

প্রোটেক্টিভ ইসলামী লাইফ ইন্সুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়: এইচ.আর কমপ্লেক্স, ৫ম তলা, ১০০ মহাখালী সি/এ,
এ.কে.খন্দকার রোড,
ঢাকা-১২১২। ফোন: +৮৮-০২৯৮৪০৬১৬-৭

চুক্তিপত্র নং : ০০.....০১৯
বীমা গ্রহনকারী প্রতিষ্ঠান: মিলভিক বাংলাদেশ লিঃ



দাবি ফর্ম – মিলভিক হেলথ

(এ অংশটি গ্রাহক কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

(হাসপাতাল ক্যাশ দাবির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

১. গ্রাহকের পূর্ণ নামঃ	
২. অংশীদার (গ্রাহক ব্যতীত):	৩. গ্রাহকের সাথে সম্পর্কঃ
৪. জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বরঃ	৫. মোবাইল নম্বরঃ
৬. দাবি পরিশোধের ক্ষেত্রে দাবিদারের বি-ক্যাশ/ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য (শুধুমাত্র নিজস্ব বি-ক্যাশ অথবা ব্যাংক হিসাব বিবরণ প্রদান করুন):	
★★ মোবাইল ব্যাংকিং হিসাব	★★ ব্যাংক হিসাব
নিজস্ব মোবাইল ব্যাংকিং নম্বরটি সঠিক ভাবে লিখুন:	ক. ব্যাংক এর নামঃ
ক. বিকাশ নম্বরঃ	খ. হিসাব নম্বরঃ
	গ. শাখাঃ
৭. মিলভিক হেলথ সার্ভিস হাসপাতাল ক্যাশ দাবির তথ্য ও নথিপত্রঃ	
ক. হাসপাতালের নাম ও ঠিকানাঃ	গ. ছাড়পত্রের তারিখঃ
খ. ভর্তির তারিখঃ	
ঘ. দাবি ফর্মের সাথে দাখিলযোগ্য নথিপত্র (বাধ্যতামূলক):	
<input type="checkbox"/> হাসপাতাল ছাড়পত্রের মূল কপি	<input type="checkbox"/> গ্রাহকের জাতীয় পরিচয় পত্রের মূল কপি
<input type="checkbox"/> অংশীদারের জাতীয় পরিচয় পত্রের মূল কপি (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	<input type="checkbox"/> বিবাহের সনদ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)
<input type="checkbox"/> হাসপাতাল বিল এর মূল কপি (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	<input type="checkbox"/> টেস্ট এর রিপোর্ট, দৈনিক মেডিক্যাল চার্ট (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)
(দাবিদার/মনোনীতক কর্তৃক প্রদত্ত ঘোষণা)	
আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত প্রতিটি প্রদত্ত তথ্য আমার জানামতে সম্পূর্ণ সত্য ও সঠিক এবং আমি জ্ঞাতে কোন তথ্য গোপন করিনি। এই দাবি নিষ্পত্তির জন্য কোম্পানীর চাহিদানুযায়ী আরও তথ্য সরবরাহ ও অনুসন্ধান করার পূর্ণ ক্ষমতা কোম্পানীকে প্রদান করলাম। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, অত্র ফর্মের প্রদত্ত বি-ক্যাশ/ব্যাংক হিসাবটি আমার নিজস্ব ও সঠিক এবং বীমা চুক্তির শর্তানুযায়ী দাবিটির চূড়ান্ত নিষ্পত্তি বাবদ কোম্পানি কর্তৃক নির্ধারিত অংক উক্ত হিসাবের মাধ্যমে গ্রহণে সম্মত আছি।	
গ্রাহকের স্বাক্ষরঃ (NID অনুযায়ী).....	
তারিখ (দিন/মাস/বছর).....	
বি.দ্রঃ দাবি নিষ্পত্তি প্রক্রিয়াটি পূরনকৃত ফর্মের সঙ্গে চাহিদা মোতাবেক নথির মূলকপি সংযুক্তি ও দাখিলের পর শুরু হবে। উল্লেখ থাকে যে, দাবিফর্ম পূরন দাবি প্রাপ্তি নিশ্চিত করে না।	
(অংশটি মিলভিক কর্তৃপক্ষের জন্য প্রযোজ্য)	
<input type="checkbox"/> চেকলিষ্টঃ	দাবি নং
	মিলভিক প্রতিনিধির স্বাক্ষরঃ.....
	তারিখ(দিন/মাস/বছর):.....