

**আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী**

মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ

পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ

ফোন : (৮৮০-২) ৯৫৬১৭৯১

ফ্যাক্স : (৮৮০-২) ৪৭১১২১১১

www.metlife.com.bd

গ্রুপ বীমা চিকিৎসা দাবী ফর্ম

ইন-পেসেন্ট/হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন চিকিৎসা	<input type="checkbox"/>
বহির্বিভাগ এর চিকিৎসা	<input type="checkbox"/>
প্রসূতি	<input type="checkbox"/>
চক্ষু	<input type="checkbox"/>
দন্ত	<input type="checkbox"/>
ক্রিটিকাল ইলনেস বা অক্ষমতা	<input type="checkbox"/>

বীমাগ্রহীতার ১ নাম:
গ্রুপ পলিসি নম্বর:
বীমাকৃত ব্যক্তির অফিস আই. ডি. নম্বর:

এই অংশটি বীমাদাবীকারী ২ পূরণ করবেন

১. বীমাদাবীকারীর নাম: _____
২. বীমাদাবীকারীর জন্ম তারিখ: _____
৩. রোগীর নাম: _____
৪. রোগীর জন্ম তারিখ: _____
৫. রোগীর সাথে বীমাদাবীকারীর সম্পর্ক: _____
৬. অসুস্থতা / দুর্ঘটনার ধরণ: _____
৭. মোট দাবীকৃত অর্থের পরিমাণ: _____

ক্ষমতাপ্রাপ্ত

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিসমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞান মতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিষ্ট, ল্যাবরেটরী, নিয়োগকর্তা এবং যেকোন প্রতিষ্ঠান বা যেকোন ব্যক্তিকে, যার কাছে আমার ও/বা আমার পরিবারের যে কোন বীমাকৃত সদস্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, পরামর্শ, পরামর্শপত্র বা চিকিৎসা এবং হাসপাতাল সংক্রান্ত সকল নথিপত্রের অনুলিপি আছে তা মেটলাইফ (আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী) কে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপ্রাপ্তের যে কোন অনুলিপি মূল দলিল বলে গণ্য হবে।

বীমাদাবীকারীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____
মোবাইল নম্বর: _____ ই মেইল: _____

নিয়োগকারী প্রতিষ্ঠানের অংশ

১. সকল প্রয়োজনীয় কাগজপত্র কি পরীক্ষা করে সংযুক্ত করা হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
২. যার বরাবরে/ নামে চেক প্রদান করা হবে	<input type="checkbox"/> বীমাদাবীকারী
	<input type="checkbox"/> অন্য কোন মনোনীত ব্যক্তি (এ সংক্রান্ত অনুরোধপত্র সংযুক্ত করুন)
	<input type="checkbox"/> নিয়োগকারী প্রতিষ্ঠান (এ সংক্রান্ত অনুরোধপত্র সংযুক্ত করুন)
নিয়োগকারী প্রতিষ্ঠানের প্রতিনিধির স্বাক্ষর ও সীল: _____	তারিখ: _____

বীমাদাবী জমা দেয়ার নির্দেশাবলী

- প্রত্যেক বীমাকৃত ব্যক্তির বিপরীতে এবং বিভিন্ন প্রকার বীমা সুবিধা (বহির্বিভাগ/ হাসপাতালে ভর্তিকৃত / প্রসূতি / দন্ত / চক্ষু / পলিসি বছর) অনুযায়ী পৃথক বীমাদাবী ফর্ম দাখিল করুন।
- চিকিৎসা সম্পাদনের ৩০ দিনের মধ্যে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র সহ বীমাদাবী ফর্মটি জমা দিন।

এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন

বহির্বিভাগ এর চিকিৎসার ক্ষেত্রে: <ul style="list-style-type: none">■ পরামর্শদাতা চিকিৎসকের বিস্তারিত ফি। অফিসিয়াল সীল ও স্বাক্ষরসহ মানি রিসিট এর মূল কপি।■ ঔষধের নাম, পরিমাণ, ক্রয়ের তারিখ, রোগীর নামসহ ফার্মেসী বিলের মূল কপি এবং চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনের ফটোকপি।■ ডায়াগনস্টিক সেন্টারের প্রতিটি পরীক্ষার মূল্যসহ মানি রিসিট এর মূল কপি। পরীক্ষাগুলো করার পরামর্শ প্রদানকারী চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্রের ফটোকপি এবং পরীক্ষার ফলাফল বা রিপোর্ট এর ফটোকপি।
ইন-পেসেন্ট চিকিৎসা/ হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন চিকিৎসার ক্ষেত্রে: <ul style="list-style-type: none">■ হাসপাতালের প্রতিটি খরচের বিস্তারিত বিবরণ সহ মোট পরিশোধিত বিলের মূল কপি।■ পেমেন্ট স্লিপের মূল কপি।■ চিকিৎসক / সার্জনদের স্বাক্ষর ও সীলসহ তাদের ফি এর রিসিট এর মূল কপি।■ হাসপাতালের ছাড়পত্রের পূর্ণাঙ্গ ফটোকপি।
ক্রিটিকাল ইলনেস / স্থায়ী অক্ষমতাজনিত বীমা সুবিধার জন্য বয়সের প্রমাণ দাখিল করতে হবে। বয়সের প্রমাণ হিসেবে নিম্নলিখিত দলিলাদি / কাগজপত্র (যে কোন একটি) গ্রহণযোগ্য - <ul style="list-style-type: none">■ জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি■ পাসপোর্টের ফটোকপি■ ড্রাইভিং লাইসেন্সের ফটোকপি■ এস. এস. সি বা সমমানের পরীক্ষার সার্টিফিকেটের ফটোকপি
বিঃ দ্রঃ কোম্পানী প্রয়োজনবোধে অতিরিক্ত তথ্য ও কাগজপত্র চাইতে পারে।

১. বীমাগ্রহীতা: যে প্রতিষ্ঠান বীমাটি কিনেছে বা বীমাটির স্বত্বাধিকারী।

২. বীমা দাবীকারী: বীমা সুবিধাগ্রহী। কোন ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠান যিনি বীমা থেকে আর্থিক সুবিধা গ্রহণ করবেন।