আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি
Akij Takaful Life Insurance PLC

জাহাঙ্গীর টাওয়ার (৭ম তলা), ১০ কারওয়ান বাজার, ঢাকা-১২১৫

স্বাস্থ্য দাবি (ইন্ডিভিজুয়াল ইন্স্যুরেন্স) ফরম
Health Claim (Individual Insurance) Form

অনুগ্রহ করে দাবির ধরন নির্বাচন করুন (Please select the type of Claim from below):

☐ **ইন-পেশেন্ট (In-patient)** ☐ **হাসপাতালে ভর্তি (Hospitalization)** ☐ **মাতৃত্বজনিত (Maternity)**

পলিসি নম্বর (Policy Number)	
রোগীর নাম (Name of the patient)	
বীমাগ্রাহকের সাথে সম্পর্ক (Relation with Policyholder) ☐ নিজ (Self) ☐ স্বামী/স্ত্রী (Spouse) ☐ পুত্র (Son) ☐ কন্যা (Daughter)	
বীমা গ্রাহকের মোবাইল নম্বর (Policyholder's Mobile No)	
বীমা গ্রাহকের ইমেইল আইডি (Policyholder's email ID)	

হাসপাতালে ভর্তির বিবরণ উল্লেখ করুন (Mention details of Hospitalization)

হাসপাতাল/ক্লিনিকের নাম (Name of Hospital/Clinic)	
ঠিকানা (Address)	
ভর্তির তারিখ (Date of Admission)	
ডিসচার্জের তারিখ (Date of Discharge)	

চিকিৎসা ব্যয়ের ব্রেক আপ (Breakup of Treatment Expenses)

খাত (Category)	**পরিমাণ (টাকা) (Amount (Taka)**
হাসপাতাল এর খরচ (Hospital Accommodation Charge)	
পরামর্শ ফি (Consultation Fee)	
মেডিকেল ইনভেস্টিগেশন এর খরচ (Medical Investigation Expenses)	
ঔষধ (Medicine)	
অস্ত্রোপাচার খরচ (Surgical Expenses)	
আনুষঙ্গিক পরিষেবা ফি (Ancillary Services Fee)	
অন্যান্য খরচ (যদি থাকে) (Other Expenses (if Any)	
ডিস্কাউন্ট (Discount)	
মোট দাবির পরিমান (Total Claim Amount)	

পলিসিহোল্ডারের ব্যাংক এ্যাকাউন্ট সম্পর্কিত তথ্য (Policyholder's Bank Accounts Related Information)

ব্যাংকের নাম (Name of the bank)
শাখার নাম (Name of the branch)
হিসাবের নাম (Account Name)
হিসাব নম্বর (A/C Number)
রাউটিং নম্বর (Routing Number)

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপরোল্লিখিত বিবৃতিগুলি আমার জ্ঞান অনুসারে সম্পূর্ণ সত্য এবং আমি আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি-তে সমস্ত সংযুক্ত নথি সরবরাহ করার অনুমোদন দিচ্ছি। এই অনুমোদনের যেকোন অনুলিপি মূল হিসাবে নেওয়া হবে।

(I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and I hereby authorize all attached documents to be provided to Akij Takaful Life Insurance PLC. Any copy of this authorization shall be taken as original).

দাবিদারের স্বাক্ষর তারিখ ও সীলসহ (Signature of the claimant, with date & seal)

বিঃদ্রঃ আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি দাবির সাথে প্রাসঙ্গিক কোনো নথি যাচাই বা জিজ্ঞাসা করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

(N.B: Akij Takaful Life Insurance PLC reserves rights to verify or ask for any documents relevant with the claim).

অনুগ্রহ করে যথাযথভাবে পূরণকৃত দাবির আবেদনপত্রের সাথে নিম্নলিখিত নথিগুলি সংযুক্ত করুন:

(Please attach the following documents along with duly filled up Claim Application Form)

- হাসপাতালে ভর্তির পরামর্শ সম্বলিত সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনের কপি

(Copy of Prescription of respective physician containing Hospitalization advice)

- সমস্ত প্রাসঙ্গিক খরচের আসল এবং আইটেমাইজড বিল/রসিদ যেমন হাসপাতালে অবস্থান, ঔষধ, পরামর্শ ফি, পরীক্ষা খরচ, পদ্ধতি, সার্জারি, যেকোনো চিকিৎসা বা অস্ত্রোপাচারের আইটেম এবং তাদের রিকউজিশন স্লিপ। ডাটাবেস বিল প্রাধান্য পাবে।

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

- ডিসচার্জ সার্টিফিকেট, সমস্ত পরীক্ষার রিপোর্ট এবং অন্যান্য চিকিৎসা রেকর্ডের কপি।

(Copies of discharge certificate, all investigation reports and other treatment records).

- অনুগ্রহ করে reimbursement এর জন্য হাসপাতাল থেকে ডাটাবেস বা সফটওয়্যার দ্বারা তৈরি মূল বিলের বিশদ এবং আইটেমাইজড বা ব্রেক ডাউন বিল সংরহ করুন। অন্যথায়, বীমা কোম্পানী তা সংগ্রহ করবে এবং দাবি নিষ্পত্তির সময় প্রলম্বিত হবে। অনগ্রহ করে ওভাররাইটিং বা নিজের দ্বারা লিখা বা বিলটি স্ক্যাচ করা থেকে বিরত থাকুন। ডিসচার্জের তারিখ থেকে অনুমোদিত সময়সীমার মধে আপনার দাবি জমা দিন। অর্থ রশিদের ফটোকপি বা স্ব-লিখিত অর্থ রশিদ জমা দেয়া থেকে বিরত থাকুন।

(Please collect database of 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 settlements 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 of self-written money receipt will be out of consideration).

আকিজ তাকাফুল লাইফ ইন্স্যুরেন্স পিএলসি দাবির সাথে প্রাসঙ্গিক কোনো নথি যচাই বা জিজ্ঞাসা করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

(Akij Takaful Life Insurance PLC reserves rights to verify or ask for any documents relevant with the claim).