

দাবিদারের বিবরণ সংক্রান্ত ফর্ম (রাইডার দাবি):

ফর্ম (A-2)

পক্ষপাত ব্যৱীত

- এই ফর্মটি জীবন বিমাকৃত/সুবিধা প্রাপক পূরণ করবেন পলিসির অধীনে।
- সমস্ত পশ্চের উত্তর যেন দেওয়া হয়। উত্তর দেওয়ার কোনও জায়গাকে ফাঁকা রাখার বদলে স্থানে যেন “প্রয়োজ্য 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 সমষ্টি 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 সামারিইন্ডোর মেডিকাল রেকর্ডের প্রতিলিপি জমা করবেন।

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

পলিসি নং:

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

দাবি সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য

যে-রাইডারের অধীনে দাবি জানানো হয়েছে	<input type="checkbox"/> CI রাইডার <input type="checkbox"/> ATPD <input type="checkbox"/> HCB <input type="checkbox"/> WOP <input type="checkbox"/> PWB
নিরূপিত রোগ	_____

এই দাবি CI বা HCB-র অধীনে হলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য দিন:

নিরূপণের তারিখ	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y
যে-ডাক্তার রোগ নিরূপণ করেছেন তাঁর নাম ও ঠিকানা	_____
টেলিফোন নম্বর:	_____
যে-হাসপাতালে বিমাকৃত ভর্তি হয়েছিলেন, তার নাম	_____
ভর্তি হওয়ার তারিখ:	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y (ইন্ডোর পেশেন্ট নম্বর: _____)
ছুটি পাওয়ার তারিখ	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y
বর্তমান অসুস্থতা সংক্রান্ত উপসর্গগুলি	_____
উক্ত উপসর্গগুলির সময়-সীমা	_____
অগ্রগতি	<input type="checkbox"/> আগের চেয়ে ভাল <input type="checkbox"/> সেরে উঠেছেন <input type="checkbox"/> অবশ্য একই

এই দাবি ATPD-র অধীনে হলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য দিন

অক্ষমতার স্বরূপ	<input type="checkbox"/> শ্বাস <input type="checkbox"/> সাময়িক
যে-হাসপাতালে বিমাকৃত ভর্তি হয়েছিলেন, তার নাম	_____
ভর্তি হওয়ার তারিখ:	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y (ইন্ডোর পেশেন্ট নম্বর: _____)
ছুটি পাওয়ার তারিখ	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y
অক্ষম হওয়ার তারিখ	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y
দুর্ঘটনার তারিখ	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y
দুর্ঘটনার স্থান	_____
যে-খানায় FIR দায়ের করা হয়েছে তার নাম	_____

FIR -এর তারিখ	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y (অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সঙ্গে FIR-এর প্রতিলিপি জমা দিবেন)
অগ্রগতি	<input type="checkbox"/> আগের চেয়ে ভাল <input type="checkbox"/> পুরোপুরি সুস্থ <input type="checkbox"/> একই অবস্থা
পারিশ্রমিক পাওয়ার মতন বা মুনাফা অর্জনের মতন কোনও পেশা বা কাজ-কর্মে কি জীবন বিমাকৃত যুক্ত হতে পারবেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

জীবন বিমাকৃতের 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	
ক্যাল্পার	হ্যাঁ	না	
গত 5 বছরে অন্য কোনও অসুখ/অসুস্থতা/সার্জারি/হাসপাতালে ভর্তি হওয়া	হ্যাঁ	না	
ধূমপান/মদ্যাপান/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 মেডিক্লিম/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 বিমাকৃতের অন্যান্য সবিশেষ তথ্য

কর্ম সংস্থান সংক্রান্ত সবিশেষ তথ্য	
সর্বশেষ নিয়োগ-কর্তা/ব্যবসার নাম:	
ঠিকানা	
কর্মস্থানে/ব্যবসায় পদ:	
সর্বশেষ যে-তারিখে কাজ করেছেন:	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> 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	

জীবন বিমান্তের নামে অন্য যেসব জীবন বিমা/মেডিক্রেম আছে সেগুলির নাম

কোম্পানি/TPA-র নাম	পলিসি নম্বর	বুঁকি সূচনার তারিখ	সাম অ্যাসিওর্ড	দাবি উত্থাপিত হ্যাঁ/না	দাবির স্থিতি	কত পরিমাণ অর্থের দাবি জানানো হয়েছে

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

1. ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম: _____

2. ব্যক্তির নাম: _____ শাখার নাম: _____

3. অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____

4. অ্যাকাউন্টের প্রকার: সেভিং কারেন্ট NRI NRO

5. IFSC কোড: _____ MICR কোড: _____

 এই ফর্মের সঙ্গে পার্সোনালাইজ ক্যানেল চেক দিতে হবে

পে-আউট এই পলিসির নিয়ম ও শর্তাবলি অনুযায়ী হবে এবং তা ওই নিয়ম ও শর্তাবলি সাপেক্ষ। তদুপরি, ইলেকট্রনিক পে-আউট পদ্ধতি বেছে নেওয়া সঙ্গেও পে-আউটের যে-কোনও বিকল্প প্রণালী যেমন ডিমান্ড ড্রাফ্ট/অ্যাট পার চেক-এ প্রদেয় ব্যবহার করার অধিকার কোম্পানির আছে। অসম্পূর্ণ/অশুল্ক তথ্যের জন্য আমার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে টাকা ক্রেডিট না-হলে বা আর্থিক লেনদেনে বিলম্ব হলে বা একেবারে তা কার্যকর না-হলে আমি এডেলওয়েইস টোকিও লাইফ ইন্সিউরেন্স কোম্পানি লিমিটেডকে দায়ী করব না।

তারিখ: D D M M Y Y Y Y

দাবিদারের স্বাক্ষরটিপ সই: _____

আমি শ্রী/শ্রীমতী _____ (নাম),
শ্রী/শ্রীমতী _____ (জীবন বিমান্তের নাম)-এর _____ (সম্পর্ক)
এতদ্বারা ঘোষণা করছি এবং নিশ্চিত করছি যে, আমি মৃত ব্যক্তির ন্যায্য দাবিদার এবং উল্লিখিত বিবরণগুলি প্রতিটি ক্ষেত্রে সত্য ও সম্পূর্ণ।

এই পলিসির অধীনে এই দাবির মূল্যায়ন যাতে কোম্পানিটি করতে পারে, তার জন্য আমি এই কোম্পানিকে এই অধিকার দিচ্ছি যে তারা নথিপত্র/সবিশেষ তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে নিম্নলিখিত ব্যক্তি/সংস্থার থেকে

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

এতদ্বারা আমি উল্লিখিত কর্তৃপক্ষদের উদ্দেশে এই সম্মতিও প্রদান করছি যে, কোম্পানিটিকে তাঁরা উক্ত সবিশেষ তথ্য/নথিপত্র দিতে পারবেন যা এই দাবির মূল্যায়ন করার সময় নেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।

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।

আপনার বিশ্বাস,

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