
১.২	দাবীদার/দাবীদারগণের বয়স	
১.৩	দাবীদার/দাবীদারগণের পেশা	
১.৪	পরলোকগত /মৃত বীমাগ্রহীতার সাথে দাবীদার/দাবীদারগণের সম্পর্ক	
২.০	মৃত বীমাগ্রহীতার শেষ পেশা ও শেষ ঠিকানা	
২.১	মৃত্যুর প্রত্যক্ষ কারণ	
২.২	মৃত বীমাগ্রহীতা কখন থেকে অসুস্থ হয়ে পড়েন এবং (কোন তারিখ থেকে তাঁর চিকিৎসা শুরু হয়?) অসুস্থতার ধরণের বিস্তারিত বর্ণনা করুন।	
২.৩	শেষ অসুস্থতার স্থায়ীত্বাল	
২.৪	মৃত্যুর সময়, স্থান ও তারিখ	
৩.০	শেষ অসুস্থতার সময় কোন কোন ডাঙ্গার বীমাগ্রহীতার চিকিৎসা করেছিলেন তাদের নামসহ ঠিকানা লিখুন।	
৪.০	মৃত বীমাগ্রহীতার বিদেশে চিকিৎসা করানো হয়েছিল কি? চিকিৎসা করানো হয়ে থাকলে দেশের নাম ও হাসপাতাল/ক্লিনিক এর নাম ও ঠিকানা লিখুন।	
৫.০	মৃত বীমাগ্রহীতার দাফন/সৎকার কোথায় এবং কোন তারিখে সম্পন্ন হয়েছিল?	

৬.০ আমি/আমরা..... (দাবীদার/দাবীদারগণ) এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য।

স্বাক্ষরের স্থানঃ..... তারিখঃ.....

দাবীদার/দাবীদারগণের স্বাক্ষরঃ.....

পূর্ণ নাম ও ঠিকানা.....

ফোন/মোবাইল নং .....

৭.০ উক্ত দাবীদার/দাবীদারগণ আমার সামনে উপরোক্ত বিবৃতি লিখে যথাস্থানে স্বাক্ষর করেছেন।

স্বাক্ষরের স্থানঃ..... তারিখঃ.....

প্রতিস্বাক্ষরকারীর পূর্ণ নামঃ.....

প্রতিস্বাক্ষর.....

সীলনোহর

পদবী ও পেশাগত ঠিকানা.....

ফোন/মোবাইল নং .....

বিঃ দ্রঃ এ বিবৃতি অবশ্যই কোন পরিচিত গেজেটেড অফিসার/স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/পৌরসভার মেয়র অথবা কাউন্সিলর/উপজেলা চেয়ারম্যান/স্থানীয় হাইকুলের প্রধান শিক্ষক/স্থানীয় কলেজের অধ্যক্ষ/জীবন বীমা কর্পোরেশনের সহকারী ম্যানেজার বা তদুর্ধ পদমর্যাদার যে কোন কর্মকর্তা কর্তৃক তাঁর অফিসের সীলনোহর সহ প্রতিস্বাক্ষরিত হতে হবে।



# জীবন বীমা কর্পোরেশন

প্রধান কার্যালয়, ২৪ মতিবিল বা/এ, ঢাকা।

## চিকিৎসকের বিবৃতি

দ্রষ্টব্যঃ যে চিকিৎসক মৃত্যুক্ষির অন্তিম দিনগুলিতে তাঁর চিকিৎসা করেন কেবলমাত্র তিনিই এই ফরমটি পূরণ করবেন। প্রতিটি প্রশ্নের জবাব দিতে হবে। হাসপাতালে মৃত্যুর ক্ষেত্রে ৭ ও ৮ নং এবং দুর্ঘটনা অথবা হত্যার ক্ষেত্রে ৯ ও ১০ নং প্রশ্নাবলীর জবাব দিতে হবে। চিকিৎসক জীবন বীমা কর্পোরেশনের ডাক্তার হলে কর্পোরেশন কর্তৃক প্রদত্ত সংকেত সংখ্যাটি উল্লেখ করতে হবে। অন্যান্য চিকিৎসকের ক্ষেত্রে ফরমটিতে জ্ঞাত কোন সন্তান ব্যক্তির সাক্ষ্য গ্রহণ করতে হবে।

পূর্বসূত্র	বীমাপত্র নং	ইউনিট
অন্তিম দিনগুলিতে আপনার রোগী হিসেবে বর্ণিত মৃত্যুক্ষির বিবরণ।		মৃত্যুক্ষির নামঃ পিতার নামঃ মাতার নামঃ স্থায়ী ঠিকানাঃ
ক্রমিক নং	প্রশ্নাবলী	জবাব
১	আপনার মতে মৃত্যুর সময়ে রোগীর বয়স কত ছিল ?	আনুমানিক বয়সঃ ..... বৎসর
২	তাঁর মৃত্যুর তারিখ ও সময়	তারিখঃ..... সময়ঃ.....
৩	মৃত্যুর স্থানের বিবরণ দিন	স্থানের নামঃ ডাকঘরঃ উপজেলাঃ জেলাঃ
৪	আপনার সাথে মৃত্যুক্ষির কি কোন সম্পর্ক ছিল? থাকলে, বিবরণ দিন।	হ্যাঁ / না সম্পর্ক
৫	ক) মৃত্যুর কারণ ? রোগ অথবা মৃত্যুর অন্যবিধ কারণ থাকলে তাঁর স্পষ্ট এবং প্রয়োগিক নাম উল্লেখ করবেন। কেবলমাত্র হৃদযন্ত্রের ক্রিয়া বক্তকে মৃত্যুর কারণ ধরা যাবে না।	১। মৃত্যুর প্রাথমিক কারণঃ ২। আনুসংজ্ঞিক কারণঃ
	খ) আপনি মৃত্যুক্ষির রোগ কিরূপে নির্ধারণ করেছিলেন ? (সঠিক জবাবটি বাদে অপর দুটি কেটে দিন।)	১। জীবিতকালে রোগীকে পরীক্ষা করে। ২। মৃত্যুর পর মৃতদেহ পরীক্ষা করে। ৩। রোগ লক্ষণ এবং রোগীর চেহারা হতে অনুমান করে।
	গ) আপনার মতে মৃত্যুক্ষি কত দিন যাবৎ এই রোগে ডুগছিলেন ?	রোগের স্থায়িত্বঃ রোগ সম্পর্কে মন্তব্যঃ
	ঘ) ১। রোগের লক্ষণ সমূহ ? ২। কবে এবং কিরূপে মৃত্যুক্ষির ইহা প্রথম লক্ষণ করেন ?	১। লক্ষণ সমূহঃ ২। পর্যবেক্ষণঃ
	ঙ) কত তারিখে আপনি তাঁকে প্রথম পরীক্ষা করেন।	তারিখঃ
৫	চ) আপনি কি মৃত্যুক্ষির অন্তিম অসুস্থিতার শুরু থেকেই চিকিৎসা করেন? না করলে আপনার চিকিৎসাকালের মেয়াদ উল্লেখ করুন।	হ্যাঁ / না সঠিক চিকিৎসাকালঃ ..... তারিখ হইতে..... তারিখ
	ছ) মৃত্যুক্ষিকে কি অন্য কোন ডাক্তার চিকিৎসা করেছিলেন? করে থাকলে	হ্যাঁ / না
	(১) তিনি (তাঁরা) কি আপনার সাথে পরামর্শক্রমে না পৃথকভাবে চিকিৎসা করেছিলেন?	(১)
	(২) অথবা কোন হাসপাতালে নিয়মিত বা বহি বিভাগ রোগী হিসেবে চিকিৎসা করা হয় ?	(২)
	(৩) ডাক্তার (গণ) এর নাম ও ঠিকানা অথবা হাসপাতালের ঠিকানা উল্লেখ করুন।	(৩)
৫	জ) মৃত্যুক্ষির সর্বশেষ রোগের অব্যবহিত পূর্বে অথবা পাশাপাশি অপর কোন রোগ হয়েছিল কি? হয়ে থাকলে কত দিন যাবৎ উক্ত রোগের/ রোগগুলির লক্ষণ বিদ্যমান ছিল ?	

৬	<p>আপনি কি মৃত ব্যক্তির নিয়মিত / গৃহ চিকিৎসক ছিলেন? অথবা চিকিৎসার প্রয়োজন ব্যতীতই কি তাঁর সাথে আপনার পরিচয় ছিল?</p> <p>ক) নিয়মিত চিকিৎসক হলে, সর্বশেষ অসুস্থ্যতার পূর্বের তিনি বৎসরে কি কি রোগের জন্য আপনি তাঁর চিকিৎসা করেন উল্লেখ করুন।</p> <p>খ) সাধারণ পরিচয়ের ক্ষেত্রে, কতদিন যাবৎ তিনি আপনার পরিচিত তা উল্লেখ করুন।</p>	<p>হাঁ / না</p> <p>(ক)</p> <p>(খ)</p>
৭	<p>ক) হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা</p> <p>খ) হাসপাতালে ভর্তির তারিখ</p> <p>গ) রেজিস্ট্রেশন নং</p> <p>ঘ) ওয়ার্ড ও শয়া নং</p> <p>ঙ) হাসপাতালে ভর্তিকালীন রোগ বিবরণী</p> <p>(প্রথম শুরু হওয়ার তারিখ সহ রোগের পূর্ব ইতিহাস)</p>	<p>ক) হাসপাতালের নাম ও ঠিকানাঃ</p> <p>খ) ভর্তির তারিখঃ</p> <p>গ) রেজিস্ট্রেশন নং</p> <p>ঘ) ওয়ার্ড নং:</p> <p>ঙ) রোগ বিবরণী</p> <p>শয়া নং:</p>
৮	<p>তাঁকে কি অঙ্গোপচার করা হয়? কখন এবং কি কারণে তাঁকে অঙ্গোপচার করা হয়?</p>	অঙ্গোপচারের বিবরণঃ
৯	<p>রোগীর মৃত্যু সম্পর্কে কোন বিচার বিভাগীয় বা অন্যকোন তদন্ত অনুষ্ঠিত হয়েছিল কি? অথবা মৃতদেহের কি কোন ময়না তদন্ত করা হয়? হলে তদন্তের বিবরণ দিন।</p>	
১০	<p>দুর্ঘটনা বা খুনজনিত কারণে মৃত্যু ঘটে থাকলে আঘাত বা ক্ষতের পূর্ণ বিবরণ দিন।</p>	

আমি ডাঃ .....

উপরে লিপিবদ্ধ আমার বিবৃতিতে প্রদত্ত তথ্যসমূহ আমার পূর্ণজ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী নির্ভুল এবং সত্য। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই মৃত্যুর ব্যাপারে জীবন বীমা কর্পোরেশন আরও তদন্ত করতে চাইলে আমার কোন আপত্তি নেই এবং অনুরূপ তদন্তে আমি সর্বতোভাবে সহযোগীতা করব।

স্বাক্ষরের স্থানঃ.....

তারিখ : .....

স্বাক্ষৰ :

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

১। স্বাক্ষর : .....

পূর্ণ নামঃ .....

পূর্ণ নামঃ .....

পেশাগত শিক্ষামানঃ .....

পদমর্যাদাঃ .....

রেজিস্ট্রেশন নং: .....

ঠিকানাঃ গ্রাম/শহর/মহল্লা : .....

পেশাগত ঠিকানা : .....

পোষ্ট : .....

জীবন বীমা কর্পোরেশন সংকেত (যদি থাকে)

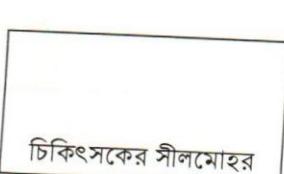
উপজেলা/থানাঃ .....

ঠিকানা : .....

জেলাঃ .....

ফোন/মোবাইল নং .....

ফোন/মোবাইল নং .....



চিকিৎসকের সীলন

# জীবন বীমা কর্পোরেশন

প্রধান কার্যালয়, ২৪ মতিঝিল বা/এ, ঢাকা।

## নিয়োগকর্তার/বিভাগীয় প্রধানের বিবৃতি

দ্রষ্টব্যঃ মৃত ব্যক্তি যে সংস্থায় চাকরি করতেন, সে সংস্থার প্রধান অথবা সে সংস্থার যে বিভাগে কর্মরত ছিলেন সে সংস্থার সংশ্লিষ্ট বিভাগীয় প্রধান ফরমটি পূরণ করবেন। সংস্থাটি বেসরকারী বা ব্যক্তি মালিকানাধীন হলে এখানে প্রদত্ত বিবৃতিগুলিকে অবশ্যই একজন সরকারী গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত অথবা প্রতিস্বাক্ষরিত হতে হবে।

নিয়োগকর্তা/বিভাগীয় প্রধান কর্তৃক সনাক্তযোগ্য মৃত ব্যক্তির পূর্ণ বিবরণ	১। বীমাপত্র নং : ২। মৃত ব্যক্তির নামঃ ৩। তাঁর পিতার নামঃ ৪। তাঁর মাতার নামঃ ৫। স্থায়ী ঠিকানাঃ
ক্রমিক নং	প্রশ্নাবলী
১	উপরে উল্লেখিত ব্যক্তি কি আপনার কর্মচারী ছিলেন?
২	আপনার এ প্রতিষ্ঠানে উক্ত ব্যক্তির যোগদানের সময়
৩	মৃত্যুর পূর্ব পর্যন্ত তিনি যে স্থানে বাস করতেন সেই সর্বশেষ আবাসিক ঠিকানা দয়া করে উল্লেখ করুন।
৪	অফিস রেকর্ড অনুযায়ী তাঁর জন্ম তারিখ উল্লেখ করুন।
৫	তাঁর মর্যাদা কি ছিল?
৬	তাঁর মৃত্যুর কারণ, তারিখ ও স্থান উল্লেখ করুন।
৭	তাঁর মৃত্যুর সংবাদ কিভাবে আপনার অফিসে পৌছায়? কত তারিখে এ সংবাদ পান?
৮	মৃত ব্যক্তির প্রাপক তথা তাঁর মনোনীত ব্যক্তিকে (ব্যক্তিগনকে) আপনার প্রতিষ্ঠান হতে যাবতীয় আর্থিক সুবিধাদি প্রদান করা হয়েছে কি?
৯	মৃত্যুর পূর্বের দুই পঞ্জিকা বৎসরে তিনি যে যে ছুটি গ্রহণ করেন, দয়া করে তার বিবরণ দিন।
১০	তাঁর অফিসে উপস্থিতির সর্বশেষ তারিখ উল্লেখ করুন।
	জবাব
১	হ্যাঁ / না
২	তারিখঃ
৩	সর্বশেষ ঠিকানাঃ
৪	জন্ম তারিখঃ
৫	ক) যোগদানের সময়ঃ খ) মৃত্যুর সময়ঃ
৬	ক) মৃত্যুর কারণঃ খ) মৃত্যুর তারিখঃ গ) মৃত্যুর স্থানঃ
৭	ক) মৃত্যু সংবাদের সূত্রঃ খ) মৃত্যু সংবাদ প্রাপ্তির তারিখঃ
৮	হ্যাঁ / না মন্তব্য (যদি থাকে) :
৯	(ক) অর্জিত ছুটি ( E.L. বা P.L.)t (খ) নৈমিত্তিক ছুটিঃ
১০	(গ) চিকিৎসা ছুটিঃ সর্বশেষ উপস্থিতির তারিখঃ

### নিয়োগকর্তার/বিভাগীয় প্রধানের ঘোষণা

এতদ্বারা আমরা ঘোষণা করছি যে উপরের প্রদত্ত সমুদয় বিবৃতি ও তথ্যাবলী আমাদের রেকর্ড অনুযায়ী সত্য এবং নির্ভুল।

স্বাক্ষরের স্থানঃ..... তারিখঃ.....

\* প্রস্তুতকারীঃ.....

\* পরীক্ষকঃ.....

\* পূর্ণ নাম ও পদমর্যাদা উল্লেখ করুনঃ.....

নিয়োগকর্তার/বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর

নিয়োগকর্তার/ বিভাগীয় প্রধানের পূর্ণ নামঃ.....

পদমর্যাদাঃ.....

ঠিকানা.....

ফোন/মোবাইল নং .....

ব্যক্তিগত সীলমোহর

অফিসের সীলমোহর



## জীবন বীমা কর্পোরেশন

প্রধান কার্যালয়, ২৪ মতিঝিল বা/এ, ঢাকা।

### সনাত্তপত্র

দ্রষ্টব্যঃ মৃত ব্যক্তির অথবা তাঁর বীমার টাকার দাবীদারের (গণের) সাথে সম্পর্কযুক্ত নহেন এবৃপ কোন পরিচিত দায়িত্বশীল ব্যক্তি এই ফরমটি পূরণ করবেন। অপর দুইজন সন্তান ব্যক্তি সাক্ষী হিসাবে এতে স্বাক্ষর দান করবেন। স্পষ্ট ভাষায় সকল প্রশ্নের জবাব দিতে হবে। সনাত্তপত্রের কোন প্রশ্নের জবাব অসম্পূর্ণ থাকলে ইহা গ্রহণযোগ্য হবে না।

সনাত্তকৃত মৃত ব্যক্তির বিবরণ	বীমাপত্র নং - স্থায়ী ঠিকানাঃ	মৃত ব্যক্তির নামঃ
ক্রমিক নং	প্রশ্নাবলী	জবাব
১	মৃত ব্যক্তির পিতার/মাতার পেশাসহ নাম উল্লেখ করুন।	ক) পিতার নামঃ খ) মাতার নামঃ গ) পিতার পেশাঃ
২	মৃত্যুর অব্যবহিত পূর্বে মৃত ব্যক্তি কোথায় বসবাস করতেন? দয়া করে তাঁর সর্বশেষ আবাসিক ঠিকানা উল্লেখ করুন।	মৃত ব্যক্তির সর্বশেষ আবাসিক ঠিকানাঃ
৩	মৃত ব্যক্তির পেশা বা বৃত্তি কি ছিল? তাঁর আনুমানিক বার্ষিক আয় কত ছিল?	ক) পেশা/ বৃত্তিঃ খ) বার্ষিক আয়ঃ
৪	তাঁর মৃত্যুর পূর্ণ বিবরণ দিন।	ক) মৃত্যুর কারণঃ খ) মৃত্যুর তারিখঃ গ) মৃত্যুর স্থানঃ
৫	মৃত্যুর সময় তাঁর বয়স কত ছিল বলিয়া আপনি মনে করেন?	
৬	মৃত্যুর পূর্বে তিনি কি কোন জটিল রোগে ভুগছিলেন? আপনি যদি তাঁর সেইরূপ কোন অসুস্থ্যতা সম্পর্কে জ্ঞাত থাকেন, তাহলে রোগের নাম এবং কত দিন যাবৎ তিনি উক্ত রোগে ভুগছিলেন উল্লেখ করুন।	
৭	মৃত ব্যক্তির সাথে আপনি কতদিন যাবৎ পরিচিত?	
৮	মৃত দেহটিকে কি সমাধিস্থ / দাহ করা হয়েছিল? হয়ে থাকলে তার স্থান, তারিখ ও সময় উল্লেখ করুন।	ক ) হ্যাঁ/ না। খ ) স্থানঃ  তারিখঃ  সময়ঃ
৯	শেষ কৃত্যের সময় কি আপনি নিজে উপস্থিত ছিলেন? থাকলে এরূপ দুইজন সন্তান ব্যক্তির নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন। যারা আপনার সহিত সেখানে উপস্থিত ছিলেন।	ক ) হ্যাঁ/না। (১) নামঃ ঠিকানাঃ  (২) নামঃ ঠিকানাঃ
১০	যে ডাক্তার (গণ) মৃত ব্যক্তির শেষ দিনগুলিতে চিকিৎসা করেন আপনি কি তাঁকে (তাঁদেরকে) চিনেন/জানেন? চিনলে উক্ত ডাক্তারের (ডাক্তারগণের) নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন।	ক ) হ্যাঁ/না। (১) নামঃ ঠিকানাঃ  (২) নামঃ ঠিকানাঃ

১১	<p>এই বীমাপত্রের টাকার দাবীদার (গণ) কে কি আপনি চিনেন? দয়া করে তাঁর (তাঁদের) নাম, বর্তমান বয়স এবং ঠিকানা উল্লেখ করুন।</p>	<p>ক) নামঃ ..... খ) নামঃ ..... গ) নামঃ ..... ঠিকানাঃ .....</p>	<p>বয়সঃ ..... বয়সঃ ..... বয়সঃ ..... বয়সঃ .....</p>
	<p>দাবীদার (গণ) এর সাথে মৃত্যুত্তির সম্পর্ক কি ছিল? সঠিক জবাবটি বাদে অন্যগুলি কেটে দিন।</p>	<p>পিতা/ মাতা / ভ্রাতা / ভাই/ পুত্র / কন্যা / স্বামী / স্ত্রী</p>	

### সনাত্তকারীর ঘোষণা

নিম্নোক্ত সাক্ষীদুয়ের 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 ও নির্ভুল। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, মৃত্যুত্তি আন্তর্হত্যার মাধ্যমে মৃত্যুবরণ করেন নাই।

স্বাক্ষরের স্থান ..... তারিখঃ.....

সনাত্তকারীর স্বাক্ষর

স্বাক্ষী বৃন্দঃ

১। স্বাক্ষরঃ.....  
পূর্ণ নামঃ.....  
ঠিকানাঃ গ্রাম/মহল্লা.....  
পোস্টঃ.....  
উপজেলা/থানা.....  
জেলাৎ .....

ফোন/মোবাইল নং .....

২। স্বাক্ষরঃ.....  
পূর্ণ নামঃ.....  
ঠিকানাঃ গ্রাম/মহল্লা.....  
পোস্টঃ.....  
উপজেলা/থানা.....  
জেলাৎ .....

পূর্ণ নামঃ.....  
পদমর্যাদাঃ.....  
পেশাগত ঠিকানাঃ.....  
ফোন/মোবাইল নং .....

স্থায়ী ঠিকানাঃ .....

.....