

স্বাস্থ্য দাবি ফর্ম (গ্রুপ ইন্স্যুরেন্স)

{HEALTH CLAIM FORM (Group Insurance)}

অনুগ্রহ করে দাবির ধরন নির্বাচন করুন (Please select the type of Claim from below):

- বহির্বিভাগ (Outpatient) সাধারণ (General) চক্ষু (Optical) দন্ত(Dental)
- ইন পেশেন্ট (In-patient) হাসপাতালে ভর্তি (Hospitalization) মাতৃত্বজনিত (Maternity)

সংস্থার নাম (Name of Organization)	
এমপ্লয়ী আইডি/মেম্বার আইডি (Employee ID/ Member ID)	
এমপ্লয়ীর নাম (Name of the employee)	
রোগীর নাম (Name of the patient)	
বীমাগ্রাহকের সাথে সম্পর্ক (Relation with Policyholder) <input type="checkbox"/> নিজ (Self) <input type="checkbox"/> স্বামী/স্ত্রী (Spouse) <input type="checkbox"/> কন্যা (Daughter) <input type="checkbox"/> পুত্র (Son)	
বীমাগ্রাহকের মোবাইল নম্বর (Policyholder's Mobile No)	বিকল্প মোবাইল নম্বর (Alternate Mobile No):
বীমা গ্রাহকের ইমেইল আইডি (Policy holder's email ID)	

হাসপাতালে ভর্তির বিবরণ উল্লেখ করুন (Mention details of Hospitalization)

হাসপাতাল/ক্লিনিকের নাম (Name of Hospital/Clinic)	
এলাকা (Area)	
ভর্তির তারিখ (Date of Admission)	
ডিসচার্জের তারিখ (Date of Discharge)	

চিকিৎসা ব্যয়ের ব্রেক আপ (Breakup of Treatment Expenses)

হাসপাতাল এর খরচ (Hospital Accommodation Charge)	পরিমাণ (টাকা) {Amounts (Taka)}
পরামর্শ ফি (Consultation fee)	
মেডিকেল ইনভেস্টিগেশন এর খরচ (Medical Investigation Expense)	
ঔষধ (Medicines)	
অস্ত্রোপচার খরচ (Surgical Expense)	
আনুষঙ্গিক পরিষেবা ফি (Ancillary Services fee)	
অন্যান্য খরচ (যদি থাকে) {Other Expenses (if any)}	
ডিসকাউন্ট (Discount)	
মোট দাবির পরিমাণ (Total Claim Amount)	

পলিসিহোল্ডারের ব্যাংক অ্যাকাউন্ট সম্পর্কিত তথ্য (Policyholder's Bank accounts related information)

ব্যাংকের নাম (Name of the bank):
শাখার নাম (Name of branch):
হিসাবের নাম (Account name):
হিসাব নম্বর (A/C number):
রাউটিং নম্বর (Routing number):

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপোরোল্লিখিত বিবৃতিগুলি আমার জ্ঞান অনুসারে সম্পূর্ণ এবং সত্য এবং আমি আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি-তে সমস্ত সংযুক্ত নথি সরবরাহ করার অনুমোদন দিচ্ছি। এই অনুমোদনের যেকোন অনুলিপি মূল হিসাবে নেওয়া হবে।

(I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and I hereby authorize all attached documents to be provided to Akij Takaful Life Insurance PLC. Any copy of this authorization shall be taken as original)

এমপ্লয়ীর স্বাক্ষর (Signature of the employee)

তারিখ (Date)

দাবিদারের স্বাক্ষর তারিখ ও সীল সহ {Signature of the claimant (with date & seal)}	বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর তারিখ ও সীল সহ (Signature of the Dept .Head with date & Seal)	অনুমোদিত ব্যক্তির স্বাক্ষর তারিখ ও সীল সহ (Signature of the Authorized Person with date & Seal)

বিঃদ্রঃ: আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি দাবির সাথে প্রাসঙ্গিক কোনো নথি যাচাই বা জিজ্ঞাসা করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

(N.B.: Akij Takaful Life Insurance PLC Life reserves rights to verify or ask for any documents relevant with the claims)

অনুগ্রহ করে যথাযথভাবে পূরণকৃত দাবির আবেদনপত্রের সাথে নিম্নলিখিত নথিগুলি সংযুক্ত করুন:

(Please attach the following documents along with duly filled up Claim Application Form)

- হাসপাতালে ভর্তি পরামর্শ সম্বলিত সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনের কপি
(Copy of Prescriptions of respective physician containing Hospitalization advice)
- সমস্ত প্রাসঙ্গিক খরচের আসল এবং আইটেমাইজড বিল / রসিদ যেমন হাসপাতালে অবস্থান, ওষুধ, পরামর্শ ফি, তদন্ত, পদ্ধতি, সার্জারি, যেকোনো চিকিৎসা বা অস্ত্রোপচারের আইটেম এবং তাদের রিকুইজিশন স্লিপ। ডাটাবেস বিল প্রাধান্য পাবে।
(Original and itemized Bills / Receipts of all relevant expenses i.e. hospital accommodation, medicines, consultation fees, investigations, procedures, surgery, any medical or surgical items along with their requisition slips. Database bills are preferred.)
- ডিসচার্জ সার্টিফিকেট, সমস্ত তদন্ত রিপোর্ট এবং অন্যান্য চিকিৎসা রেকর্ডের কপি।
(Copies of discharge certificate, all investigation reports and others treatment records.)
- অনুগ্রহ করে reimbursement এর জন্য হাসপাতাল থেকে ডাটাবেস বা সফটওয়্যার দ্বারা তৈরি মূল বিলের বিশদ এবং আইটেমাইজড বা ব্রেক ডাউন বিল সংরক্ষণ করুন। অন্যথায়, বীমা কোম্পানি তা সংগ্রহ করবে এবং দাবি নিষ্পত্তির সময় প্রলম্বিত হবে। অনুগ্রহ করে গুভাররাইটিং বা নিজের দ্বারা লিখা বা বিলটি স্কাচ করা থেকে বিরত থাকুন। ডিসচার্জের তারিখ থেকে অনুমোদিত সময়সীমার মধ্যে আপনার দাবি জমা দিন। অর্থ রশিদের ফটোকপি বা স্ব-লিখিত অর্থ রশিদ জমা দেয়া থেকে বিরত থাকুন।
(Please collect database or software generated original bill details and itemized or break down bill from hospital where available for reimbursement. Otherwise, Insurance company will collect it and claim settlement time will be longer. Please avoid overwriting or writing by self or scratching the bill. Submit your claim within allowable time limit from date of discharge. Photocopy of money receipt or self-written money receipt will be out of consideration.)

আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি দাবির সাথে প্রাসঙ্গিক কোনো নথি যাচাই বা জিজ্ঞাসা করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

(Akij Takaful Life Insurance PLC reserves rights to verify or ask any documents relevant with the claims.)