

প্রোটেক্টিভ ইসলামী লাইফ ইন্সুরেন্স লিমিটেড
প্রধান কার্যালয়: এইচআর কমপ্লেক্স ৫ম তলা ১০০ মহাখালী সি/এ.
এ.কে.খন্দকার রোড, ঢাকা-১২১২। ফোন: +৮৮-০২৯৮৪০৬১৬-৭

চুক্তিপত্র নং: ০০.....০১৬
বীমা গ্রহনকারী প্রতিষ্ঠান: মিলভিক বাংলাদেশ লি:



দাবি ফরম

মাই হেলথ - কন্বো

মাই হেলথ-ফ্যামিলি

(এ অংশটি দাবিদার/মনোনীতক (গণ)অপ্রাপ্তবয়স্ক হলে মনোনীতকের অভিভাবকগণ কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

(সকল দাবির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

১. গ্রাহকের পূর্ণ নাম:	
২. অংশীদার (গ্রাহক ব্যাভীত):	৩. গ্রাহকের সাথে সম্পর্ক:
৪. জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর:	৫. মোবাইল নম্বর:
৬. দাবি পরিশোধের ক্ষেত্রে দাবিদারের বি-ক্যাশ/ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য (শুধুমাত্র নিজস্ব বি-ক্যাশ অথবা ব্যাংক হিসাব বিবরণ প্রদান করুন):	
** বি-ক্যাশ হিসাব	
** ব্যাংক হিসাব	
নিজস্ব বি-ক্যাশ একাউন্ট নম্বরটি সঠিক ভাবে লিখুন: ক. হিসাব নম্বর:	ক. ব্যাংক এর নাম: খ. হিসাব নম্বর: গ. শাখা:
৭. হাসপাতাল ক্যাশ দাবির তথ্য ও নথিপত্র	৭. মৃত্যু দাবির তথ্য ও নথিপত্র
ক. হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা: খ. ভর্তির তারিখ: গ. ছাড়পত্রের তারিখ:	ক. মৃত্যুর তারিখ: খ. মৃত্যুর কারণ: গ. মৃত্যুর স্থান:
ঘ. দাবি ফরমের 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)	ঘ. দাবি ফরমের সাথে দাখিলযোগ্য নথিপত্র (বাধ্যতামূলক): <input type="checkbox"/> মৃত্যু সনদের মূল কপি (হাসপাতাল/ডাক্তার/চেয়ারম্যান) <input type="checkbox"/> গ্রাহকের জাতীয় পরিচয় পত্রের মূল কপি <input type="checkbox"/> নমিনির জাতীয় পরিচয় পত্রের মূল কপি

(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 ফরমে প্রদত্ত বি-ক্যাশ/ব্যাংক হিসাবটি আমার নিজস্ব ও সঠিক এবং বিমা চুক্তির শর্তানুযায়ী দাবিটির চূড়ান্ত নিষ্পত্তি বাবদ কোম্পানি কর্তৃক নির্ধারিত অংক উক্ত হিসাবের মাধ্যমে গ্রহণে সম্মত আছি

গ্রাহক/নমিনির স্বাক্ষর: (NID অনুযায়ী).....

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

(শুধু মাত্র জীবন বীমার ক্ষেত্রে নমিনি স্বাক্ষর করবে)

বি.দ্রঃ দাবি নিষ্পত্তি প্রক্রিয়াটি পূরনকৃত ফরমের সঙ্গে চাহিদা মোতাবেক নথির মূলকপি সংযুক্তি ও দাখিলের পর শুরু হবে। উল্লেখ থাকে যে, দাবিফরম পূরন দাবি প্রাপ্তি নিশ্চিত করে না।

(অংশটি মিলভিক কর্তৃপক্ষের জন্য প্রযোজ্য)

চেকলিষ্ট:

দাবি নং

মিলভিক প্রতিনিধির স্বাক্ষর:.....

তারিখ(দিন/মাস/বছর):