



# অস্থানী বীমা দাবি ফর্ম

## PERMANENT (PARTIAL / TOTAL) DISABILITY CLAIM FORM



সুরক্ষিত জীবনের প্রতিশ্রুতি

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |                                                                  |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| বীমার ধরণ<br>Insurance Type                                                                                                                                                                                                                         | একক বীমা<br>Individual Insurance <input type="checkbox"/> | গোষ্ঠীবীমা<br>Group Insurance <input type="checkbox"/>           | অন্যান্য<br>Others <input type="checkbox"/> |
| এই অংশটুকু অবশ্যই বীমাদাবীকারী কর্তৃক পূরণীয়।<br>This form must be filled out by the policyholder.                                                                                                                                                 |                                                           |                                                                  |                                             |
| পলিসি / সদস্য নম্বর<br>Policy / Member ID                                                                                                                                                                                                           | <input type="text"/>                                      | পলিসি শুরুর তারিখ<br>Policy Start date                           | <input type="text"/>                        |
| প্রতিষ্ঠানের নাম (গোষ্ঠী বীমা/ ঋণ নিরাপত্তা বীমা জন্য প্রযোজ্য)।<br>Name of Organization (Applicable for Group and Credit Shield Insurance).                                                                                                        |                                                           |                                                                  |                                             |
| বীমাকৃতের নাম/সুবিধাভোগীর নাম<br>Policyholder's / Beneficiary's Name.                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                                  |                                             |
| জন্মতারিখ<br>Date of birth                                                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/>                                      | বর্তমান ঠিকানা<br>Present address.                               | <input type="text"/>                        |
| মোবাইল নম্বর<br>Mobile Number                                                                                                                                                                                                                       | <input type="text"/>                                      | স্থায়ী ঠিকানা<br>Permanent address.                             | <input type="text"/>                        |
| বীমাকৃতের নাম/সুবিধাভোগীর ব্যাংক হিসাব সংক্রান্ত তথ্য<br>Bank accounts related information of Policyholder/ Beneficiary                                                                                                                             |                                                           |                                                                  |                                             |
| ব্যাংক হিসাবের নাম<br>Account Name.                                                                                                                                                                                                                 | হিসাব নম্বর<br>Account Number                             |                                                                  |                                             |
| ব্যাংকের নাম ও শাখা<br>Bank Name & Branch.                                                                                                                                                                                                          | রাউটিং নম্বর<br>Routing Number.                           |                                                                  |                                             |
| অসুস্থতার জন্য কর্মস্থল থেকে ছুটি/ অনুপস্থিতির তথ্য :                                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                                  |                                             |
| অসুস্থতা জনিত ছুটি নেয়ার তারিখ<br>Date(s) of sick leave                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/>                                      | কাজে যোগদানের সম্ভাব্য তারিখ<br>Intended date of return to work. | <input type="text"/>                        |
| সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক বা অন্য চিকিৎসক যিনি বীমাগ্রহীতার রোগ সম্পর্কে অবগত এবং চিকিৎসা প্রদান করেছেন তার দ্বারা পূরণীয়<br>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?<br>Is the disability resulting from an accident?                                                                                                                                                                    | হ্যাঁ<br>Yes <input type="checkbox"/>                     | না<br>No <input type="checkbox"/>                                |                                             |
| হ্যাঁ হলে<br>If yes                                                                                                                                                                                                                                 | তারিখ এবং ঘটনার বিবরণ<br>Date(s) & circumstances.         |                                                                  |                                             |
| আঘাতের ধরণ<br>Nature of injuries                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                  |                                             |
| হাসপাতালে ভর্তির তারিখ<br>Hospitalization(s) & date(s)                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                  |                                             |
| পরীক্ষা-নিরীক্ষা এবং চিকিৎসার বিবরণ<br>Investigations & treatments under taken                                                                                                                                                                      |                                                           |                                                                  |                                             |

|                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ১*                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                              |
| ১*                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                              |
| দাবীকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ<br>Signature of the Employee/claimant<br>with date & Seal | সুপারভাইজার/বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর ও সীল<br>Signature of the Dept./Div.<br>Head with date & Seal | দায়িত্ব প্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল<br>Signature of the Company Authorized Person<br>with date & Seal |

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