PERMANENT (PARTIAL / TOTAL) DISABILITY CLAIM FORM (PPD/PTD)

গার্ডিয়ান লাইফ ইন্যুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ পুলিশ প্রাজী কনকর্ড (লেভেল-১৩) টাওয়ার ২, প্লট-০২ রোড-১৪৪, গুলশান-১, ঢাকা-১২১২, ফোন: +৮৮ ০৯ ৬১২০১৬৬২২ **Head Office:** Police Plaza Concord (Level-13), Tower- 02 Plot # 02, Road # 144, Gulshan-1, Dhaka -1212. Phone: +8809612016622, Web: www.guardianlife.com.bd

বীমার ধরণ : Insurance Type :	একক বীমা Individual Insurance	গোষ্ঠীবীমা অন্যান Group Insurance Other	
এই অংশটুকু অবশ্যই বীমাদাবীকারী কর্তৃক পূরণীয় : This form must be filled out by the policyholder :			
পলিসি /সদস্য নম্বর : Policy/ Member ID :		পলিসি শুরুর তারিখ : Policy Start date :	
প্রতিষ্ঠানের নাম (গোষ্ঠী বীমা/ ঋণ নিরাপত্তা বীমা জন্য প্রযোজ্য) : Name of Organization (Applicable for Group and Bancassurance :			
বীমাকারীর নাম/ সুবিধাভোগীর নাম : Policyholder's / Beneficiary's Name :			
জন্মতারিখ : Date of birth :		বৰ্তমান ঠিকানা : Present address :	
মোবাইল নম্বর : Mobile Number :		স্থায়ী ঠিকানা : Permanent address :	
বীমাকারীর নাম/ সুবিধাভোগী এর ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য Bank accounts related information of Policyholder/ Beneficiary			
ব্যাংক হিসাবের নাম : Account Name :		হিসাব নম্বর : Account Number :	
ব্যাংকের নাম ও শাখা : Bank Name & Branch :		রাউটিং নম্বর : Routing Number :	
অসুস্থতার জন্য কর্মস্থল থেকে ছুটি/ অনুপস্থিতির তথ্য :			
অসুস্থতা জনিত ছুটি নেয়ার ত Date(s) of sick leave:	ারিখ:	কাজে যোগদানের সম্ভব্য তারিখ : Intended date of return to work :	
সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক বা অন্য চিকিৎসক যিনি বীমাগ্রহীতার রোগ সম্পর্কে অবগত এবং চিকিৎসা প্রদান করেছেন তার দ্বারা পূরনীয় To be completed by respective physician or any physician who is aware of the insured's and involved in the treatment process.			
অক্ষমতাটি কি কোন দূৰ্ঘটনা ৰ ls the disability result	জনিত? .ing from an accident?	হাঁ না Yes No	
হ্যা হলে If yes		তারিখ এবং ঘটনার বিবরণ : Date(s) & circumstances :	
আঘাতের ধরণ Nature of injuries	:		
হাসপাতালে ভর্তির তারিখ Hospitalization(s) & date	: (s):		
পরীক্ষা–নিরীক্ষা এবং চিকিৎসা Investigations & treatme			

অক্ষমতাটি কি কোন রোগ জনিত? Is the disability caused by a medical condition?	হাঁ না Yes No		
হাঁ হলে, অক্ষমতার ধরণ If yes, Type of Disability			
চিকিৎসার বিবরণ Corresponding treatments	হাসপাতালে ভর্তির তথ্য এবং তারিখ : Hospitalization(s) & date(s) :		
যদি কোন অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন হয়ে থাকে, তার ধরণ If surgery was necessary, please specify type &	· ·		
অন্যান্য কোন অসুস্থতা যা এই অক্ষমতাটির সাথে সম্পর্ক যুক্ত : Any other illness which is resulted from this disability :			
চিকিৎসকের সীলমোহর Physician's stamp	চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও বিএনডিসি রেজি নং Signature of the Physician & BNDC Reg No. সময় : তারিখ :		
\^* 1*			
দাবীকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ Signature of the Employee/claimant with date & Seal	সুপারভাইজার/বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর দায়িতৃ প্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল ও তারিখ/Signature of the Dept./Div. Head with date & Seal		
একক বীমার ক্ষেত্রে শুধুমাত্র ১* প্রযোজ্য । Only 1* is applicable for Individual insurance .	দ্রঃ গার্ডিয়ান লাইফ প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথিপত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষন করে। 3.: Guardian Life reserved rights to verify or ask any documents relevant with the claims.		