



ন্যাশনাল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি

প্রধান কার্যালয়ঃ এন.এল.আই টাওয়ার

৫৪-৫৫, কাজী নজরুল ইসলাম এভিনিউ, কারওয়ান বাজার, ঢাকা-১২১৫
ফোন : পিএবিএক্স : ০৯৬৬৬৭০৬০৫০, ৫৮১৫১২৭১, কল সেন্টার: ১৬৭৪৯

ফ্যাক্স : ৮৮-০২-৮১৪৪২৩৭৩, ই-মেইল : info@nlibd.com

ওয়েব সাইট : www.nlibd.com

হাসপাতাল বিমা দাবী ফর্ম

HOSPITALIZATION INSURANCE CLAIM FORM

Part A: দাবীদার কর্তৃক পূরণীয় (To be completed by claimant)

বিমা পত্র নং :	মোবাইল নম্বর :
বিমাগ্রাহকের নাম :	বিমাগ্রাহকের ই-মেইল :
রোগীর নাম :	
বিমাগ্রাহকের সাথে রোগীর সম্পর্ক :	অসুস্থতার/দুর্ঘটনার তারিখ :
অসুস্থতা/দুর্ঘটনার ধরণ :	
হাসপাতালের নাম :	হাসপাতালের ঠিকানা :
হাসপাতালে ভর্তি তারিখ :	হাসপাতাল ছাড়ের তারিখ :
মোট দাবীর পরিমাণ (টাকা) :	কথায়-
ব্যাংক হিসাবের নাম :	ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা :
ব্যাংক হিসাব নম্বর :	রাউটিং নম্বর :

ক্ষমতাপত্র

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে বর্ণিত প্রতিটি প্রশ্নের জন্য প্রদত্ত জবাব আমার জানামতে সম্পূর্ণ সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি। এই দাবী নিষ্পত্তির জন্য কোম্পানীর চাহিদানুযায়ী আরও তথ্য সরবরাহ করতে বাধ্য থাকব। পলিসি গ্রহণকালে আমার ও এই হাসপাতাল বিমার অন্তর্ভুক্ত আমার পরিবারের অন্যান্য সদস্য (যদি থাকে) কর্তৃক প্রদত্ত তথ্যাবলীর সত্যতা অনুসন্ধান করার ক্ষমতা কোম্পানীকে প্রদান করলাম এবং এইরূপ তথ্যাবলী যদি অসত্য বা মিথ্যা বা উদ্দেশ্য প্রণোদিত বলে প্রমাণিত হয় তবে কোম্পানী আমার পলিসি বাতিল করতে পারবে। অনুরূপ ক্ষেত্রে কোম্পানী এই দাবীর টাকা পরিশোধে বাধ্য থাকবে না এবং আমার প্রদত্ত প্রিমিয়ামের সমুদয় অর্থ বাজেয়াপ্ত করতে পারবে। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, হাসপাতাল বিমা চুক্তির শর্তানুযায়ী এই দাবীর চূড়ান্ত নিষ্পত্তি বাদ কোম্পানী কর্তৃক নির্ধারিত অংক গ্রহণে সম্মত আছি।

স্বাক্ষরের স্থান

তারিখ

বিমাগ্রাহকের স্বাক্ষর

সঠিকভাবে পূরণকৃত এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করণ :

- সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্রের মূল কপি।
- হাসপাতালে ভর্তির পরামর্শ সংক্রান্ত ব্যবস্থাপত্র ও পরীক্ষা-নিরীক্ষার মূল কপি।
- হাসপাতালের ছাড়পত্রের মূল কপিসহ সকল পরীক্ষা-নিরীক্ষার রিপোর্টের মূল কপি।
- মোট দাবীকৃত সংশ্লিষ্ট সকল খরচের বিলের মূল কপি।
- মূল বিমা দলিল।
- বিমাগ্রাহকের চেক বইয়ের যে কোনো খালি পাতার ফটোকপি।

- বিঃদ্রঃ ১) ন্যাশনাল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথিপত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষণ করে।
২) দাবী পরিশোধের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্য বিমা চুক্তিতে উল্লেখিত শর্তাবলী প্রযোজ্য।

Part B: চিকিৎসায় নিয়োজিত ডাক্তার কর্তৃক পূরণীয় (To be completed by attending physician)

রোগীর নাম: Name of Patient		বয়স: Age
হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা: Name of Hospital and Address		
নিবন্ধন নং: Registration Number	ওয়ার্ড নং : Word Number	বেড নং : Bed Number
ভর্তির তারিখ: Date of Admission	ভর্তির সময়: Time of Admission	
কি রোগের জন্য হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন বিবরণ দিন: Please describe the ailments why the patient was admitted		
আপনার মতে তিনি কত দিন ধরে এই রোগে আক্রান্ত ছিলেন? How long he has been suffering from the disease?		
আপনি কি মনে করেন তিনি পূর্বে এই রোগে ভুগেছেন? Do you find the patient had suffered from the disease before this time as well? হ্যাঁ/Yes ☐ না/No ☐ উত্তর হ্যাঁ হলে দিন, মাস, বছর উল্লেখ করুন (If yes, specify days, months, years)		
তিনি কি এই রোগের সাথে অন্য কোন দীর্ঘ মেয়াদী/জটিল রোগে আক্রান্ত? Has he been suffering from any other chronic disease? ক) রোগের নাম: খ) স্থায়িত্ব কাল (দিন, মাস, বছর উল্লেখ করুন) Name of Diseases Duration (Specify days, months, years)		
দুর্ঘটনাজনিত কারণে হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে আঘাত বা ক্ষতের পূর্ণ বিবরণ দিন: If hospitalized due to accident, give details of the injury?		
তাকে কি পূর্বে কখনো অস্ত্রপ্রচার করা হয়েছে? হয়ে থাকলে কখন, কি কারণে তা উল্লেখ করুন। হ্যাঁ/Yes ☐ না/No ☐ Has he ever had any surgical treatment before? If so, when and why? ক) রোগের নাম : খ) স্থায়িত্ব কাল (দিন, মাস, বছর উল্লেখ করুন) : Name of Diseases Duration (Specify days, months, years)		
হাসপাতাল ছাড়ার সময় তিনি কি সুস্থ ছিলেন? হ্যাঁ/Yes ☐ না/No ☐ Does the patient cured at the time of discharge?		
ক্ষমতাপত্র/Authorization		
আমি ডাঃ ----- এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে প্রদত্ত তথ্যসমূহ আমার পূর্ণ জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী নির্ভুল ও সত্য। এই চিকিৎসার ব্যাপারে ন্যাশনাল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি এর আরও তথ্যের প্রয়োজন হলে আমি সর্বতোভাবে সহযোগিতা করব। I am Dr. ----- -----hereby declare that the above information is accurate and true to the best of my knowledge. If National Life Insurance PLC needs further information regarding this treatment and I will co-operate accordingly.		
চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও তারিখ Signature with date of attending Physician		
নাম ও সীল Name & Official Seal		

বিঃদ্রঃ হাসপাতালের বিভাগীয় প্রধান (প্রফেসর/কনসালটেন্ট) এর অনুপস্থিতিতে আর.পি/আর.এস/ডিউটি ডক্টর এই প্রশ্নপত্র পূরণ করে দিলেও সাদরে গৃহীত হবে।
(In absence of Departmental Head (Professor/Consultant), RP/RS/Duty Doctor can fill up the form which is highly appreciated).