



থাকতো ছায়া হয়ে

স্থায়ী অক্ষমতা (সম্পূর্ণ / আংশিক) দাবী ফর্ম

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

CD FORM NO-04

GUARDIAN LIFE INSURANCE LIMITED

প্রধান কার্যালয় :- সিদ্দিক টাওয়ার (০৯-১২তম তলা) ৪৯ মহাখালী
ঢাকা-১২১২ ফোনঃ +৮৮ ০২ ৯৮৮৮৪২২-২৪ ফ্যাক্স +৮৮ ০২ ৯৮৮৮৩৯৯

Head Office: Siddique Tower (9th – 12th floor), 49 Mohakhali C/A
Dhaka-1212, Phone No: +88 02 9888422-24, Fax: +88 02 9888399
24/7 CALL CENTER : 16622 web: www.guardianlife.com.bd

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 /সদস্য নম্বর Policy/ Member ID	:	<input type="text"/>				পলিসি শুরু তারিখ Policy Start date	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		বর্তমান ঠিকানা Present address	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
মোবাইল নম্বর Mobile Number	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	স্থায়ী ঠিকানা Permanent address	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
বীমাকারীর নাম/ সুবিধাভোগী এর ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য Bank accounts related information of Policyholder/ Beneficiary											
ব্যাংক হিসাবের নাম Account Name	:	<input type="text"/>				হিসাব নম্বর Account Number	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ব্যাংকের নাম ও শাখা Bank Name & Branch	:	<input type="text"/>				রাউটিং নম্বর Routing Number	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
অসুস্থতার জন্য কর্মস্থল থেকে ছুটি/ অনুপস্থিতির তথ্য :											
অসুস্থতা জনিত ছুটি নেয়ার তারিখ: Date(s) of sick leave:	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		কাজে যোগদানের সম্ভব তারিখ Intended date of return to work :	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 physician or any physician who is aware of the insured's and involved in the treatment process.											
অক্ষমতাটি কি কোন দুর্ঘটনা জনিত? Is the disability resulting from an accident?								<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ Yes	<input type="checkbox"/>	না No
হ্যাঁ হলে If yes	:	<input type="text"/>				তারিখ এবং ঘটনার বিবরণ Date(s) & circumstances :	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
আঘাতের ধরণ Nature of injuries	:	<input type="text"/>									
হাসপাতালে ভর্তির তারিখ Hospitalization(s) & date(s):	:	<input type="text"/>									
পরীক্ষা-নিরীক্ষা এবং চিকিৎসার বিবরণ Investigations & treatments under taken :	:	<input type="text"/>									

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	চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও বিএনডিসি রেজি নং Signature of the Physician & BNDC Reg No.			
<input type="text"/>	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.