


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.....০১৬ বীমা গ্রহনকারী প্রতিষ্ঠান: মিলভিক বাংলাদেশ লিঃ	
---	---	---

দাবি ফরম

☐ **মাই হেলথ - কস্মো**

☒ **মাই হেলথ-ফ্যামিলি**

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

(সকল দাবির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)	
১. গ্রাহকের পূর্ণ নাম: মারিয়াম সাখী	
২. অংশীদার (গ্রাহক ব্যাতিত): মারিয়াম সাখী	৩. গ্রাহকের সাথে সম্পর্ক: মারিয়াম সাখী
৪. জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর: ০১৬২৮৬০৬২০১	৫. মোবাইল নম্বর: ০১৬২৮৬০৬২০১
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: ০১৬২৮৬০৬২০১ ক. হিসাব নম্বর: ০১৬২৮৬০৬২০১	ক. ব্যাংক এর নাম: মারিয়াম সাখী খ. হিসাব নম্বর: মারিয়াম সাখী গ. শাখা: মারিয়াম সাখী
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) (শুধুমাত্র জীবন বীমার ক্ষেত্রে নমিনি স্বাক্ষর করবে)	
বি.দঃ 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)	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> চেকলিষ্ট: </div> <div> দাবি নং: মিলভিক প্রতিনিধির স্বাক্ষর: তারিখ (দিন/মাস/বছর): </div> </div>	