



অক্ষমতাটি কি কোন রোগ জনিত? Is the disability caused by a medical condition?	<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ Yes	<input type="checkbox"/>	না No
হ্যাঁ হলে, If yes,	অক্ষমতার ধরণ : Type of Disability :	রোগ নির্ণয়ের তারিখ : Date of diagnosis :		
চিকিৎসার বিবরণ Corresponding treatments	:	হাসপাতালে ভর্তির তথ্য এবং তারিখ : Hospitalization(s) & date(s) :		
যদি কোন অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন হয়ে থাকে, তার ধরণ এবং তারিখ : If surgery was necessary, please specify type & date :	:	বর্তমান অবস্থার বিস্তারিত বিবরণ: Present status (In details) :		
অন্যান্য কোন অসুস্থতা যা এই অক্ষমতার সাথে সম্পর্কযুক্ত Any other illness which is resulted from this disability	:	:		
চিকিৎসকের সীলমোহর Physician's stamp <input type="text"/>	চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও বিএনডিসি রেজি নং Signature of the Physician & BNDC Reg No. সময় : _____ তারিখ : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Time : _____ Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

১*		
1*		
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 সংরক্ষন করে।  
 N.B.: Guardian Life reserved rights to verify or ask any documents relevant with the claims.