



প্রোটেক্টিভ ইসলামী লাইফ ইনস্যুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ ১০০ এইচ. আর কমপ্লেক্স (৬ষ্ঠ তলা), বীর উত্তম এ.কে খন্দকার সড়ক,

মহাখালী বা/এ, ঢাকা-১২১২। ফোনঃ +৮৮ ০২৯৮৪০৬১৬



চুক্তিপত্র নংঃ.....
গোষ্ঠী বীমা গ্রহণকারী প্রতিষ্ঠান-
জাকির সেলফ ডেভেলপমেন্ট ফাউন্ডেশন

হাসপাতাল ক্যাশ

দাবী ফরম

মৃত্যু দাবী

[এ অংশটি দাবীদার/মনোনীতক (গণ) অপ্ৰাপ্তবয়স্ক হলে মনোনীতকের অভিভাবকগণ কর্তৃক পূরণ করতে হবে]

(সকল দাবীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

১. গ্রাহকের পূর্ণ নাম			
২. জাতীয় পরিচয়পত্র নং		৩. মোবাইল নং	
৪. দাবী পরিশোধের ক্ষেত্রে দাবীদারের বি-ক্যাশ/ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য (শুধুমাত্র নিজস্ব বিকাশ অথবা ব্যাংক হিসাব বিবরণ প্রদান করুন)			
বিকাশ হিসাব		ব্যাংক হিসাব	
(দাবীর টাকা দ্রুত প্রাপ্তির জন্য নিজস্ব বিকাশ একাউন্ট নম্বরটি সঠিকভাবে লিখুন)		ক. ব্যাংক এর নাম	
বিকাশ নংঃ		খ. হিসাব নং	
		গ. শাখা	
৫.১ হাসপাতাল ক্যাশ বীমা দাবীর তথ্য ও নথিপত্র		৫.২ মৃত্যু বীমা দাবীর তথ্য ও নথিপত্র	
ক. হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা		ক. মৃত্যুর তারিখ	
খ. গৃহীত চিকিৎসা		খ. মৃত্যুর কারণ	
গ. দাবী ফরমের সাথে দাখিলযোগ্য নথিপত্র (বাধ্যতামূলক)		গ. দাবী ফরমের সাথে দাখিলযোগ্য নথিপত্র (বাধ্যতামূলক)	
<ul style="list-style-type: none"> হাসপাতাল ছাড়পত্রের মূল কপি গ্রাহকের জাতীয় পরিচয়পত্রের সত্যায়িত কপি 		<ul style="list-style-type: none"> মৃত্যু সদন এর সত্যায়িত কপি (হাসপাতাল/ডাক্তার/চেয়ারম্যান) গ্রাহকের জাতীয় পরিচয়পত্রের সত্যায়িত কপি 	

(দাবীদার/মনোনীতক কর্তৃক প্রদত্ত ঘোষণা)

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত প্রতিটি তথ্য আমার জানামতে সম্পূর্ণ সত্য এবং আমি জ্ঞাতে কোন তথ্য গোপন করিনি। এই দাবী নিষ্পত্তির জন্য কোম্পানির চাহিদানুযায়ী আরও তথ্য সরবরাহ করতে আমি/আমরা বাধ্য থাকব। অত্র প্রদত্ত কোন তথ্যাবলীর অনুসন্ধান করার পূর্ণ ক্ষমতা কোম্পানীকে প্রদান করলাম। আমি/আমরা আরও ঘোষণা করছি যে, অত্র বীমা চুক্তির শর্তানুযায়ী এ দাবীর চূড়ান্ত নিষ্পত্তি বাবদ কোম্পানী কর্তৃক নির্ধারিত অংক গ্রহণে সম্মত আছি।

দাবীদারের স্বাক্ষর

তারিখঃ.....

বিঃদ্রঃ

দাবী নিষ্পত্তি প্রক্রিয়াটি পূরণকৃত ফরমের সঙ্গে চাহিদা মতাবেক নথির মূলকপি সংযুক্তি ও দাখিলের পর শুরু হবে। উল্লেখ্য যে, দাবীফরম পূরণ দাবী প্রাপ্তি নিশ্চিত করেনা।

(অংশটি বাংলাদেশ কমিউনিটি হেলথ কেয়ার লিঃ কর্তৃপক্ষের জন্য প্রযোজ্য)

চেকলিস্টঃ

দাবী নংঃ

বাংলাদেশ কমিউনিটি হেলথ কেয়ার লিঃ প্রতিনিধির স্বাক্ষর
তারিখঃ.....