



**স্বাস্থ্যবীমা গ্যারান্টি অফ পেমেন্ট ফরম**

১. প্রতিষ্ঠানের নামঃ Name of Organization:		শিক্ষক/কর্মকর্তা/কর্মচারীর ID NO.	
২. শিক্ষক/কর্মকর্তা/কর্মচারীর নামঃ		মোবাইল নম্বরঃ Mobile No.:	
৩. পদমর্যাদাঃ Designation:		৪. শাখা/বিভাগ/দফতরঃ Branch/Div./Dept.:	
৫. রোগীর নামঃ Name of Patient:		৬. সদস্যতা নম্বরঃ 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. হাসপাতাল/ক্লিনিকের নামঃ Name of Hospital/Clinic:	
১০. হাসপাতাল/ক্লিনিকের ঠিকানাঃ Address of the Hospital/Clinic:			
১১. হাসপাতাল/ক্লিনিকের ফোন নম্বরঃ Phone of Hospital/Clinic:		১২. কেবিন/বেড নম্বরঃ Cabin/Bed No:	
১৩. ডাক্তারের নামঃ Name of Doctor:		১৪. অসুস্থতার ধরনঃ Nature of illness:	
১৫. রোগীর অভিভাবকের নামঃ Patient Guardian Name :		১৬. মোবাইল নংঃ Mobile No :	
১৭. চিকিৎসার ধরনঃ		<input type="checkbox"/> সার্জিকাল Surgical <input type="checkbox"/> কনজারভেটিভ Conservative <input type="checkbox"/> অন্যান্য Other	
১৮. কাঙ্ক্ষিত দাবী নিষ্পত্তির ধরনঃ হাসপাতালের সাথে সরাসরি নিষ্পত্তি <input type="checkbox"/> রি ইমবার্সমেন্ট <input type="checkbox"/>			
Mode of Claim Settlement Desired: Direct Settlement with the Hospital <input type="checkbox"/> Reimbursement <input type="checkbox"/>			

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)