

Policy No (পলিসি নং) :		
Commencement Date (শুরুর তারিখ) :	Face Amount (বীমা অংক) :	

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY CLAIMANT (এই অংশ দাবীকারী কর্তৃক পূরণীয়)

1. Policy Owner's Name (পলিসি গ্রাহকের নাম) :		
2. Present Address (বর্তমান ঠিকানা) :		
3. Name of Patient (রোগীর নাম) :		
4. Relation to the Insured (বীমাকৃতের সাথে সম্পর্ক) :	5. DOB of the Insured (জন্ম তারিখ) :	
6. Telephone/Mobile (টেলিফোন/মোবাইল) :		
7. Occupation & Duties Prior to Disability/Sickness (পেশা ও কর্তব্য, অক্ষমতা/অসুস্থতা পূর্বে) :		

TO BE COMPLETED FOR SICKNESS OR ACCIDENTAL CLAIM (অসুস্থতা এবং এন্ড্রিডেন্টাল বীমা দাবীর জন্য পূরণীয়)

1. Nature of Claim (দাবীর ধরণ) :	<input type="checkbox"/> Ailment/Sickness (অসুস্থতা)	<input type="checkbox"/> Accident (দুর্ঘটনা)
2. Date & Time of Accident or Symptoms First Appeared (দুর্ঘটনা তারিখ এবং সময় অথবা প্রথম লক্ষণ কবে দেখা গিয়েছিল) :		
3. Has Patient ever suffered previously from this ailment? (If 'Yes' explain) (রোগী পূর্বে কখনও এই অসুস্থতা ভুগেছিলেন?) (হ্যাঁ হলে বিবরণ) :		
4. Where and how did the accident occur? (কোথায় এবং কিভাবে দুর্ঘটনা ঘটেছিল?) :		
5. What bodily injuries did you sustain caused by the accident? (দুর্ঘটনার কারণে আপনার কী ধরণের শারীরিক আঘাত হয়েছে?) :		
6. On what date did you stop performing all your occupational duties? (কোন তারিখে আপনি আপনার সকল পেশাগত দায়িত্ব পালন থেকে বিরত থাকা শুরু করেছেন?) :		
7. Have you done any work since commencement of disability? (If 'Yes' explain) (অক্ষমতা শুরু হবার পর থেকে আপনি কি কোন কাজ করেছেন?) (হ্যাঁ হলে বিবরণ) :		
8. When do you expect to return to work. (কখন আপনি কাজে পুনরায় যোগদানের প্রত্যাশা করছেন?) :		
9. Consulted Doctor (পরামর্শ দানকারী চিকিৎসক) :	10. Consulted Date (পরামর্শের তারিখ) :	
11. Hospital Name (হাসপাতালের নাম) :		
12. Hospital Address (হাসপাতালের ঠিকানা) :		
13. Date of Admission (ভর্তির তারিখ) :	14. Date of Discharge (ছাড় পাবার তারিখ) :	
15. Describe fully your present condition. (আপনার বর্তমান শারীরিক অবস্থার বিবরণ দিন) :		

AUTHORIZATION

Thereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and hereby authorize all physicians, hospitals, clinics, pharmacists, laboratories, employers and any institution or any other person who has any record or information about me and or any of my insured family members to provide Chartered Life Insurance Company Ltd. any and all information with respect to medical history, consultation, prescription or treatments and copies of all hospital or medical records. Any copy of this authorization shall be taken as original.

(আমি এত দ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, উপরোক্ত বিবৃতিসমূহে আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে পূর্ণ ও সত্য এবং এত দ্বারা সকল চিকিৎসক, হাসপাতাল, ক্লিনিক, ফার্মাসিস্ট, ল্যাবরেটরী, নিয়োগকর্তা এবং যে কোন প্রতিষ্ঠান বা যে কোন ব্যক্তিকে, যার কাছে আমার ও / বা আমার পরিবারের যে কোন বীমাকৃত সদস্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস, পরামর্শ, পরামর্শপত্র বা চিকিৎসা এবং হাসপাতাল বা চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল নথিপত্রের অনুলিপি চার্টার্ড লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানীকে সরবরাহ করার ক্ষমতা প্রদান করছি। এই ক্ষমতাপত্রের যে কোন অনুলিপি মূল ক্ষমতাপত্র বলে গণ্য হবে।)

Claimants Name (দাবীকারীর নাম) :		
Claimants Signature (দাবীকারীর স্বাক্ষর) :	Date (তারিখ) :	
Witness Name (স্বাক্ষীর নাম) :		
Signature (স্বাক্ষর) :	Date (তারিখ) :	

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

1. Name of Patient : _____ 2. Age : _____

3. Nature of Sickness or injury (Describe) : _____

4. When did symptoms first appear or accident happen? Date : _____ Duration of illness : _____

5. Is there visible evidence of contusion or wound? Describe : _____

6. Was the patient at time of this accident or during this disability affected with any previous injury or any other disease? Yes No
(If "Yes", state when and describe) : _____

7. Nature of surgical or obstetrical procedure, if any (Describe fully): _____

8. Is further operative procedure or treatment anticipated? Yes No (If "Yes", state when and describe): _____

9. DIAGNOSIS (If injury involved eye or limb, state whether right or left. If fracture or dislocation occurred, state which and whether compound, complete or incomplete. If fracture or long bones occurred, state whether through head or shaft)

10. TREATMENT : Date of First Visit : _____
Date of Last Visit: : _____ Total Number of Visit : _____

11. DESCRIBE PRESENT CONDITION: Recovered Improved Unimproved Retrogressed

DEGREE & LENGTH OF DISABILITY (for accidental disability only)

12. From what dates has the patient been unable to perform any part of his occupation?
(Totally Disabled) : Form: _____ To : _____

13. From what dates has the patient been unable to perform some part but all of his occupation?
(Partially Disabled) : Form: _____ To : _____

14. If not working, when do you think he will be able to work?
Approximate Date : _____ Indefinite Never

Thereby certify that my answers to the foregoing questions are correct and true to the best of my knowledge and belief.

SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN

OFFICIALS SEAL

Name & Reg. Number : _____

EMPLOYER'S STATEMENT (If the Insured is employed)

1. Name of Insured's Employer : _____

2. Business Address of Insured's Employer : _____

3. Full Name of Insured : _____

4. Insured's duties : _____

5. When was Insured compelled to give up his duties? : _____ Exact Date : _____

When did Insured return to work? : _____ Exact Date : _____

6. Description of Injury or Illness resulting in Insured's absence from employment : _____

7. Was Injury or illness caused by reason of occupation? Yes No

8. Was there a period of time during which Insured could only perform part of his occupational duties? Exact Date : _____

9. Was Insured's Injury or Illness the sole cause of his absence from duty for all of the above period? if not, give particulars : _____

Signature & Date

Officials Title & Seal