



## হাজী মোহাম্মদ দানেশবিজ্ঞান ও প্রযুক্তি বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষার্থীদের স্বাস্থ্য বীমা ও জীবনবীমা

বীমাকারী : যমুনালাইফইনশুরেন্স কোম্পানীলিমিটেড

স্বাস্থ্য বীমা দাবীর আবেদনপত্র

(শুধু reimbursement এর জন্য প্রযোজ্য)

০১. শিক্ষার্থীর নামঃ	
০২. বিভাগ/ইনস্টিটিউটের নামঃ	
০৩. আইডি নম্বর(যদি থাকে)ঃ	
০৪. রেজিস্ট্রেশন নম্বর :	
০৫. বর্তমান শিক্ষাবর্ষঃ	
০৬. জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর (যদি থাকে)ঃ	
০৭. মোবাইল নম্বরঃ	
০৮. ইমেইল আইডিঃ	
০৯. নিজস্ব ব্যাংক হিসাব নম্বর(যদি থাকে)ঃ	
১০. ব্যাংকের নামঃ	
১১. বীমা দাবীর ধরণ( টিকচিহ্ন [√] দিন)*	০ বহিঃবিভাগ চিকিৎসা ০ হাসপাতাল ভর্তি হয়ে চিকিৎসা
১২. হাসপাতাল/ক্লিনিক/চেসারের নামঃ	
১৩. হাসপাতাল/ ক্লিনিক/ চেসারের ঠিকানাঃ	
১৪. হাসপাতালে ভর্তি বা চিকিৎসা গ্রহণের তারিখঃ	
১৫. হাসপাতাল হতে ছাড়পত্র প্রদানের তারিখ : (বহিঃবিভাগ চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)	
১৬. হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন সময়(দিন)ঃ (বহিঃবিভাগ চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)	
১৭. চিকিৎসা খরচের বিস্তারিত বিবরণ(শুধু বহিঃবিভাগের ক্ষেত্রে)	
• বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের পরামর্শ ফিঃ	
• রোগ নির্ণয় পরীক্ষা- নিরীক্ষা বাবদ খরচঃ	
• ঔষধ বাবদ খরচ	
• অন্যান্য খরচঃ	
• মোট খরচ	

\*যদি কারো জন্য দুটিই প্রযোজ্য হয় তাহলে বহিঃবিভাগ এবং হাসপাতালে ভর্তিও ক্ষেত্রে প্রতিটির জন্য পৃথক আবেদনপত্র জমাদিতে হবে।

শিক্ষার্থীর স্বাক্ষর  
তারিখঃ

# JAMUNA LIFE

symbol of security



জীবনবীমা দাবীর জন্য প্রয়োজনীয়কাগজপত্র দাখিলেরতালিকা( টিক [√] দিন)

(প্রয়োজনীয়কাগজপত্রবিভাগ/ইনস্টিটিউটের দায়িত্বপ্রাপ্তশিক্ষক/কর্মকর্তাসত্যায়িতকরবেন)

- চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনেরসত্যায়িতকপি ।
- হাসপাতালেভর্তির জন্য চিকিৎসকেরনির্দেশিকার (প্রেসক্রিপশন) সত্যায়িতকপি ।
- হাসপাতাল কর্তৃক প্রদত্তছড়পত্রেরসত্যায়িতকপি ।
- চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিতসকল রোগনির্ণয়পরীক্ষা-নিরীক্ষারিপোর্টেরসত্যায়িতকপি ।
- চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিতসকল রোগনির্ণয়পরীক্ষা-নিরীক্ষাবিলেরমূলকপি ।
- চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিতসকলঔষধ ক্রয়ের বিলেরকপি ।
- প্রিয়ামজমাদানেররশিদেও সত্যায়িতকপি ।

বিভাগ/ইনস্টিটিউটের দায়িত্বপ্রাপ্তশিক্ষক/কর্মকর্তার স্বাক্ষরঃ

(সকলকাগজপত্রযাচাইবাছাইকরে স্বাক্ষরদিবেন)

মোবাইল নম্বর :

ইমেইল আইডি :

তারিখ :

বিভাগীয় চেয়ারম্যান/ ইনস্টিটিউটেরপরিচালকের স্বাক্ষরবিভাগীয় চেয়ারম্যান/ ইনস্টিটিউটেরপরিচালকেরসিল

তারিখঃ

# JAMUNA LIFE

symbol of security



হাজী মোহাম্মদ দানেশবিজ্ঞান ও প্রযুক্তি বিশ্ববিদ্যালয়ের শিক্ষার্থীদের স্বাস্থ্য বীমা ও জীবনবীমা

বীমাকারী : যমুনালাইফইস্যুরেন্স কোম্পানীলিমিটেড

গ্যারান্টি অব পেমেন্টফর্ম

ভর্তি হওয়ার সময় অথবা হাসপাতাল ত্যাগের পূর্বেই পূরণকৃত এই ফর্ম এবং ভর্তি ও নির্দেশনা সংক্রান্ত প্রেসক্রিপশনের স্ক্যানকপি [group.ins@jamunalife.com](mailto:group.ins@jamunalife.com) এবং [dustudenthealth@gmail.com](mailto:dustudenthealth@gmail.com) ইমেলে প্রেরণ করতে হবে

০১. শিক্ষার্থীর নামঃ	
০২. বিভাগ/ইনস্টিটিউটের নামঃ	
০৩. আইডি নম্বর (যদি থাকে)ঃ	
০৪. রেজিস্ট্রেশন নম্বর :	
০৫. বর্তমান শিক্ষাবর্ষঃ	
০৬. জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর (যদি থাকে)ঃ	
০৭. মোবাইল নম্বরঃ	
০৮. ইমেইল আইডিঃ	
০৯. হাসপাতাল/ক্লিনিকের নামঃ	
১০. হাসপাতাল/ ক্লিনিকের ঠিকানাঃ	
১১. হাসপাতালে ভর্তি ও তারিখঃ	
১২. সম্ভাব্য রোগের ধরণঃ	

বীমা দাবীকারীর স্বাক্ষর  
তারিখঃ