



স্বাস্থ্য বীমা দাবী ফরম/ Health Insurance Claim Form

(Please Use Block Letter)

সিরিয়াল নাম্বার :

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|--|--|---|
| বীমা দাবীর ধরণ : Claim Type : | বহির্বভাগ Outpatient | <input type="checkbox"/> সাধারণ General | <input type="checkbox"/> চক্ষু Optical | <input type="checkbox"/> দন্ত Dental | ভর্তিকালীন In-patient | <input type="checkbox"/> হাসপাতালে ভর্তি In-patient | <input type="checkbox"/> প্রসূতি Maternity |
| ১. প্রতিষ্ঠানের নামঃ Name of Organization: | | | | | শিক্ষক/কর্মকর্তা/কর্মচারীর ID NO. | | |
| ২. শিক্ষক/কর্মকর্তা/কর্মচারীর নামঃ | | | | | মোবাইল নাম্বারঃ Mobile No.: | | |
| ৩. পদমর্যাদাঃ Designation: | | | | | ৪. শাখা/বিভাগ/দফতরঃ Branch/Div./Dept.: | | |
| ৫. রোগীর নামঃ Name of Patient: | | | | | ৬. সদস্যতা নাম্বারঃ Membership No.: | | |
| ৭. বীমা সদস্যের সাথে সম্পর্কঃ | <input type="checkbox"/> নিজ Own | <input type="checkbox"/> স্বামী Husband | <input type="checkbox"/> স্ত্রী Wife | <input type="checkbox"/> পুত্র Son | <input type="checkbox"/> কন্যা Daughter | <input type="checkbox"/> পিতা Father | <input type="checkbox"/> মাতা Mother |
| ৮. ভর্তির তারিখঃ Date of Admission: | | | | | ৯. ছাড়পত্রের তারিখঃ Date of Discharge: | | |
| ১০. হাসপাতাল/ক্লিনিকের ঠিকানাঃ Address of the Hospital/Clinic: | | | | | | | |

১১. হাসপাতালে চিকিৎসা খরচের বিস্তারিত বিবরণ : / Breakup of Hospitalization Treatment Expenses:

| চিকিৎসা খরচের বিস্তারিত বিবরণ / (Breakup of Treatment Expenses) | টাকার পরিমাণ /Amount (Taka) |
|---|-----------------------------|
| কেবিন/সিট/বিছানা/ ভাড়া (Hospital accomodation) | |
| ডাক্তার ফি : /Consultation's Fee | |
| পরীক্ষা নিরীক্ষা খরচ : / Routing Investigation Fee | |
| ঔষধপত্র / Medicines | |
| অপারেশনের খরচ / Surgical Expense: | |
| অনুষঙ্গিক চিকিৎসা খরচ / Ancillary Services Fee | |
| অন্যান্য খরচ (যদি থাকে) / Other Expenses (if any) | |
| মোট দাবীর পরিমাণ / Total Claim Amount | |

| | |
|--|--|
| বীমাকারীর বিকাশ নাম্বার (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) / bKash Number of policyholder (In applicable case only) | |
| বীমাকারীর ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য / Policyholders Bank accounts related Information (ইএফটি / EFT পেমেন্ট গ্রহণে সক্ষম ব্যাংক হতে হবে) | ব্যাংকের শাখা ও এলাকার নাম অবশ্যই উল্লেখ করতে হবে। সম্ভব হলে চেক বইয়ের উপরের পাতার ফটোকপি সংযুক্ত করুন |
| ব্যাংক হিসাবের নাম Account Name | ব্যাংকের নাম ও শাখা Bank Name & Branch |
| ব্যাংক হিসাব নম্বর Account Number | রাউটিং নম্বর Routing Number |
| ক্ষমতাপত্র / Authorization : 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 Jamuna Life Insurance Company Limited. আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপরোক্ত বিবৃতি সমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল সংযুক্ত নথিপত্রের অনুলিপি যমুনা লাইফ ইন্স্যুরেন্স, কোম্পানী লিমিটেড কে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। | |

স্বাক্ষর ও তারিখ (বীমাকৃত সদস্য)
Signature of Insured Member with Date

স্বাক্ষর ও সিল (প্ল্যান সেক্রেটারী)
Signature of Plan Secretary

N. B. : Please send this form to Jamuna Life Insurance Company Limited by mail before or at the time of admission in a Hospital/Clinic and mail original copy to our Head Office for necessary action
* Direct settlement with the hospital is applicable in case of admission in the Designated Hospital of the Company (List Over-Leaf)