



# ফারইস্ট ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিঃ

## Fareast Islami Life Insurance Co. Ltd.

গ্রুপ বীমা মেডিকেল দাবী ফর্ম

### GROUP INSURANCE MEDICAL CLAIM FORM

বীমা দাবীর ধরণ : Claim Type:	বহির্বিভাগ / Outpatient			ভর্তিকালীন / In-patient													
	সাধারণ General <input type="checkbox"/>	চক্ষু Optical <input type="checkbox"/>	দন্ত Dental <input type="checkbox"/>	হাসপাতালে ভর্তি Hospitalization <input type="checkbox"/>	প্রসূতি Maternity <input type="checkbox"/>												
প্রতিষ্ঠানের নাম : Organization's Name :				স্টাফ আইডি/নম্বর : Staff ID/ Number :													
বীমাত্রাহীতার নাম : Policyholder's Name :				পলিসি/সদস্য নম্বর : Policy No. / Member ID :													
রোগীর নাম : Name of Patient :				মোবাইল নম্বর : Mobile No.:													
বীমাত্রাহীতার সাথে সম্পর্ক : Relation with Policyholder :	নিজ Self <input type="checkbox"/>	স্বামী Husband <input type="checkbox"/>	স্ত্রী Wife <input type="checkbox"/>	পুত্র Son <input type="checkbox"/>	কন্যা Daughter <input type="checkbox"/>												
হাসপাতাল/ক্লিনিকের নাম : Name of Hospital/Clinic :				এলাকা: Area:													
সার্জনের নাম ও ঠিকানা: Surgeon's Name & Address:				মোবাইল: Mobile:													
অসুস্থতা/দুর্ঘটনার প্রকৃতি: Nature of Sickness/Accident:																	
ভর্তির তারিখ : Date of Admission :	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	হাসপাতাল ত্যাগের তারিখ : Date of Discharge:	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
চিকিৎসা খরচের বিবরণ (Breakup of Treatment Expenses)								টাকার পরিমাণ / Amount (In Taka)									
কেবিন/সিট/বিছানা ভাড়া (Hospital Accommodation Charge)																	
ডাক্তার ফি / Consultation fee																	
পরীক্ষা-নিরীক্ষার খরচ/ Medical Investigation Expense																	
অপারেশনের খরচ /Surgical Expense																	
ঔষধপত্র /Medicines																	
আনুষঙ্গিক চিকিৎসা খরচ /Ancillary Services Charge																	
অন্যান্য খরচ (যদি থাকে) /Other Expenses (if any)																	
ডিসকাউন্ট / Discount																	
মোট দাবীর পরিমাণ / Total Claim Amount																	

বীমাত্রাহীতার ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য / Policyholder's Bank accounts related Information			
ব্যাংক হিসাবের নাম: Account Name:			ব্যাংকের নাম ও শাখা: Bank Name & Branch
ব্যাংক হিসাব নম্বর: Account Number:			রাউটিং নম্বর Routing Number

**ঘোষণা / Declaration:** আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি সমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল সংযুক্ত নথিপত্রের অনুলিপি ফারইস্ট ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড কে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপ্রাপ্তির যে কোন অনুলিপি মূল দলিল বলে গণ্য হবে। I do hereby certify that the above statements are complete and true to the best of my knowledge. I also do hereby authorize all attached documents to be provided to Fareast Islami Life Insurance Company Limited. Any copy of this authorization shall be taken as original.

স্বাক্ষর/ Signature		
দাবীকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ Signature of the Employee/claimant with date & Seal	সুপারভাইজার / বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল Signature of the Dept./Div. Head with date & Seal	দায়িত্ব প্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল Signature of the Authorized Person with date & Seal



# ফারইস্ট ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিঃ

## Fareast Islami Life Insurance Co. Ltd.

সঠিকভাবে পূরণকৃত এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন

**Please attach following documents along with duly filled up this claim Form**

১. হাসপাতালে ভর্তির পরামর্শ দাতা চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনের অনুলিপি

Copy of Prescriptions of respective physician containing Hospitalization advice

২. মোট দাবীকৃত বিলের সংশ্লিষ্ট সকল (বিছানা ভাড়া, ঔষধপত্র, চিকিৎসক ফি, পরীক্ষা-নিরীক্ষা, অস্ত্রপচার ইত্যাদি) খরচের বিস্তারিত পরিমাণ উল্লেখসহ মূল রশিদ। ডাটাবেস অথবা সফটওয়্যার জেনারেটেড বিল ভাউচার অধিক গ্রহণযোগ্য।

Original and itemized Bills / Receipts of all relevant expenses i.e. hospital accommodation, medicines, consultation fees, investigations, procedures, surgery, any medical or surgical items along with their requisition slips. Database bills are preferred.

৩. হাসপাতালের ছাড়পত্রের অনুলিপিসহ সকল পরীক্ষা-নিরীক্ষার রিপোর্টের অনুলিপি।

Copies of discharge certificate, all investigation reports and others treatment records.

৪. ব্যয় পুনঃভরনের জন্য অনুগ্রহ করে ডাটাবেস বা সফটওয়্যার প্রদত্ত বিস্তারিত বিলের মূল কপি প্রেরণ করতে হবে। অন্যথায়, বীমা কোম্পানীকেই হাসপাতাল থেকে বিস্তারিত বিল সংগ্রহ করতে হবে যা দাবী নিষ্পত্তির সময় দীর্ঘায়িত করতে পারে। অনুগ্রহ করে বিল পরিবর্তনের উদ্দেশ্যে নিজে বা অন্য কারো মাধ্যমে বিলের কপিতে যেকোন প্রকার লিখা বা ঘষা-মাজা করা থেকে বিরত থাকুন। হাসপাতাল ত্যাগের তারিখ থেকে অনুমোদিত সময়সীমা এর মধ্যে বীমা দাবী জমা দিন।

Please collect database or software generated original bill details and itemized or break down bill from hospital where available for reimbursement. Otherwise, Insurance company will collect it and claim settlement time will be longer. Please avoid overwriting or writing by self or scratching the bill. Submit your claim within allowable time limit from date of discharge. Photocopy of money receipt

৫. ফারইস্ট ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথিপত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

Fareast Islami Life Insurance Company Limited reserves rights to verify or ask any document relevant with the claims.