



গার্ডিয়ান লাইফ ইন্স্যুরেন্স | থাকতো ছায়া ছায়ে

গার্ডিয়ান লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

প্রধান কার্যালয়ঃ পুলিশ প্লাজা 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

গুরুত্বপূর্ণ দাবী ফর্ম

CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM

বীমার ধরণ : Insurance Type :	একক বীমা Individual Insurance <input type="checkbox"/>	গোষ্ঠীবীমা Group Insurance <input type="checkbox"/>	অন্যান্য Others <input type="checkbox"/>
এই অংশটুকু অবশ্যই বীমাদাবীকারী কর্তৃক পূরণীয় : This form must be filled out by the policyholder :			
পলিসি নম্বর : Policy Number :	<input type="text"/>	পলিসি শুরু তারিখ : Policy Start date :	<input type="text"/>
প্রতিষ্ঠানের নাম (গোষ্ঠী বীমা/ স্বাণ নিরাপত্তা বীমার জন্য প্রযোজ্য) : Name of Organization (Applicable for Group and Bancassurance) :			
বীমাদাবীকারীর নাম : Policyholder Name :			
জন্মতারিখ : Date of birth :	<input type="text"/>	স্থায়ী ঠিকানা : Permanent address :	<input type="text"/>
মোবাইল নম্বর : Mobile Number :	<input type="text"/>	বিকল্প মোবাইল নম্বর : Alternate Mobile Number :	<input type="text"/>
সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক বা অন্য চিকিৎসক যিনি বীমাগ্রহীতার রোগ সম্পর্কে অবগত এবং চিকিৎসা প্রদান করেছেন তার দ্বারা পূরণীয় : To be completed by respective specialized physician or, any physician who is well aware of insured's illness and involved in the treatment process.			
i. আপনি কি উক্ত বীমাগ্রহীতার নিয়মিত চিকিৎসক? Are you the attending Phycsician of the insured?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
ii. হ্যাঁ হলে, বীমাগ্রহীতাকে কত দিন যাবৎ জানেন? If yes, please indicate since knowing			
iii. অসুস্থতার ধরণ : Diagnosed illness :	রোগ নির্ণয়ের তারিখ : Date of diagnosis : <input type="text"/>		
iv. রোগের নাম: Disease name :			
v. রোগের লক্ষণটি দেখা যাওয়ার পর কোন চিকিৎসকের পরামর্শ নিয়েছিলেন কি? When you consulted as soon as the first symptoms occur?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
vi. হ্যাঁ হলে, পরীক্ষার তারিখ উল্লেখ করুন: If yes, please indicate the date of examination :			
vii. রোগের ধরণ: Nature of symptomps			
viii. বীমাগ্রহীতা পূর্ব থেকে একই রোগে ভুগছিলেন? Has the insured previously suffered from a similar disease?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
ix. হ্যাঁ হলে, বিস্তারিত লিখুন : If yes, please give all the details :			
x. প্রাথমিক পরীক্ষা-নিরীক্ষা (সংযুক্তি) : Initial investigation (Please enclose) :	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

না হলে, বিস্তারিত লিখুন If no, please write note	:	:	
মেডিকেল রিপোর্ট (সংযুক্তি) Medical Report (Please enclosed)	:	হ্যাঁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
না হলে, বিস্তারিত লিখুন If no, please write note	:	না No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
চিকিৎসা বিবরণ: (যদি থাকে) Treatment details: (If any)	:	:	
(ক) সার্জিকাল Surgical	:	হ্যাঁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
হ্যাঁ হলে, অস্ত্রোপচারের ধরন If yes, please write down surgical type	:	:	
চিকিৎসকের নাম: Physician Name:		তারিখ Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(খ) সার্জিকাল ব্যাতিত অন্যান্য চিকিৎসা ক্ষেত্রে Other treatments	:	:	
চিকিৎসকের নাম : Physician Name :		তারিখ Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
চিকিৎসার ধরণ, সময়কাল এবং ফলাফল Nature of treatment, duration and result	:	:	
সর্বোপরি চিকিৎসকের মন্তব্য Overall comments of Physician	:	:	
চিকিৎসকের সীলমোহর Physician's stamp		চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও বিএমডিসি রেজি নং Signature of the Physician & BMDC Reg No.	
<input type="text"/>		সময় : _____ Time :	তারিখ : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
স্বাক্ষর/ Signature			
দাবীকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ Signature of the Employee/claimant with date & Seal	সুপারভাইজার/বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর ও তারিখ/Signature of the Dept./Div. Head with date & Seal	দায়িত্ব প্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল Signature of the Authorized Person with date & Seal	

একক বীমার ক্ষেত্রে শুধুমাত্র ১* প্রযোজ্য।
Only 1* is applicable for Individual insurance.

বিঃ দ্রঃ গার্ডিয়ান লাইফ প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথিপত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষণ করে।
N.B.: Guardian Life reserved rights to verify or ask any documents relevant with the claims.