



# ক্রিটিক্যাল ইলনেস দাবী ফর্ম

## CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM



সুরক্ষিত জীবনের প্রতিশ্রুতি

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |                               |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| বীমার ধরণ<br>Insurance Type                                                                                                                                                                                                                                                          | একক বীমা<br>Individual Insurance                                     | গোষ্ঠীবীমা<br>Group Insurance | অন্যান্য<br>Others |
| এই অংশটুকু অবশ্যই বীমাদাবীকারী কর্তৃক পূরণীয়<br>This form must be filled out by the policyholder                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                               |                    |
| পলিসি নম্বর<br>Policy Number                                                                                                                                                                                                                                                         | পলিসি শুরুর তারিখ<br>Policy Start date                               |                               |                    |
| প্রতিষ্ঠানের নাম (গোষ্ঠী বীমা/ ঋণ নিরাপত্তা বীমার জন্য প্রযোজ্য) •<br>Name of Organization (Applicable for Group and Credit Shield Insurance) •                                                                                                                                      |                                                                      |                               |                    |
| বীমাদাবীকারীর নাম •<br>Policyholder Name •                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                               |                    |
| জন্মতারিখ<br>Date of birth                                                                                                                                                                                                                                                           | স্থায়ী ঠিকানা •<br>Permanent address •                              |                               |                    |
| মোবাইল নম্বর<br>Mobile Number                                                                                                                                                                                                                                                        | বিকল্প মোবাইল নম্বর<br>Alternate Mobile Number                       |                               |                    |
| সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক বা অন্য চিকিৎসক যিনি বীমাগ্রহীতার রোগ সম্পর্কে অবগত এবং চিকিৎসা প্রদান করেছেন তার দ্বারা পূরণীয় :<br>To be completed by respective specialized physician or, any physician who is well aware of insured's illness and involved in the treatment process. |                                                                      |                               |                    |
| i. আপনি কি উক্ত বীমাগ্রহীতার নিয়মিত চিকিৎসক?<br>Are you the attending Physician of the insured?                                                                                                                                                                                     | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/><br>Yes No |                               |                    |
| ii. হ্যাঁ হলে, বীমাগ্রহীতাকে কত দিন যাবৎ জানেন?<br>If yes, please indicate since knowing                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                               |                    |
| iii. অসুস্থতার ধরণ<br>Diagnosed illness                                                                                                                                                                                                                                              | রোগ নির্ণয়ের তারিখ<br>Date of diagnosis                             |                               |                    |
| iv. রোগের নাম<br>Disease name                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                               |                    |
| v. রোগের লক্ষণটি দেখা যাওয়ার পর কোন চিকিৎসকের পরামর্শ নিয়েছিলেন কি?<br>When you consulted as soon as the first symptoms occur?                                                                                                                                                     | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/><br>Yes No |                               |                    |
| vi. হ্যাঁ হলে, পরীক্ষার তারিখ উল্লেখ করুন<br>If yes, please indicate the date of examination                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                               |                    |
| vii. রোগের ধরণ<br>Nature of symptoms                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                               |                    |
| viii. বীমাগ্রহীতা পূর্ব থেকে একই রোগে ভুগছিলেন?<br>Has the insured previously suffered from a similar disease?                                                                                                                                                                       | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/><br>Yes No |                               |                    |
| ix. হ্যাঁ হলে, বিস্তারিত লিখুন<br>If yes, please give all the details                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                               |                    |
| x. প্রাথমিক পরীক্ষা-নিরীক্ষা (সংযুক্তি)<br>Initial investigation (Please enclose)                                                                                                                                                                                                    | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/><br>Yes No |                               |                    |

|                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| না হলে, বিস্তারিত লিখুন<br>If no, please write note                                                              |                                                                                                            |                                                                                                   |
| মেডিকেল রিপোর্ট (সংযুক্তি)<br>Medical Report (Please enclosed)                                                   | হ্যাঁ<br>Yes                                                                                               | না<br>No                                                                                          |
| না হলে, বিস্তারিত লিখুন<br>If no, please write note<br>চিকিৎসার বিবরণ: (যদি থাকে)<br>Treatment details: (If any) |                                                                                                            |                                                                                                   |
| (ক) সার্জিক্যাল<br>Surgical                                                                                      | হ্যাঁ<br>Yes                                                                                               | না<br>No                                                                                          |
| হ্যাঁ হলে, অস্ত্রোপচারের ধরন<br>If yes, please write down surgical type                                          |                                                                                                            |                                                                                                   |
| চিকিৎসকের নাম<br>Physician Name                                                                                  |                                                                                                            | তারিখ<br>Date                                                                                     |
| (খ) সার্জিক্যাল ব্যাতিত অন্যান্য চিকিৎসা ক্ষেত্রে<br>treatments other than surgery                               |                                                                                                            |                                                                                                   |
| চিকিৎসকের নাম<br>Physician Name                                                                                  |                                                                                                            | তারিখ<br>Date                                                                                     |
| চিকিৎসার ধরণ, সময়কাল এবং ফলাফল<br>Nature of treatment, duration and result                                      |                                                                                                            |                                                                                                   |
| সর্বোপরি চিকিৎসকের মন্তব্য<br>Overall comments of Physician                                                      |                                                                                                            |                                                                                                   |
| চিকিৎসকের সীলমোহর<br>Physician's stamp                                                                           | চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও বিএমডিসি রেজি নং<br>Signature of the Physician & BMDC Reg No.<br><br>সময় :<br>Time : |                                                                                                   |
| স্বাক্ষর/Signature                                                                                               | তারিখ<br>Date                                                                                              |                                                                                                   |
| ১*                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                   |
| ১*                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                   |
| দাবীকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ<br>Signature of the Employee/claimant with date & Seal                                | সুপারভাইজার/বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর ও তারিখ<br>Signature of the Dept./Div. Head with date & Seal        | দায়িত্ব প্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল<br>Signature of the Authorized Person with date & Seal |

একক বীমার ক্ষেত্রে শুধুমাত্র ১\* প্রযোজ্য।  
Only 1\* is applicable for Individual insurance.

বিঃ দ্রঃ আস্থা লাইফ প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথিপত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষণ করে।  
N.B.: Astha Life reserved the right to verify or ask any documents relevant with the claim.



আস্থা লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

(আর্থি ওয়েলফেয়ার ট্রাস্ট এর একটি প্রতিষ্ঠান)

প্রধান কার্যালয়: এস কে এস টাওয়ার (লেভেল ১২), ৭ ডিআইপি রোড, মহাখালি, ঢাকা ক্যান্টনমেন্ট, ঢাকা-১২০৬।

ফোনঃ +৮৮ ০১৭৬৯ ০৫৯৩৩৩, [www.asthalife.com.bd](http://www.asthalife.com.bd)