



\*METCS0401\*

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী  
মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ  
পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ

ফোন : (৮৮০-২) ৯৫৬১৭৯৩  
ফ্যাক্স : (৮৮০-২) ৯৫৬৮৬৮২

www.metlife.com.bd

## ঋণ আবেদন ফর্ম

পলিসি নম্বর : \_\_\_\_\_

আবেদনের তারিখ : \_\_\_\_\_

ঋণের পরিমাণ (টাকা) : \_\_\_\_\_ /সর্বোচ্চ

আমি আমার বীমা চুক্তিতে উল্লিখিত নিয়ম ও শর্তানুযায়ী উপরোল্লিখিত ঋণের জন্য আবেদন করছি এবং এই ঋণের জামানত স্বরূপ আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানীকে পলিসির স্বত্ব প্রদান করছি। আমি অবগত আছি যে ঋণের বর্তমান সুদের হার বাৎসরিক ১২% যা প্রতি পলিসি বার্ষিকীতে চক্রবৃদ্ধি হারে বৃদ্ধি পায়। কোম্পানী কোন নোটিশ প্রদান না করেই এই হার পরিবর্তনের অধিকার সংরক্ষণ করে। অনুগ্রহপূর্বক লক্ষণীয় যে, সুদের হারের উপর নিম্নোক্ত শর্তাবলি আরোপিত হবে:

- যদি পূর্বের ঋণ/স্বয়ংক্রিয় প্রিমিয়াম ঋণ থাকে তবে ১৪% সুদ প্রযোজ্য হবে এবং পরবর্তী পলিসি বার্ষিকী হতে ১২% সুদ প্রযোজ্য হবে।
- যদি পূর্বের কোন ঋণ/ স্বয়ংক্রিয় প্রিমিয়াম ঋণ না থাকে তবে ১২% সুদ প্রযোজ্য হবে।

অনুগ্রহ করে নিচের যেকোনো একটি ঋণ গ্রহণের পদ্ধতি বাছাই করুন :

ইলেকট্রনিক তহবিল স্থানান্তর (EFT, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

গ্র্যাকাউন্ট পেয়ী ইন্সট্রুমেন্ট (চেক)

যদি আপনার নিজস্ব ব্যাংক গ্র্যাকাউন্ট না থাকে, তবে সম্পর্কের প্রমাণ সহ কোন নিকট আত্মীয়কে (মেটলাইফ প্রতিনিধি ব্যতীত) আপনি ঋণের অর্থ গ্রহণের জন্য মনোনীত করতে পারেন। উল্লেখ্য যে, বীমা গ্রহীতা ব্যতীত অন্য কোন ব্যক্তিকে ঋণের অর্থ প্রদান কোম্পানির অনুমোদন সাপেক্ষ।

মনোনীত ব্যক্তিকে প্রদান করা হোক।

বীমা গ্রহীতার সঙ্গে সম্পর্ক : \_\_\_\_\_

অনুগ্রহ করে নিম্নে আপনার অথবা আপনার মনোনীত ব্যক্তির ব্যাংক গ্র্যাকাউন্ট এর বিবরণ দিন :

(ইংরেজি বড় হরফে লিখুন)

ব্যাংক গ্র্যাকাউন্ট হোল্ডার এর নাম : \_\_\_\_\_

ব্যাংক গ্র্যাকাউন্ট নং : \_\_\_\_\_

রাউটিং কোড : \_\_\_\_\_

ব্যাংক এর নাম : \_\_\_\_\_

শাখা : \_\_\_\_\_

ব্যাংকের ঠিকানা (জেলা) : \_\_\_\_\_

যদি বীমা গ্রহীতা ব্যতীত অন্য কেউ বীমা চুক্তি ও চেক গ্রহণ করেন (প্রযোজ্য না হলে এই অংশ কেটে দিন) :

গ্রহণকারীর নাম ও স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

বীমা গ্রহীতার সঙ্গে সম্পর্ক \_\_\_\_\_

স্বাক্ষরকারীর নাম ও স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

বীমা গ্রহীতার স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

স্বাক্ষরকারীর ঠিকানা \_\_\_\_\_

বীমা গ্রহীতার ঠিকানা \_\_\_\_\_

স্বাক্ষরকারীর মোবাইল/ফোন নম্বর \_\_\_\_\_

বীমা গ্রহীতার মোবাইল/ফোন নম্বর \_\_\_\_\_

এই ফর্মের সঙ্গে মূল বীমা দলিল ও নিম্নলিখিত দলিলাদি (বীমা গ্রহীতা দ্বারা সত্যায়িত) প্রদান করুন :

- জাতীয় পরিচয়পত্র/পাসপোর্ট/ড্রাইভিং লাইসেন্স এর ফটোকপি (এই ফর্মে উল্লিখিত সকল ব্যক্তির)
- MICR চেক বই এর যেকোনো খালি পাতার ফটোকপি



American Life Insurance Company  
 MetLife Building, 18-20 Motijheel C.A.  
 P.O. Box 9, Dhaka-1000  
 Bangladesh

T (880-2) 9561791  
 F (880-2) 9558682  
 www.metlife.com.bd

## Loan Application Form

Policy Number : \_\_\_\_\_ Date of Application : \_\_\_\_\_

Loan Amount (Tk.): \_\_\_\_\_ / Maximum

Application is hereby made for the payment of aforesaid loan under the terms and conditions of my Policy Agreement and as the sole security of the loan I assign this policy to American Life Insurance Company. I understand that the current rate of interest for the loan is 12% per annum which is compounded on every policy anniversary date and the Company reserves the right to re-determine the rate anytime without further notice. Kindly note, following conditions will be applied for Rate of interest:

- If there is any existing Loan/APL amount in the policy, then 14% rate of interest will be applied & interest rate 12% will be applicable after the next policy anniversary date.
- If there is no existing Loan/APL amount in the policy, then 12% rate of interest will be applied

**Please select any of the following methods for payment :**

**Electronic Fund Transfer**  
(EFT, where applicable)

**Account Payee Instrument**  
(Cheque)

If you do not have a bank account, you may authorize a close relative other than MetLife Representative to receive the payment by providing proof of relationship. Note that, payment to any person other than the Policy Owner is subject to company approval.

**Pay to another person**

**Relationship with Policy Owner :** \_\_\_\_\_

**Please provide your or your authorized person's bank details :** (In capital English letters)

**Name of Bank A/C Holder :** \_\_\_\_\_

**Bank A/C No. :** \_\_\_\_\_

**Routing Code :**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Bank Name :** \_\_\_\_\_

**Branch :** \_\_\_\_\_

**Bank Address (District) :** \_\_\_\_\_

**If any person other than the Policy owner receives the cheque and/or Policy Document (Please strike out if not applicable) :**

Name & signature of the receiver : \_\_\_\_\_ Relationship : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name & Signature of the Witness

\_\_\_\_\_  
Signature of the Policy Owner

\_\_\_\_\_  
Address of the Witness

\_\_\_\_\_  
Address of the Policy Owner

\_\_\_\_\_  
Cell/Phone Number of the Witness

\_\_\_\_\_  
Cell/Phone Number of the Policy Owner

Please submit **original policy document** and attach copy of the following documents (attested by Policy Owner) with this form :

- Photocopy of National ID / Passport / Driving License (For all persons mentioned in this form)
- Photocopy of any blank MICR cheque leaf of the account cheque book.