

সাক্ষীর অনুমোদন:

যখন প্রস্তাবক অশিক্ষিত বা অক্ষমতায় ভুগছেন যার জন্যে লেখা সীমাবদ্ধ বা যেখানে প্রস্তাবক মাতৃভাষায় স্বাক্ষর করেছেন তখন প্রযোজ্য হবে। (দ্রষ্টব্য: নিচের অংশটি কোম্পানির অ্যাডভাইসর বা কর্মচারী ব্যাভীত অন্য কোনও ব্যক্তি সাক্ষ্য দেবেন)।

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

আমি (সাক্ষীর নাম) _____ এবং আমি _____ প্রাপ্তবয়স্ক পুত্র/কন্যা _____ আবাসনের অধিবাসী _____ এবং (প্রস্তাবকের 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 সমস্ত নিয়ম এবং শর্তাবলিগুলি এবং এর কারণগুলি স্বীকার করতে রাজি আছেন। আমি ঘোষণা করছি যে উপরিউক্ত আমার স্বীকারোক্তি আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুসারে সত্যি এবং সঠিক। আমি এটি _____ কায়মনোবাক্যে স্বীকার করছি।

ঠিকানা _____

ল্যান্ডমার্ক _____ পিন/জিপ কোড: _____

সাক্ষীর যোগাযোগ _____
নম্বর: এসটিডি _____ রেসিডেন্ট _____ এসটিডি _____ অফিস _____ এক্সটেনশন _____ আইএসডি _____ মোবাইল _____

তারিখ DD MM YY YY _____ সাক্ষীর যোগাযোগ নম্বর: _____ প্রস্তাবের স্বাক্ষর/বৃদ্ধাঙ্গুলের ছাপ _____

***খরচের ধরণ যা কভার্ড এবং ডকুমেন্ট যা প্রয়োজন হবে**

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

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

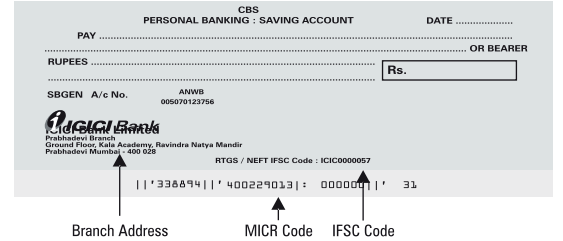
ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট ধারক (ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে উল্লেখ অনুসারে) _____
ব্যাঙ্কের নাম _____
শাখার নাম এবং ঠিকানা _____

সিবিএস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

এমআইসিআর কোড _____

৭ ডিজিট কোড ব্যাঙ্কের ইস্যু 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 ধরণটি 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 অন্তর্ভুক্ত হল ডিমাল্ড ডাফ্ট/চেক হিসাবে প্রদেয় ইলেক্ট্রনিক মাধ্যমে প্রদান করার পরিবর্তে। আইএফএসসি কোড প্রদানের দায়িত্ব গ্রাহকের ওপর বর্তায়। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন আরটিজিএস এর জন্যে আইএফএসসি কোড এবং এনইএফটি -এর জন্যে আইএফএসসি কোড যা ভিন্ন হতে পারে।

আমি কোনও কারণে আমার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নন-ড্রেডিট হওয়া, লেনদেন দেরী হওয়া, অসম্পূর্ণ/ভ্রান্ত তথ্যের কারণে জন্মে যা মোটেও প্রভাবিত করে না তার সমস্ত দায়িত্ব আইসিআইসিআই প্রডেঙ্গিয়াল লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড-এর তরফের নয় বলে ধরব।

দাবিদারের স্বাক্ষর/বৃদ্ধাঙ্গুলের ছাপ _____ স্থান: _____ তারিখ _____ DD/MM/YYYY _____

অফিসের ব্যবহারের জন্যে (ব্রাঞ্চ অপারেশন)

পলিসি নম্বর _____ তারিখ DD MM YY YY _____

পলিসিধারকের নাম _____

অরিজিনাল ডকুমেন্ট সাবমিটেড হ্যাঁ না

কর্মচারীর নাম এবং কোড _____

এসপিএএআরসি কল আইডি _____



@ 2012., আইসিআইসিআই প্রডেঙ্গিয়াল লাইফ ইন্সিওরেন্স কো.লি. রেজিস্টার্ড অফিস ঠিকানা: আইসিআইসিআই প্রলাইফ টাওয়ার, 1089 আপাসাহেব মারাথে মার্গ, প্রভাদেবী, মুম্বাই-400025, রেজি.নং.105, ইন্সিওরেন্স হল আবেসনের বিষয়বস্তু। UIN - 105N087V01, 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 সন্ধ্যা 9.00 টা সোমবার থেকে শনিবার (জাতীয় ছুটি ব্যাভীত)