



সুরক্ষিত জীবনের প্রতিশ্রুতি

আস্থা লাইফ এর মনোনীত হাসপাতাল থেকে ক্যাশলেস সার্ভিস গ্রহণের ফর্ম (Cashless Hospitalization Service)



হাসপাতালে ভর্তির উপদেশ প্রদানকারী চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনের স্ক্যান কপি সহ নিচের তথ্যসমূহ আপনার প্রতিষ্ঠানের প্রধান কার্যালয়ে গ্রুপ ইন্স্যুরেন্স এর দায়িত্ব্যরত কর্মকর্তার মাধ্যমে আস্থা লাইফ এ পাঠাতে হবে।

We are available 24/7

E-mail: amaderastha@asthalife.com.bd

Mobile: +880 1769 059 335



ক্যাশলেস সেবা গ্রহণেচ্ছুক সদস্যের তথ্যাবলী: (Employee/কর্মজীবীর জন্য)

সদস্যের নাম (বাংলায়)	:	
(ইংরেজিতে)	:	
জন্ম তারিখ	:	
স্টাফ আই ডি নম্বর	:	
হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা	:	
হাসপাতালে ভর্তির তারিখ	:	
হাসপাতালে ভর্তির কারণ	:	
মোবাইল নম্বর ও ই-মেইল	:	

ক্যাশলেস সেবা গ্রহণেচ্ছুক সদস্যের তথ্যাবলী: (Dependents/পোষ্যদের জন্য)

সদস্যের নাম (বাংলায়)	:	
(ইংরেজিতে)	:	
জন্ম তারিখ	:	
হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা	:	
হাসপাতালে ভর্তির তারিখ	:	
হাসপাতালে ভর্তির কারণ	:	
কর্মজীবীর নাম	:	
স্টাফ আই ডি নম্বর	:	
মোবাইল নম্বর ও ই-মেইল	:	

বিঃ দ্রঃ যে কোন ইমারেজেন্সি রোগের ক্ষেত্রে প্রথমে হাসপাতালে ভর্তি হয়ে পরবর্তী ২৪ ঘন্টার মধ্যে এবং পরিকল্পিত ভর্তির ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তির ৪৮ ঘন্টা পূর্বে অবগত করা আবশ্যিক। স্বচ্ছ ও সঠিক ভাবে ক্যাশলেস সেবা প্রদানের লক্ষ্যে প্রয়োজনে আস্থা লাইফ আরো কোন তথ্য বা ডকুমেন্ট চাইতে পারে, সেক্ষেত্রে আপনার একান্ত সহযোগিতা কাম্য।