

পক্ষপাত ব্যতীত

- এই ফর্মটি জীবন বিমুক্ত/সুবিধা প্রাপক পূরণ করবেন পলিসির অধীনে।
- সমস্ত প্রশ্নের উত্তর যেন দেওয়া হয়। উত্তর দেওয়ার কোনও জায়গাকে ফাঁকা রাখার বদলে সেখানে যেন “প্রযোজ্য নয়” (N/A) লিখে দেওয়া হয়।
- এই পলিসির নথিতে উল্লিখিত নিয়ম ও শর্তাবলি অনুযায়ী দাবি-পরবর্তী অর্থ প্রদেয় হবে এবং যে তারিখে তা প্রদেয় হবে সেই তারিখে বলবৎ থাকা পলিসি সাপেক্ষ হবে।
- আবশ্যিক সমস্ত কিছু আগে-ভাগে ও সম্পূর্ণ ভাবে জমা দেওয়া হলে কোম্পানি দাবি-পরবর্তী প্রক্রিয়াকে সবচেয়ে দ্রুত সম্পন্ন করতে সক্ষম হবে।
- অতিরিক্ত নথিপত্র/আবশ্যিক জিনিসপত্র চাওয়ার অধিকার কোম্পানির আছে।
- এই ফর্মের সঙ্গে অনুগ্রহ করে ডিসচার্জ সামারি ইন্ডোর মেডিক্যাল রেকর্ডের প্রতিলিপি জমা করবেন।

এই ফর্মের সঙ্গে দাবিদারের নথি ও ব্যাঙ্কের প্রমাণ-পত্র জমা দিতে হবে।

ଅଲିସି ନଂ:

বিবরণ	জীবন বিমাকৃতির সবিশেষ তথ্য
নাম	শ্রী/শ্রীমতী _____
ঠিকানা	_____ _____ _____ পিন কোড: _____ টেলিফোন নম্বর: _____

দাবি সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য

যে-রাইডারের অধীনে দাবি জানানো হয়েছে	☐ CI রাইডার ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
নিরূপিত রোগ	
এই দাবি CI বা HCB-র অধীনে হলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য দিন:	
নিরূপণের তারিখ	D D M M Y Y Y Y
যে-ডাক্তার রোগ নিরূপণ করেছেন তাঁর নাম ও ঠিকানা	 টেলিফোন নম্বর: _____
যে-হসপাতালে বিমাকৃত ভর্তি হয়েছিলেন, তার নাম	_____
ভর্তি হওয়ার তারিখ:	D D M M Y Y Y Y (ইন্ডোর পেশেন্ট নম্বর: _____)
ছুটি পাওয়ার তারিখ	D D M M Y Y Y Y
বর্তমান অসুস্থতা সংক্রান্ত উপসর্গগুলি	
উক্ত উপসর্গগুলির সময়-সীমা	_____
অগ্রগতি	☐ আগের চেয়ে ভাল ☐ সেরে উঠেছেন ☐ অবস্থা একই
এই দাবি ATPD-র অধীনে হলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য দিন	
অক্ষমতার স্বরূপ	☐ স্থায়ী ☐ সাময়িক
যে-হসপাতালে বিমাকৃত ভর্তি হয়েছিলেন, তার নাম	_____
ভর্তি হওয়ার তারিখ:	D D M M Y Y Y Y (ইন্ডোর পেশেন্ট নম্বর: _____)
ছুটি পাওয়ার তারিখ	D D M M Y Y Y Y
অক্ষম হওয়ার তারিখ	D D M M Y Y Y Y
দুর্ঘটনার তারিখ	D D M M Y Y Y Y
দুর্ঘটনার স্থান	_____
যে-থানায় FIR দায়ের করা হয়েছে তার নাম	_____

FIR -এর তারিখ	D D M M Y Y Y Y (অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সঙ্গে FIR-এর প্রতিলিপি জমা দেবেন)
অগ্রগতি	☐ আগের চেয়ে ভাল ☐ পুরোপুরি সুস্থ ☐ একই অবস্থা
পারিশ্রমিক পাওয়ার মতন বা মুনাফা অর্জনের মতন কোনও পেশা বা কাজ-কর্মে কি জীবন বিমাকৃত যুক্ত হতে পারবেন?	☐ হ্যাঁ ☐ না

জীবন বিমাকৃতির পূর্বের স্বাস্থ্য/অভ্যাস সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য:				
অসুস্থতা/অভ্যাসের স্বরূপ	অনুগ্রহ করে হ্যাঁ/না বেছে নিন		সময়-সীমা (কবে থেকে)	হ্যাঁ হলে পরিমাণ সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য
হাইপারটেনশন	☐ হ্যাঁ ☐ না			
ডায়াবেটিস	☐ হ্যাঁ ☐ না			
হৃদরোগ	☐ হ্যাঁ ☐ না			
কিডনির রোগ	☐ হ্যাঁ ☐ না			
লিভারের রোগ	☐ হ্যাঁ ☐ না			
ক্যান্সার	☐ হ্যাঁ ☐ না			
গত 5 বছরে অন্য কোনও অসুখ/অসুস্থতা/সার্জারি/হাসপাতালে ভর্তি হওয়া	☐ হ্যাঁ ☐ না			
ধূমপান/মদ্যপান/তামাক সেবন/মাদক সেবনের মতন কোনও অভ্যাস (অনুগ্রহ করে বেছে নিন)	☐ হ্যাঁ ☐ না			

পেমেন্ট সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য				
হাসপাতালের খরচ ও পেমেন্ট-এর মাধ্যম সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য				
গত পাঁচ বছরে মেডিক্রিম/স্বাস্থ্য বিমা পলিসির অধীনে যে-পরিমাণ অর্থ দাবি করা হয়েছে তার সবিশেষ তথ্য	বিমাকারকের নাম পরিমাণ	সাম অ্যাসিওর্ড	দাবি জানানোর পর প্রাপ্ত অর্থের	দাবি জানানোর তারিখ

জীবন বিমাকৃতির অন্যান্য সবিশেষ তথ্য	
কর্ম সংস্থান সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য	
সর্বশেষ নিয়োগ-কর্তা/ব্যবসার নাম:	
ঠিকানা	
কর্মস্থানে/ব্যবসায় পদ:	
সর্বশেষ যে-তারিখে কাজ করেছেন:	D D M M Y Y Y Y
বার্ষিক আয়	
চাকরির/ব্যবসার স্বরূপ	
পারিবারিক চিকিৎসক সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য	
ডাক্তারের নাম	
ঠিকানা ও টেলিফোন নম্বর	
কবে থেকে এই জীবন বিমাকৃত এই ডাক্তারের থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করছেন	
যে-রোগের জন্য চিকিৎসা গ্রহণ করছেন তার নাম	

[illegible]

ইলেকট্রনিক পে-আউট বিকল্প (সরাসরি আপনার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে পাঠিয়ে দেওয়া)

- ☐ এই ফর্মের সঙ্গে পার্সোনালাইজ ক্যাম্পেন্ড চেক দিতে হবে

তারিখ:

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

 দাবিদারের স্বাক্ষরটিপ সই: _____

এতদ্বারা ঘোষণা করছি এবং নিশ্চিত করছি যে, আমি মৃত ব্যক্তির ন্যায্য দাবিদার এবং উল্লিখিত বিবরণগুলি প্রতিটি ক্ষেত্রে সত্য ও সম্পূর্ণ।

- পূর্বের ও বর্তমান নিয়োগ-কর্তা(গণ) ব্যবসায়িক সহযোগী
- চিকিৎসক/হাসপাতাল (সরকারি/বেসরকারি)
- যে-কোনও জীবন ও অ-জীবন বিমা কোম্পানি

কোম্পানির কাছে যদি পলিসির নথিপত্র জমা দেওয়া না-হয়, তাহলে এতদ্বারা আমি সম্মত হচ্ছি যে, অন্য কোনও ব্যক্তির কাছে এই পলিসির নথিপত্র থাকার ভিত্তিতে বা অন্যথা কোনও দাবি করার ফলে কোম্পানিকে কোনও দায়বদ্ধতা বহন করতে হলে, তার ক্ষতিপূরণ দেব।

দাবিদারের স্বাক্ষর/টিপ সই	সাক্ষীর নাম ও স্বাক্ষর নাম: _____ স্বাক্ষর: _____ দাবিদারের সঙ্গে সম্পর্ক: _____
টেলিফোন নম্বর সঙ্গে STD কোড: _____	টেলিফোন নম্বর সঙ্গে STD কোড: _____
স্থান: _____	স্থান: _____
তারিখ: _____	তারিখ: _____