

সহযোগী পলিসি দাবী ফর্ম (দুর্ঘটনা/অসুস্থতা)

তারিখ :

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

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

পলিসি নম্বর/নম্বর সমূহ :
(বীমাগ্রহীতার সকল আলফা ইসলামী লাইফের পলিসি নম্বর উল্লেখ করতে হবে)

১। বীমাগ্রহীতার নাম	
২। দাবীকারীর নাম ও ঠিকানা	
৩। বর্তমান যোগাযোগের ঠিকানা	
৪। মোবাইল/ফোন নম্বর	ই-মেইল
৫। দুর্ঘটনা/অসুস্থতার ধরণ	চিকিৎসা গ্রহণের সময়কাল
৬। দুর্ঘটনা/অসুস্থতার তারিখ	থেকে
৭। স্বাস্থ্য বীমা সুবিধা গ্রহণকারী রোগীর নাম-	
ক) স্বামী/স্ত্রী	
খ) শিশুর নাম-১	
গ) 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 (চেক বইয়ের যে কোন পাতার উপর ক্রস চিহ্ন দিয়ে মূলকপি সংযুক্তি সহ) স্পষ্টভাবে প্রদান করুন।

• 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 (ন্যূনতম এমবিবিএস) প্রেসক্রিপশন এর ফটোকপি (অসুস্থতা/দুর্ঘটনার সঠিক কারণ নিরূপণের পূর্ণাঙ্গ বিবরণ সহ)।
 - ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন অনুযায়ী করা সকল ডায়াগনস্টিক/পরীক্ষা-নিরীক্ষার রিপোর্টের ফটোকপি। (প্রয়োজনে মূল কপি প্রদান করতে হবে যাহা পরবর্তীতে ফেরত প্রদান করা হবে)
 - সকল প্রকার বিলের মূল কপি (দুর্ঘটনা 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 বীমাগ্রাহক অতিরিক্ত কাগজপত্র সংযোজন করতে বাধ্য থাকবেন।
(চিকিৎসা জনিত ব্যয় কোম্পানী সংশ্লিষ্ট হাসপাতালকে সরাসরি পরিশোধ করতে পারবে)

ক্ষমতাপত্র

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

বীমাগ্রাহকের 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 :