



পাইওনিয়ার ইন্সুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

PIONEER INSURANCE COMPANY LIMITED

Head Office: Rangs Babylonia (5th Floor) 246, Bir Uttam Mir Shawkat Sarak,
Tejgaon C/A, Dhaka-1208. Tel #8878901(Hunt), Fax: 8878913, 8878914,
E-mail: piclho@pioneerinsurance.com.bd, piclho@gmail.com.

UBER এর অংশিদার চালক বা যাত্রীদের বীমা দাবী ফরম (Claim form for UBER Driver Partner/Passenger)

আপনি যে দাবীটি করছেন তার উপর টিক চিহ্ন দিন:-মেডিক্যাল/সম্পূর্ণ স্থায়ী অক্ষমতা/ মৃত্যু।
(Please specify claim type- Medical / Total Permanent Disablement/ Death)

স	আহত বা মৃত ব্যক্তির বিস্তারিত তথ্য Details of Injured/Deceased Person	
ক	আহত/মৃত অংশিদার চালক/যাত্রীর নাম: (Name of the Injured/Deceased Driver partner/passenger)	
খ	পত্র মারফত যোগাযোগের ঠিকানা (Address for Correspondence)	
গ	বয়স (Age)	
ঘ	লিংগ (Gender)	
ঙ	জাতীয় পরিচয় পত্র নং (National ID #)	
চ	আহত/মারা যাওয়ার সময়, তারিখ ও স্থান (Date, time & Place of injury/death)	
ছ	দুর্ঘটনার বিবরণ এবং তার ফলাফল (Details of the accident & result)	
জ	পুলিশকে জানানো হয়েছে কিনা? (Whether reported to Police.)	হ্যাঁ / না (Yes/No)
ঝ	জানানো হয়ে থাকলে থানার নাম ও ঠিকানা। (If yes then name and address of Police Station.)	
ঞ	দুর্ঘটনার পর আহত/মৃত অংশিদার চালক/যাত্রীকে কি হাসপাতালে নেয়া হয়েছিল? নেওয়া হয়ে থাকলে হাসপাতালের নাম এবং ঠিকানা।(Was the injured /deceased person moved to hospital immediately after the accident ? If yes , Name & address of the hospital)	হ্যাঁ / না (Yes/No)
	ভর্তির ও রিলিজের সময় ও তারিখ, (Admission & Released certificate from Hospital is required to be submitted)	ভর্তির সময়.....তারিখ..... (Admission time) (Date) রিলিজের সময়.....তারিখ..... (Released time) (Date)
ট	দাবীর পরিমাণ (Claim amount)	

<p>আমি এই মর্মে ঘোষণা করিতেছি যে, আমার বিশ্বাস ও জানামতে এই বীমাদাবী ফর্মে উল্লেখিত বিবরণী এবং সরবরাহকৃত তথ্যগুলি সত্য এবং সম্পূর্ণ। (I hereby declare that the statements on this form and the information provided in are and complete, to the best of my knowledge and belief.) আহত অংশিদার চালক/যাত্রীর সাক্ষর/টিপসই ও তারিখ (Signature/Thumb impression & date of the injured Driver Partner/Passenger)</p> <p style="text-align: right;">.....</p>	
<p>2 মৃত ব্যক্তির ক্ষেত্রে মৃতব্যক্তির উত্তরাধিকারী / গণেরা পূরণ করবেন (To be completed by legal heir of deceased person)</p>	
ক	উত্তরাধিকারী/গণের নাম (Name of legal heir /s)
খ	ঠিকানা (Address)
গ	বয়স (Age)
ঘ	মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক (Relationship with the deceased)
ঙ	জাতীয় পরিচয় পত্র নং (National ID #)
<p>আমি/আমরা এই মর্মে ঘোষণা করিতেছি যে, আমার/আমাদের বিশ্বাস ও জানামতে এই বীমাদাবী ফর্মে উল্লেখিত বিবরণী এবং সরবরাহকৃত তথ্যগুলি সত্য এবং সম্পূর্ণ। (I/We hereby declare that the statements on this form and the information provided in are and complete, to the best of my/our knowledge and belief.) মৃতব্যক্তির উত্তরাধিকারী/গণের সাক্ষর/টিপসই ও তারিখ (Signature & date of the legal heir (s) of deceased person)</p> <p style="text-align: right;">.....</p>	

মেডিক্যাল/সম্পূর্ণ স্থায়ী অক্ষমতা দাবীর সপক্ষে নিম্নলিখিত নথি জমা দিতে হবে।(Document required in case of Medical /Total permanent disablement claim)	মৃত্যু দাবীর সপক্ষে নিম্নলিখিত নথি জমা দিতে হবে।(Document required in case of Death Claim)
ক। হাসপাতাল কর্তৃক ইস্যুকৃত মেডিক্যাল বিল (All Medical bills of the Hospital)	ক। হাসপাতাল কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সনদপত্র (Death Certificate from Hospital)
খ। হাসপাতালে ভর্তি ও রিলিজের কাগজ (Admission & Released certificate from the Hospital)	খ। ইউনিয়ন পরিষদ বা ওয়ার্ড কমিশনারের কাছ থেকে উত্তরাধিকারী/গণের উত্তরাধিকারী সার্টিফিকেট (Certificate for Legal heir/s from Union Parishad / Ward Commissioner)
গ। স্থায়ী/সম্পূর্ণ অক্ষমতার দাবীর ক্ষেত্রে হাসপাতাল কর্তৃক ইস্যুকৃত স্থায়ী/সম্পূর্ণ অক্ষমতার সার্টিফিকেট (In case of Total Permanent Disablement/ Total Disablement Certificate from the Hospital)	গ। উত্তরাধিকারীর/গণের জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (Photo Copy/ies of National ID of Legal heir/s)
ঘ। জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি (Photo Copy of National ID)	ঘ। এফ.আই.আর এর কপি (Copy of FIR)
ঙ। প্রয়োজন অনুযায়ী জিডি কপি (Copy of GD as per requirement) চ। ব্যাংক এ্যাকাউন্ট এর বিস্তারিত (Details of Bank Account)	
<p>বিঃদ্রঃ (Note): অংশিদার চালকের নিজ ভুলের কারণে দুর্ঘটনা ঘটলে এবং এই দুর্ঘটনার কারণে শুধুমাত্র অংশিদার চালকই যদি আহত হন তাহলে জিডি করা লাগবে না (No GD entry is required in case of an accident due to the fault of the partner driver resulting injury to the partner driver only).</p>	