



গার্ডিয়ান লাইফ ইন্স্যুরেন্স | থাকুনো ছায়া হয়ে

CD FORM NO -01

গার্ডিয়ান লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

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

Phone: +8809612016622, Web: www.guardianlife.com.bd

স্বাস্থ্য বীমা দাবী ফর্ম

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|--|--|---|---|
| বীমা দাবীর ধরণ : Claim Type: | বহির্বিভাগ Outpatient | <input type="checkbox"/> সাধারণ General | <input type="checkbox"/> চক্ষু Optical | <input type="checkbox"/> দন্ত Dental | ভর্তিকালীন In-patient | <input type="checkbox"/> হাসপাতালে ভর্তি Hospitalization | <input type="checkbox"/> প্রসূতি Maternity |
| স্টাফ আইডি/পিন Staff ID/ PIN | | | | প্রতিষ্ঠানের নাম Organization's Name | | | |
| পলিসি/সদস্য নম্বর Policy No./ Member ID | | | | বীমাকারীর মোবাইল নম্বর Policyholder's Mobile No. | | | |
| বীমাকারীর নাম Policyholder's Name | | | | বিকল্প মোবাইল নম্বর Alternate Mobile No | | | |
| রোগীর নাম Name of Patient | | | | বীমাকারীর ইমেইল Policyholder's E - mail | | | |
| বীমাকারীর সাথে সম্পর্ক Relation with Policyholder | <input type="checkbox"/> নিজ Self | <input type="checkbox"/> স্বামী Husband | <input type="checkbox"/> স্ত্রী Wife | <input type="checkbox"/> পুত্র Son | <input type="checkbox"/> কন্যা Daughter | <input type="checkbox"/> পিতা Father | <input type="checkbox"/> মাতা Mother |
| হাসপাতাল/ক্লিনিকের নাম Name of Hospital/Clinic | | | | এলাকা Area | | | |
| ভর্তির তারিখ Date of Admission | | | | হাসপাতাল ত্যাগের তারিখ Date of Discharge | | | |
| চিকিৎসা খরচের বিস্তারিত বিবরণ (Breakup of Treatment Expenses) | | | | টাকার পরিমাণ / Amounts (Taka) | | | |
| কেবিন/সিট/বিছানা ভাড়া (Hospital Accommodation Charge) | | | | | | | |
| ডাক্তার ফি:/ Consultation fee | | | | | | | |
| পরীক্ষা-নিরীক্ষার খরচ/ Medical Investigation Expense | | | | | | | |
| ঔষধপত্র /Medicines | | | | | | | |
| অপারেশনের খরচ /Surgical Expense: | | | | | | | |
| আনুষঙ্গিক চিকিৎসা খরচ /Ancillary Services fee | | | | | | | |
| অন্যান্য খরচ (যদি থাকে) /Other Expenses (if any) | | | | | | | |
| ডিসকাউন্ট / Discount | | | | | | | |
| মোট দাবীর পরিমাণ / Total Claim Amount | | | | | | | |
| বীমাকারীর বিকাশ নাম্বার (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)/ bKash Number of Policyholder (In applicable case only) | | | | | | | |
| বীমাকারীর ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য /Policyholder's Bank accounts related Information (ইএফটি / EFT পেমেন্ট গ্রহণে সক্ষম ব্যাংক হতে হবে) | | | | ব্যাংকের শাখা ও এলাকার নাম অবশ্যই উল্লেখ করতে হবে। সম্ভব হলে চেক বইয়ের উপরের পাতার ফটোকপি সংযুক্ত করুন | | | |
| ব্যাংক হিসাবের নাম Account Name | | | | ব্যাংকের নাম ও শাখা Bank Name & Branch | | | |
| ব্যাংক হিসাব নম্বর Account Number | | | | রাউটিং নম্বর Routing Number | | | |
| ক্ষমতাপত্র / Authorization: I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and I hereby authorize all attached documents to be provided to Guardian Life Insurance Limited. Any copy of this authorization shall be taken as original. আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতি সমূহ আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে পূর্ণাঙ্গ ও সত্য এবং এতদ্বারা সকল সংযুক্ত নথিপত্রের অনুলিপি গার্ডিয়ান লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড কে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপত্রের যে কোন অনুলিপি মূল দলিল বলে গণ্য হবে। | | | | | | | |
| স্বাক্ষর/ Signature | | | | | | | |
| | | ১* | | | | | |
| | | ১* | | | | | |
| 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.

সঠিকভাবে পূরণকৃত এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন

Please attach following documents along with duly filled out this claim Form

১. হাসপাতালে ভর্তির পরামর্শ দাতা চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশনের অনুলিপি

Copy of Prescriptions of respective physician containing Hospitalization advice

২. মোট দাবীকৃত বিলের সংশ্লিষ্ট সকল (বিছানা ভাড়া, ঔষধপত্র, চিকিৎসক ফি, পরীক্ষা-নিরীক্ষা, অস্ত্রপচার ইত্যাদি) খরচের বিস্তারিত পরিমাণ উল্লেখসহ মূল রশিদ। ডাটাবেস অথবা সফটওয়্যার জেনারেটেড বিল ভাউচার অধিক গ্রহণযোগ্য।

Original and itemized Bills / Receipts of all relevant expenses i.e. hospital accommodation, medicines, consultation fees, investigations, procedures, surgery, any medical or surgical items along with their requisition slips. Database bills are preferred.

৩. হাসপাতালের ছাড়পত্রের অনুলিপি সহ সকল পরীক্ষা-নিরীক্ষার রিপোর্টের অনুলিপি।

Copies of discharge certificate, all investigation reports and others treatment records.

৪. ব্যয় পুনঃভরনের জন্য অনুগ্রহ করে ডাটাবেস বা সফটওয়্যার প্রদত্ত বিস্তারিত বিলের মূল কপি প্রেরণ করতে হবে। অন্যথায়, বীমা কোম্পানীকেই হাসপাতাল থেকে বিস্তারিত বিল সংগ্রহ করতে হবে যা দাবী নিষ্পত্তির সময় দীর্ঘায়িত করতে পারে। অনুগ্রহ করে বিল পরিবর্তনের উদ্দেশ্যে নিজে বা অন্য কারো মাধ্যমে বিলের কপিতে যেকোন প্রকার লিখা বা ঘষা-মাজা করা থেকে বিরত থাকুন। হাসপাতাল ত্যাগের তারিখ থেকে অনুমোদিত সময়সীমা এর মধ্যে বীমা দাবী জমা দিন। স্ব-হস্তে লিখিত বা ফটোকপি বিল বিবেচিত হবে না।

Please collect database or software generated original bill details and itemized or break down bill from hospital where available for reimbursement. Otherwise, Insurance company will collect it and claim settlement time will be longer. Please avoid overwriting or writing by self or scratching the bill. Submit your claim within allowable time limit from date of discharge. Photocopy of money receipt or self-written money receipt will be out of consideration.

৫. গার্ডিয়ান লাইফ প্রয়োজন অনুযায়ী দাবী সংশ্লিষ্ট যে কোন নথিপত্র তদন্ত ও তলব করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

Guardian Life reserves rights to verify or ask any documents relevant with the claims.