



## ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের সকল নিয়মিত শিক্ষার্থীদের স্বাস্থ্য বীমা ও জীবন বীমা

বীমাকারী প্রতিষ্ঠান: যমুনা লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

### স্বাস্থ্য বীমা দাবির আবেদনপত্র

(শুধু Reimbursement এর জন্য প্রযোজ্য)

১. শিক্ষার্থীর নাম (বাংলায়):	
(ইংরেজীতে):	
২. বিভাগ/ইনস্টিটিউটের নাম:	
৩. আইডি নম্বর (যদি থাকে):	
৪. রেজিস্ট্রেশন নম্বর:	
৫. বর্তমান শিক্ষাবর্ষ:	
৬. জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর (যদি থাকে)	
৭. মোবাইল নম্বর (বিকাশ নম্বর যদি থাকে) :	
৮. ইমেইল আইডি:	
৯. নিজস্ব ব্যাংক হিসাব নম্বর (যদি থাকে):	
১০. ব্যাংকের নাম:	
১১. বীমা দাবির ধরণ (টিক চিহ্ন [√] দিন):	<input type="radio"/> বহিঃবিভাগ চিকিৎসা <input type="radio"/> হাসপাতালে ভর্তি হয়ে চিকিৎসা
১২. হাসপাতাল/ক্লিনিকের নাম:	
১৩. হাসপাতাল/ক্লিনিকের ঠিকানা:	
১৪. হাসপাতালে ভর্তি বা চিকিৎসা গ্রহণের তারিখ:	
১৫. হাসপাতাল হতে ছাড়পত্র প্রদানের তারিখ: (বহিঃবিভাগ চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)	
১৬. হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন সময় (দিন): (বহিঃবিভাগ চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)	
১৭. হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন মোট খরচ:	
<b>বহিঃবিভাগে চিকিৎসা খরচের বিস্তারিত বিবরণঃ</b>	
● বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের পরামর্শ ফি:	
● রোগ নির্ণয় পরীক্ষা-নিরীক্ষা বাবদ খরচ:	
● ঔষধ বাবদ খরচ:	
<b>মোট খরচ:</b>	

\* যদি কারো জন্য দুটিই প্রযোজ্য হয় তাহলে বহিঃবিভাগ এবং হাসপাতালে ভর্তির ক্ষেত্রে প্রতিটির জন্য পৃথক আবেদনপত্র জমা দিতে হবে।

শিক্ষার্থীর স্বাক্ষর  
তারিখ:

স্বাস্থ্য বীমা দাবির জন্য প্রয়োজনীয় কাগজপত্র দাখিলের তালিকা (টিক চিহ্ন [√] দিন):  
(প্রয়োজনীয় কাগজপত্র বিভাগ/ইনস্টিটিউটের দায়িত্বপ্রাপ্ত শিক্ষক/কর্মকর্তা সত্যায়িত করবেন)

- চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনের সত্যায়িত কপি।
- হাসপাতালে ভর্তির জন্য চিকিৎসকের নির্দেশিকার (প্রেসক্রিপশন) সত্যায়িত কপি।
- হাসপাতাল কর্তৃক প্রদত্ত ছাড়পত্রের সত্যায়িত কপি।
- চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিত সকল রোগ নির্ণয় পরীক্ষা-নিরীক্ষা রিপোর্টের সত্যায়িত কপি।
- চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিত সকল রোগ নির্ণয় পরীক্ষা-নিরীক্ষা বিলের মূল কপি।
- চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিত সকল ঔষধ ক্রয়ের বিলের মূল কপি।
- প্রিমিয়াম জমাদানের রশিদের সত্যায়িত কপি।

বিভাগ/ইনস্টিটিউটের দায়িত্বপ্রাপ্ত শিক্ষক/কর্মকর্তার স্বাক্ষর	:
(সকল কাগজপত্র যাচাই বাছাই করে স্বাক্ষর দিবেন)	
বিভাগ/ইনস্টিটিউটের দায়িত্বপ্রাপ্ত শিক্ষক/কর্মকর্তার নাম	:
মোবাইল নম্বর	:
তারিখ	:

বিভাগীয় চেয়ারম্যান/ ইনস্টিটিউটের পরিচালকের স্বাক্ষর,  
তারিখ ও সিল