

## সহযোগী পলিসি দাবী ফর্ম (দূর্ঘটনা/অসুস্থতা)

তারিখ : .....

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন (✓)			
স্থায়ী অক্ষমতা/দূর্ঘটনা জনিত দাবী (PDAB)	প্রিমিয়াম মওকুফ সংক্রান্ত দাবী (WP)	জটিল/দুরারোগ্য ব্যাধি (CC)	
মাসিক আয় বীমা সুবিধা (স্থায়ী অক্ষমতা)- (IBR)	দূর্ঘটনা জনিত দাবী, স্থায়ী অক্ষমতা ও হাসপাতাল সুবিধা (Plus)	স্বাস্থ্য বীমা জনিত দাবী (HC)	
দূর্ঘটনা জনিত দাবী (ADB)			

এই ফর্মটি বীমাত্রহীতা পূরণ করবেন (বীমা গ্রহীতা অক্ষম হলে তার পক্ষে মনোনীতক পূরণ করবেন)

পলিসি নম্বর/নম্বর সমূহ : .....

(বীমাত্রহীতার সকল আলফা ইসলামী লাইফের পলিসি নম্বর উল্লেখ করতে হবে)

১। বীমাত্রহীতার নাম			
২। দাবীকারীর নাম ও ঠিকানা			
৩। বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা			
৪। মোবাইল/ফোন নম্বর		ই-মেইল	
৫। দূর্ঘটনা/অসুস্থতার ধরণ	চিকিৎসা গ্রহণের সময়কাল	থেকে	
৬। দূর্ঘটনা/অসুস্থতার তারিখ			

৭। স্বাস্থ্য বীমা সুবিধা গ্রহণকারী রোগীর নাম-

ক) স্বামী/স্ত্রী	
খ) শিশুর নাম-১	
খ) শিশুর নাম-২	

৮। বীমা দাবীর অর্থ পরিশোধের নির্দেশনা (বীমাদাবী অনুমোদন হওয়া সাপেক্ষে)-

➤ উল্লেখ্য যে, নিয়মানুযায়ী আপনাকে উক্ত টাকা একাউন্ট-পেই চেকের মাধ্যমে প্রদান করা হবে। তাই নিম্নোক্ত ছকে আপনার (বীমা গ্রহীতার) নিজস্ব ব্যাংক একাউন্ট নম্বর, স্পষ্টভাবে প্রদান করুন। (চেক বইয়ের যে কোন পাতার ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)

• আমার সঞ্চয়ী/চলতি হিসাব নংঃ ..... ব্যাংকের নাম : .....

শাখা : ..... ঠিকানা : .....

সর্বশেষ চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা	
--------------------------------	--

### চিকিৎসা জনিত ব্যয়

ক্রমিক নং	বিবরণ	টাকা
০১	মেডিসিন	
০২	হাসপাতাল ব্যয়	
০৩	অন্যান্য	
		মোট টাকা

এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন-

- হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ কর্তৃক ইস্যুকৃত মূল ছাড়পত্র (সঠিক রোগ নির্ণয়ের নির্দেশনা সহ) ও আইটেম অনুযায়ী হাসপাতাল বিলের মূলকপি।
- নিবন্ধিত ডাক্তারের (নূন্যতম এমবিবিএস) প্রেসক্রিপশন এর ফটোকপি (অসুস্থতা/দূর্ঘটনার সঠিক কারণ নিরূপণের পূর্ণাঙ্গ বিবরণ সহ)।
- ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন অনুযায়ী করা সকল ডায়াগনস্টিক/পরীক্ষা-নিরীক্ষার রিপোর্টের ফটোকপি।
- সকল প্রকার বিলের মূল কপি (দূর্ঘটনা জনিত বীমা সুবিধার জন্য প্রযোজ্য) এবং আইটেম অনুযায়ী হাসপাতাল বিলের মূল কপি।
- বয়সের যথাযথ প্রমাণপত্র দাখিল করতে হবে।

বিশেষ দৃষ্টব্য : সকল দাবী প্রদানের ক্ষেত্রে কোম্পানীর নীতিমালা প্রযোজ্য হবে। কোম্পানী প্রয়োজন মনে করলে বীমাত্রাহক অতিরিক্ত কাগজপত্র সংযোজন করতে বাধ্য থাকবেন।

(চিকিৎসা জনিত ব্যয় কোম্পানী সংশ্লিষ্ট হাসপাতালকে সরাসরি পরিশোধ করতে পারবে)

### ক্ষমতর্পণ

আমি প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিসমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞান মনে পূর্ণাঙ্গ সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিস্ট, ল্যাবরেটরী অনুরূপ প্রতিষ্ঠান যার কাছে আমার ও পরিবারের যে কোন বীমাকৃত সদস্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, পরামর্শপত্র বা চিকিৎসাপত্র এবং হাসপাতাল সংক্রান্ত সকল নথিপত্রের অনুলিপি আছে তা সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি।

বীমাত্রাহকের স্বাক্ষর  
(আবেদনপত্র অনুযায়ী)

## চিকিৎসকের বিবৃতি

(এই অংশটি যে চিকিৎসক চিকিৎসা সেবা প্রদান করেছেন, কেবলমাত্র তিনিই পূরণ করবেন।)

- ১। চিকিৎসা গ্রহণের তারিখ ও সময় : ..... ২। চিকিৎসা/রোগের প্রাথমিক কারণ : .....  
আনুষঙ্গিক কারণ : .....
- ৩। চিকিৎসা গ্রহণকারী ব্যক্তি কত দিন পর্যন্ত আপনার চিকিৎসাধীন ছিল ? : .....
- ৪। চিকিৎসা গ্রহণকারী ব্যক্তি কতদিন যাবৎ এই রোগে ভুগিতেছিলেন ? : .....
- ৫। চিকিৎসা গ্রহণকারী ব্যক্তির কখনো কি অস্ত্রোপচার হয়েছিল?  হ্যাঁ  না  
হ্যাঁ হলে, কখন কি কারণে হয়েছিল তার বিবরণ দিন।
- ৬। দুর্ঘটনার কারণে আঘাত প্রাপ্ত বা ক্ষতের বিবরণ দিন : .....
- ৭। হাসপাতাল/ক্লিনিকের নাম : ..... ভর্তির তারিখ : .....
- ৮। রেজিস্ট্রেশন নং (হাসপাতাল) : .....

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত বিবৃতিতে প্রদত্ত সকল তথ্য আমার পূর্ণ জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী নির্ভুল ও সত্য।

তারিখ : .....

চিকিৎসকের স্বাক্ষর : .....

নাম : .....

রেজিস্ট্রেশন নং : .....

ঠিকানা : .....