

আইসিআইসিআই প্রতি হেলথ সেভার - হেলথ সেক্যান্স বেনিফিট ক্লেম ফর্ম



জরুরী নির্দেশাবলি:

- এই সুবিধা কেবলমাত্র পলিসির অধীনে ইঙ্গিওর্ড ব্যক্তির হেলথ কেয়ারের খরচের জন্যে পলিসিথারক দ্বারা দাবি করা যেতে পারে।
- এই সুবিধা কেবলমাত্র পলিসি শুরুর তারিখে থেকে তিনি বছর সম্পূর্ণ হওয়ার পরে পাওয়া যাবে এবং 3 পলিসি বছরে সম্পূর্ণ প্রিমিয়াম প্রদানের সাপেক্ষে। পলিসি সেই তারিখে বলবৎ থাকবে যখন হেলথ খরচের দায়িত্ব প্রহণ করা হবে।
- এই সুবিধা প্রদান করা হবে ইউনিট বাতিল করার মাধ্যমে পলিসির নিয়ম এবং শর্তাবলি অনুসারে।
- এই পলিসির অধীনে সর্বাধিক অ্যামাউন্ট যা দাবি করা যাবে তা নিম্নরূপ-

বছর	1 থেকে 3	4 এবং 5	6 এবং 10	তারপরে
সর্বাধিক সুবিধা যা দাবি করা যায়	শৃঙ্খল	ফার্ডের 20%	ফার্ডের 50%	ফার্ডের 100%

অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি সম্পূর্ণ ভর্তি এবং স্বাক্ষর করে অরিজিনাল বিলস এবং খরচের প্রমাণসহ জমা দিতে হবে।

- কোম্পানির কাছে এই ফর্মটি জ্ঞান দেওয়া আক্ষরিকভাবে দায়বদ্ধতার স্থীরতি নয়
- কোম্পানি অতিরিক্ত ডকুমেন্টস/প্রয়োজনীয়তার জন্যে কল করার অধিকার রাখেন
- ব্রেক্যুলেটের নির্দেশ অনুযায়ী প্রদেয় অর্থ কেবল ব্যাক অ্যাকাউন্টে জমা হবে

পলিসি নম্বর তারিখ D D M M Y Y Y

প্রস্তাবকের নাম মি.মিস.মিসেস প্রথম নাম পদবি

ঠিকানা

ল্যান্ডমার্ক পিন/জিপ কোড

যোগাযোগ নম্বর এসটিডি রেসিডেন্ট এসটিডি অফিস এক্সটেমশন আইএসডি মোবাইল

ইমেইল আইডি

সমস্ত ক্ষেত্রগুলি বাধ্যতামূলক। (কমপক্ষে একটি যোগাযোগ নম্বর আপনার অনুরোধ কার্যকরী করার জন্যে বাধ্যতামূলক। যোগাযোগ বিবরণ যা উপরে উল্লেখিত আছে তা সমস্ত ভবিষ্যৎ যোগাযোগের জন্যে আপডেট করা হবে।)

আপনি কি একজন পলিটিক্যালী এক্সপোজড পারসন (পলিসি ধারক) হ্যাঁ না

পলিটিক্যালী এক্সপোজড পারসন (পিইপি) যিনি ফরেন ক্রান্ট বা বিদেশে শুরুত্বপূর্ণ পাবলিক ফাঁঁশনের কর্মভার নিয়েছেন, উদাহরণ স্বরূপ, রাজ্যের প্রধান বা সরকার, সিনিয়র পলিটিসিয়ান, সিনিয়র গভর্নেন্ট/জুডিসিয়াল মিলিটারী অফিসিয়ালস, রাজ্যের সিনিয়র এক্সিকিউটিভ কর্পোরেশনের মালিক, জরুরী রাজনৈতিক দলের অফিসিয়াল, ইত্যাদি তাঁদের পরিবারের সদস্য এবং ঘনিষ্ঠ আঢ়ীয়। ডিফল্ট ভ্যালু ধরা হবে না বলে, যদি খালি থাকে।

খরচ সংজ্ঞান বিবরণ (ওখরচের ধরণ যা কভার্ড এবং যে ডকুমেন্টের প্রয়োজন তা পৃষ্ঠা 2-তে দেওয়া হল)

ইঙ্গিওর্ড ব্যক্তির নাম	সম্পর্ক (পলিসিথারকের সঙ্গে)	খরচ সংজ্ঞান বিবরণ	খরচ গ্রহণের তারিখ	বিল / ইনভয়েস নং	অ্যামাউন্ট (₹)	সহযোগী ইনভয়েস অরিজিনাল
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
মোট দাবিকৃত অ্যামাউন্ট						

তারিখ D D M M Y Y Y

পলিসিথারকের স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে এই ডকুমেন্ট কাছাকাছির আইসিআইসিআই প্রত্যেকিসিয়াল লাইফ ইন্সিগ্রেন্স শাখা জমা দিন বা আইসিআইসিআই প্রত্যেকিসিয়াল লাইফ ইন্সিগ্রেন্স কো.লি. বিএসই-এল টেক, সি-উইং, ১ম তলা, ভাসি, নবীমুস্কাই-4000703, মহারাষ্ট্র-তে জমা দিন।

@ 2012, আইসিআইসিআই প্রত্যেকিসিয়াল লাইফ ইন্সিগ্রেন্স কো.লি. রেজিস্টার্ড অফিস ঠিকানা: আইসিআইসিআই প্রত্যেকিসিয়াল লাইফ টাওয়ার, 1089 আপাসাহেব মারাথে মার্গ, প্রভাদেবী, মুম্বাই-400025, রেজি.নং. 105, ইন্ডিওরেন্স হল আবেদনের বিষয়বস্তু। UIN-105N087V01, Comp/doc/Mar/2012/994.

প্রাপ্তিশ্চীকার পত্র

এখানে আইসিআইসিআই প্রতি হেলথ সেভার- হেলথ সেক্যান্স বেনিফিট ক্লেম ফর্ম-এর আবেদনপত্রের প্রাপ্তিশ্চীকার করা হচ্ছে।

পলিসি নম্বর তারিখ D D M M Y Y Y

প্রস্তাবকের নাম

কর্মচারীর নাম এবং কোড

শাখা

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, এই প্রাপ্তিশ্চীকার পত্রটি দায়িত্ব শীকারের ভাষাস্তর নয়।

স্ট্যাম্প
এবং
সময়

আইসিআইসিআই প্রি হেলথ সেভার -হেলথ সেভিংস বেনিফিট ক্লে ফর্ম

সাক্ষীর অনুমোদন:

যখন প্রত্যাবক অশিক্ষিত বা অক্ষমতায় ভুগছেন যার জন্যে লেখা সীমাবদ্ধ বা যেখানে প্রত্যাবক মাত্তভাষায় স্বাক্ষর করেছেন তখন প্রযোজ্য হবে। (দ্রষ্টব্য: নিচের অংশটি কোম্পানির অ্যাডভিসর বা কর্মচারী ব্যাপ্তিত অন্য কোনও ব্যক্তি সাক্ষ্য দেবেন)।

আমি/আমরা স্থিকার করছি যে ফর্মটি আমার/আমাদের কাছে সুস্পষ্টভাবে বিশ্লেষণ করা হয়েছে এবং আমি/আমরা তা সম্পূর্ণ বুঝতে পেরেছি। আমি/আমরা পুনরায় স্থিকার করছি যে ফর্মের উত্তরগুলি রেকর্ড করা হবে আমি/আমাদের দ্বারা করা তথ্য প্রদান অনুসারে।

আমি (সাক্ষীর নাম) _____ এবং আমি _____ প্রাপ্তবয়ক পুত্র/কন্যা _____ আবাসনের অধিবাসী
 _____ এবং (প্রত্যাবকের সঙ্গে সম্পর্ক) _____ এখানে ঘোষণা করছি যে, আমি ফর্মের বিষয়বস্তু পড়ে শুনিয়েছি এবং বিশ্লেষণ করেছি মি/মিস/মিসেস
 _____ এর কাছে এবং তিনি বা তাঁরা এটি বুঝতে পেরেছেন এবং পলিসিটির সমন্বয় এবং শর্তাবলিগুলি এবং এর কারণগুলি স্থিকার করতে রাজি আছেন। আমি ঘোষণা করছি যে
 উপরিউক্ত আমার স্থিকারোভিটি আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুসারে সত্যি এবং সঠিক। আমি এটি _____ কান্যমনোবাক্যে স্থিকার করছি।

সাক্ষীর নাম:											
সাক্ষীর যোগাযোগ:											
বস্ত্র:	এসটিডি	রেসিডেন্ট	এসটিডি	অফিস	এক্সটেনশন	আইএসডি	মোবাইল				
ল্যান্ডমার্ক:	পিন/জিপ কোড:										

তারিখ D M Y Y Y Y সাক্ষীর যোগাযোগ নম্বর: _____ প্রস্তবরে স্বাক্ষর/বৃক্ষাঙ্গুলের ছাপ

*খরচের ধরণ যা কভার্ড এবং ডকুমেন্ট যা প্রয়োজন হবে

1. হাসপাতালের খরচ যা মেডিক্যাল ইলিওরেলের অধীনে কভার্ড সীমা অতিক্রম করে	হাসপাতালের বিলের ফোটোকপি + মেডিক্যাল ইলিওরেল কোম্পানির ঘোষণা করা
2. হাসপাতালের খরচ মেডিক্যাল ইলিওরেলের কভার্ড নয়	অরিজিনাল বিল + গ্রাহক দ্বারা ঘোষণা করা
3. কো-পে মেডিক্যাল কভারের অংশ হিসাবে	ফোটোকপি যদি হাসপাতালের বিল + গ্রাহকের দ্বারা ঘোষণা (আইসিআইসিআই প্রি ফরম্যাটে) + মেডিক্যাল ইলিওরেল কোম্পানির সুস্পষ্টভাবে ঘোষণা করা কো-পে অ্যামাউন্ট বাদ দেওয়া হয়েছে
4. মেডিসিন এবং ড্রাগস + মেডিক্যাল সরঞ্জাম, রোগনির্ধ খরচ, দন্ত চিকিৎসার খরচ, ডাক্তারের ভিজিট	অরিজিনাল বিলস + গ্রাহক দ্বারা ঘোষণা (আইসিআইসিআই প্রি ফরম্যাটে)

ইলেক্ট্রনিক পেআউট বিকল্প (আপনার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে সরাসরি ফাস্ট ট্রান্সফার) অনুগ্রহ করে ক্যান্সেলড চেক/চেকের কপি জমা করুন এই ফর্মের সঙ্গে

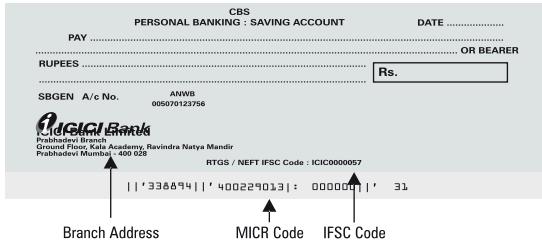
ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট ধারক (ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে উল্লেখ অনুসারে) _____										
ব্যাকের নাম _____										
শাখার নাম এবং ঠিকানা _____										

সিবিএস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর

এমআইসিআর কোড

৭ ডিজিট কোড ব্যাকের ইন্সু করা চেকের কপিতে দেখা যায়। এমআইসিআর কোড যাচাই করার জন্যে অনুগ্রহ করে ক্যান্সেলড চেক সংযুক্ত করুন।

অ্যাকাউন্টের ধরণ ক্যারেন্ট অ্যাকাউন্ট সেভিংস অ্যাকাউন্ট



এই ফর্ম থেকে প্রদানের ধরণগুলি বেছে নেওয়া হবে যা কোম্পানি দাবিদারকে প্রদান করার জন্যে ব্যবহার করা হবে। পলিসির নিয়ম এবং শর্তাবলি অনুসারে দাবি প্রদানে একমত এবং নিয়ন্ত্রণাধীন হবে। এছাড়াও কোম্পানি কোনও রকম দাবি প্রদানে বিকল্প পরিবর্তন করার অধিকার রাখে যার অতর্কৃত হল ডিম্বল ডাক্ট/চেক হিসাবে প্রদেয় ইলেক্ট্রনিক মাধ্যমে প্রদান করার পরিবর্তে। আইএফএসসি কোড প্রদানের দায়িত্ব প্রাহকের ওপর বর্তায়। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন আর্টিজিএস এর জন্যে আইএফএসসি কোড এবং এনিএফটি -এর জন্যে আইএফএসসি কোড যা তিনি হতে পারে।

আমি কোনও কারণে আমার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নন-ডেভিডিট হওয়া, সেন্দেন দেয়ী হওয়া, অসম্পূর্ণ/ভাস্ত তথ্যের কারণে যা মোটেও প্রভাবিত করে না তার সমস্ত দায়িত্ব আইসিআইসিআই প্রডেভিলিয়াল লাইফ ইলিওরেল কোম্পানি নিমিট্টে-এর তরফের নয় বলে ধরব।

দাবিদারের স্বাক্ষর/বৃক্ষাঙ্গুলের ছাপ

স্থান: _____ তারিখ: _____ DD/MM/YYYY .

অফিসের ব্যবহারের জন্যে (ব্রাঞ্চ অপারেশন)

পলিসি নম্বর <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	তারিখ <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y
পলিসিধারকের নাম <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
অরিজিনাল ডকুমেন্ট সাবমিটেড <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	

কর্মচারীর নাম এবং কোড _____

এসপিএওআরসি কল আইডি _____

@ 2012, আইসিআইসিআই প্রডেভিলিয়াল লাইফ ইলিওরেল কো.লি. রেজিস্টার্ড অফিস ঠিকানা: আইসিআইসিআই প্রলাইফ টাওয়ার, 1089 আপাসাহেব মারাথে মার্গ, প্রভাদেবী, মুম্বই-400025, রেজি.নং.105, ইলিওরেল হল আবেদনের বিষয়বস্তু | UIN - 10N087V01, Comp/doc/Mar/2012/994.



অনুগ্রহ করে আমাদের কাস্টমার সার্ভিসেস নম্বর 1860 266 7766 নম্বরে কল করুন (লোকাল চার্জ প্রযোজ্য)

কল সেন্টারের সময় সকাল 9.00 টা থেকে সন্ধে 9.00 টা সোমবার থেকে শনিবার (জাতীয় ছুটি ব্যাপ্তিত)