

আমাদের যোগাযোগ নং. 1860 266 7766

আমাদের ফ্যাক্স নং. 1800-103-4778/022-42492828

**বিভাগ-I** (দাবীদার/রোগী/বীমাকৃত ব্যক্তির দ্বারা ভর্তি করা আবশ্যিক)

**সংযুক্ত করা বাধ্যতামূলক দস্তাবেজসমূহ (অনুগ্রহ করে আনুষঙ্গিক বক্সে টিক করুন)**

ফোটো আইডি প্রমাণ  প্যান কার্ড  পাসপোর্ট  ড্রাইভিং লাইসেন্স  ইলেকশন কার্ড  অন্যান্য (বর্ণনা দিন) \_\_\_\_\_

1. রোগী/বীমাকৃত ব্যক্তির নাম	<input type="text"/>	2. পলিসি নম্বর (8 সংখ্যা বিশিষ্ট)	<input type="text"/>
3. ঠিকানা : (রাজ্য, শহর, পিনকোডসহ)	<input type="text"/>	4. বয়স	<input type="text"/> 5. লিঙ্গ <input type="checkbox"/> পু <input type="checkbox"/> ম
		6. টেলি/মোবাইল নং	<input type="text"/>

**বিভাগ-II** (ডাক্তার/হাসপাতাল দ্বারা ভর্তি করতে হবে)

7. ক্লিনিক/হাসপাতালের নাম	<input type="text"/>	8. ফ্যাক্স নং	<input type="text"/>
9. ক্লিনিক/হাসপাতালের ঠিকানা (রাজ্য, শহর, পিন কোডসহ)	<input type="text"/>	10. টেলি নং. এবং ইমেল আইডি :	<input type="text"/>
11. প্রদান সমস্যা	<input type="text"/>	12. অসুখের সময়াবধি	<input type="text"/>
13. ডাক্তারি রায়	<input type="text"/>	14. চিকিৎসার প্র্যান <input type="checkbox"/> মেডিক্যাল <input type="checkbox"/> সার্জিক্যাল	
15. সম্ভাব্য নির্ধারণ	<input type="text"/>	18. ডাক্তারের মোবাইল নং	<input type="text"/>
16. চিকিৎসার বিবরণ	<input type="text"/>	20. ডাক্তারের স্বাক্ষর এবং তারিখ	<input type="text"/> (x)
17. চিকিৎসারত ডাক্তারের নাম	<input type="text"/>		
19. বর্তমান অসুখতার সূত্রে পূর্বের কোন অসুখতা	<input type="text"/>		

21. ভর্তি হওয়ার সম্ভাব্য তারিখ এবং সময়	<input type="text"/>	22. অসুখের বিগত ইতিহাস	কবে থেকে
23. জরুরী অবস্থায়/পূর্ব নির্ধারিত পরিকল্পনা	<input type="text"/>	ক) ডায়াবেটিস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
24. ভর্তি থাকার জন্যে অতিরিক্ত সময়াবধি (দিন)	<input type="text"/>	খ) হাইপারটেনশন	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
		গ) হার্টের অসুখ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
25. ভর্তি থাকার সময়কালীন রুমের ধরন	<input type="text"/>	ঘ) ব্র. অ্যাক্সমা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
26. রুমের ভাড়া + নার্সিং খরচা (প্রতি দিন)	<input type="text"/>	ঙ) অস্টিও আর্থ্রাইটিস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
27. সম্ভাব্য খরচা (নিরীক্ষণ + ওষুধ + ব্যবহার্য অন্যান্য জিনিসের খরচা)	<input type="text"/>	চ) ক্যান্সার	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
28. ডাক্তারের ফী (সার্জন + অ্যানিস্ট. সার্জন + অ্যানাইথেসিস্ট + ডাক্তারের ডিজিট)	<input type="text"/>	ছ) HIV অথবা STD :	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
29. প্যাকেজের হার (যদি প্রযোজ্য হয়)	<input type="text"/>	জ) সুরা/মাদকজাতীয় দ্রব্যের কোন অভ্যাস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
30. প্রতিস্থাপনের খরচা (যদি প্রযোজ্য হয়)	<input type="text"/>	ঝ) অন্য কোন অসুখতা/সার্জারি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
31. হাসপাতালে ভর্তি থাকার মোট সম্ভাব্য খরচা	<input type="text"/>	b) সন্তানধারণের কোন শারীরিক ইতিহাস	
32. মাতৃত্বের জন্যে বিবরণ a) স্বাভাবিক/লস্‌স সম্ভবনা	<input type="text"/>	c) LMP: <input type="text"/> EDD <input type="text"/>	
d) স্বাভাবিক /LSCS সম্ভবনা	<input type="text"/>	e) G: <input type="checkbox"/> P: <input type="checkbox"/> A: <input type="checkbox"/> L: <input type="checkbox"/>	
33. দুর্ঘটনা ক) মাদকদ্রব্যে আসক্ত হওয়ার জন্যে	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	খ) কারণসমূহ	<input type="text"/>
গ) MLC / FIR কপি	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>	ঘ) MLC / FIR নং.	<input type="text"/>

**অনুমোদন/ঘোষণা**

উপরে উল্লিখিত নালিশ এবং বিগত অসুখতার বিষয়ে বিবৃতিগুলি আমার বিশ্বাস ও জ্ঞানানুসারে সত্য, সম্পূর্ণ এবং সঠিক। আমি বুঝি এবং সম্মত যে যদি কোন বিবৃতি ভুল এবং ত্রুটিপূর্ণ বলে প্রমাণিত হয়, তবে আইসিআইসিআই প্রডেন্সিয়াল লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি (কোম্পানি) আমার পূর্বানুমোদিত অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারে অথবা যেখানে অনুমোদন দেওয়া হয়ে গেছে, সেক্ষেত্রে অর্থ প্রদান প্রত্যাখ্যান করতে পারে। আমি এছাড়াও বুঝি এবং সম্মত যে আমি উপরিউক্ত ঘটনা/পরিস্থিতিতে হাসপাতালের খরচা বহন করব। আমি এতদ্বারা কোম্পানিকে আমার ক্রেমের বিষয়ে যেকোন মেডিক্যাল রেকর্ড যোগাড় করতে অথবা অতিরিক্ত/সম্পর্কিত তথ্যগুলিকে হাসপাতাল/নার্সিং হোম থেকে প্রাপ্ত করার জন্যে অনুমোদন করছি।

<input type="text"/> (x) অথবা <input type="text"/> (x)	হাসপাতালের আইডি <input type="text"/>
রোগী/বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর	হাসপাতালের স্বাক্ষর
দাবিদারের নাম <input type="text"/>	
রোগী/বীমাকৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক <input type="text"/>	

নির্দেশ : 1. কোম্পানিকে দায়ী করা হবে না যদি অ্যাডমিশনের সময়ে এবং নেটওয়ার্ক সেটলমেন্টের সময়ে (চূড়ান্ত নথিপত্রগুলি জমা করার সময়ে) কোন ধরনের গরমিল হয়।  
2. যদি কোন বিবৃতি পর্যালোচনা না হয়/ভুল হয়ে, তবে সেক্ষেত্রে পূর্বানুমোদনে (ক্যাশলেস) বিলম্ব/প্রত্যাখ্যান হতে পারে। কোম্পানির দ্বারা উস্থিত যেকোন অনুরোধের উত্তর 24 ঘন্টার মধ্যে প্রদান করতে হবে।  
3. ক্যাশলেসের প্রত্যাখ্যানের অর্থ চিকিৎসার প্রত্যাখ্যান নয়। 4. নির্ধারণ/চিকিৎসার প্র্যান/হাসপাতালে থাকার অবধি কোম্পানিকে বীমাকৃত ব্যক্তি হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার আগে জানাতে হবে।  
5. বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার পরে হাসপাতালের দ্বারা করা অনুমোদন/অর্থের বৃদ্ধির জন্যে আর বিবেচনা করা হবে না।  
ডাকযোগের ঠিকানা : আইসিআইসিআই প্রডেন্সিয়াল লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, বিএসইএল টেক, সি-উইং, 1ম তল, ভাশি, নবি মুম্বাই 400703, মহারাষ্ট্র