

Critical Illness Claim Form সংকট জনক ৰোগ দাবি কৰ্ম

POLICY NUMBER / পলিচী নম্বৰ/এছ							

Important instructions:

গুৰত্বপূৰ্ণ প্ৰস্তাৱলা:

- The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company. প্রয়োজনীয় নাম্বৰ সৈতে পূৰ কৰা দাবি কর্ম খনৰ জমা কোলো পণিচিৰ ক্ষেত্ৰতোমাৰ কোম্পানীৰ অংশীদাৰিদ্বিবাবে বিবেচনা কৰা নহব। কোলো এজেন্ট মধ্যস্থতাকাৰীকআমাৰ কোম্পানীৰ হৈছ য়িছ লোৱাৰ
- Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non
 - submission of the mandatory documents.
 তলতদিয়া ধৰণে প্ৰয়োজনীয় নখিৰ সৈতে এই ফৰ্ম থন সোনকালে জমা দিলে, আপোনাৰ দাবি পক্ৰিয়া আৰম্ভ কৰাত আমাৰ সুবিধা হায়। অসম্পূৰ্ণ দাবি ফৰ্ম বা প্ৰয়োজনীয় নখি জমা নিদিয়া দাবি ফৰ্মৰ ক্ষেত্ৰত হোৱা পদমৰ বাবে পিএনবি মেট লাইফ কোনোধৰণে দায়ী নহব।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
 - এই ফর্ম থন সম্পূর্ণ ৰূপেবৰফলাত পূৰ কৰিব লাগিব।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form. অনুগ্ৰহ কৰি ফৰ্ম থনৰ য'তঅধিসূচনা / সলনি কৰা হৈছে সেই ঠাইত কাউ-টাৰ চহী কৰক।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory. সাক্ষী ৰূপে এজন গেজেটেড বিষয়া / চ ৰকাৰী নটাৰী / মেজিষ্টেত বা স্থানীয়ব্যক্তি এজনৰ স্বাক্ষৰবাঞ্চনীয়।

vame:		Age:	
Address (Current Residential A	Address):		
ঠিকনা (বৰ্তমান বাস কৰি থকা ঠিকনা):	:		
City	Pin Code	State	
		ৰাজ্য	
Contact Number: Landline		/Mobile	
যাগাযোগ নম্বৰ: লেণ্ডলাইন		/ মবাইল	
মেইল ঠিকলা:		পান নং./ ফর্ম 60:	
Aadhaar No: X X X	x x x x x	*Only last 4 digits to be mentioned.	
আধাৰ নয়ৰ: ction B: MEDICAL HISTORY O থা B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি	F LIFE INSURED	৺ ∗কেৱল অন্তিম 4 টা অংক উল্লেখ কৰক।	
আধাৰ নম্বৰ: ction B: MEDICAL HISTORY O থা B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি Name of Illness/Disease/Injury	p F LIFE INSURED কৎসা ইতিহাস y Sustained:	*কেৱল অন্তিম 4 টা অংক উল্লেখ কৰক।	
আধাৰ নম্বৰ: ction B: MEDICAL HISTORY O থা B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি lame of Illness/Disease/Injury মাৰ ৰোগ/ভূগি খকা/ আঘাতৰ নাম: ymptoms:	p F LIFE INSURED কৎসা ইতিহাস y Sustained:		
আধাৰ নম্বৰ: ction B: MEDICAL HISTORY O থা B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি lame of Illness/Disease/Injury মাৰ ৰোগ/ভূগি থকা/ আঘাতৰ নাম: ymptoms:	PF LIFE INSURED কৎসা ইতিহাস y Sustained:		
আধাৰ নম্বৰ: ction B: MEDICAL HISTORY O AT B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি lame of Illness/Disease/Injury মোৰ ৰোগ/ভূগি খকা/ আঘাতৰ নাম: cymptoms:	PF LIFE INSURED কৎসা ইতিহাস y Sustained: Date of	Diagnosis:	
আধাৰ নম্বৰ: ction B: MEDICAL HISTORY O AIT B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি lame of Illness/Disease/Injury মাৰ ৰোগ/ভূগি খকা/ আঘাতৰ নাম: ymptoms: ফ্ৰণ: puration of symptoms: ফ্ৰণবোৰৰ ম্যাদ: When were these symptoms f	pF LIFE INSURED কিৎসা ইতিহাস y Sustained: Date of		
আধাৰ নম্বৰ: ation B: MEDICAL HISTORY O AT B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি lame of Illness/Disease/Injury মাৰ ৰোগ/ভূগি খকা/ আঘাতৰ নাম: ymptoms: ফুল: uration of symptoms: ফুণবোৰৰ ম্যাদ: by then were these symptoms f ই লক্ষণ সমূহ কেতিয়া দেখা গাইছিল/ওলা	pF LIFE INSURED কিৎসা ইতিহাস y Sustained: Date of	Diagnosis: তাৰিথ:	
আধাৰ নম্বৰ: ation B: MEDICAL HISTORY O AT B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি ame of Illness/Disease/Injury মাৰ ৰোগ/ভূগি খকা/ আঘাতৰ নাম: ymptoms: ফুণ: uration of symptoms: ফুণবোৰৰ ম্যাদ: When were these symptoms f ই লক্ষণ সমূহ কেভিয়া দেখা পাইছিল/ওলা ate and Time of Admission	PF LIFE INSURED কিৎসা ইতিহাস y Sustained: Date of	Diagnosis: তাৰিথ: nd Time of Discharge	
আধাৰ নম্বৰ: ction B: MEDICAL HISTORY O AT B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিবি lame of Illness/Disease/Injury মান ৰোগ/ভূগি খকা/ আঘাতৰ নাম: ymptoms: ক্ষণ: buration of symptoms: ক্ষণবোৰৰ ম্যাদ: Vhen were these symptoms f ই লক্ষণ সমূহ কেতিয়া দেখা পাইছিল/ওলা bate and Time of Admission তি হোৱাৰ তাৰিথ আৰু সম্ম	PF LIFE INSURED কিৎসা ইতিহাস y Sustained: Date of	Diagnosis: তাৰিখ: nd Time of Discharge	

	}<		
		SS ACKNOWLEDGEMENT SLIP লনেছৰ প্ৰাপ্তিশ্বীকাৰ শ্লিপ	
Policy number(s) _ পলিচী নম্বৰ(সমূহ) Name of claimant ়			, Company Seal & Stamp with Date and time
ক্লেইম কৰোঁতাৰ না Branch name & co শাখাৰ নাম আৰু বে	de		তাৰিখ আৰু সময়ৰ সৈতে কোম্পানীৰ মোহৰ আৰু ষ্টাম্প
Date: তাৰিথ:		Employee name & Code কৰ্মচাৰীৰ নাম আৰু কোড	
Documents Submitted: নথিপত্ৰ দাখিল	□ Original Policy Document আচল পলিচী নথি	□ Claimant's photo identity proof ক্লেইম কৰোঁতাৰ ফটো পৰিচ্য় পত্ৰ	□ Family physician certificate পৰিয়ালৰ চিকিৎসকলৰ প্ৰমাণপত্ৰ
কৰা হৈছে:	□ Cancelled cheque / Copy of banl কেন্সেল চেক/বেঙ্ক পাছবুকৰ প্ৰতি		ician certificate টকিৎসকৰ প্রমাণপত্র
[□ PAN Card/ Form 60 of the nomin পেন কার্ড/ মনোনীত ব্যক্তিৰ প্রপত্ত		All past medical records for any treatment taken পূর্বতে লোরা চিকিৎসাৰ সকলো মেডিকেল ৰেকর্ড
	summary, indoor case paper	_	gnosed i.e. all test/investigation reports, discharge কলো পৰীক্ষা/অনুসন্ধান ৰিপোৰ্ট, ডিচ্ছাৰ্জ চামাৰী,

This acknowledgement slip should not be construed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

এই প্ৰাপ্তিষীকাৰ ম্লিপক ক্লেইমৰ গ্ৰাহ্য হিচাপে ল'ব পৰা নাযায়। কোম্পানীয়ে ক্লেইম প্ৰক্ৰিয়াকৰণৰ বাবে সিদ্ধান্ত লোৱাৰ ক্ষেত্ৰত অতিৰিক্ত নথিপত্ৰ, তথ্যপাতি আৰু আন যিকোনো প্ৰয়োজনীয় তথ্য বিচৰাৰ বাবে অধিকাৰ সংৰক্ষিত ৰাথে।

Heart attack	Nature of Illness and ৰোগৰ প্ৰকৃতি আৰু অভ্যাস	Habits				Date of diagnosis of Illness	
The sea the street of the control o	, ,	□ Diahetes	Π Asthma	П Heart	□ Cancer	ৰোগৰ চিকি ৎ সা কৰাৰ ভাৰিথ	
smoking Alchool Tobacco Drugs प्रथम प्रथम अपन	উন্ভ ৰক্ত চাপ	ডামেবেটিছ	হাপানি				
হুক্ত । সকলৰ আৰু উন্দৰ্ভ । সকলৰ আৰু উন্দৰ্ভ । সকলৰ আৰু উন্দৰ্ভ । সকলৰ আৰু কৰা							
fines, Destation of Consumption क same area with very community consumed on the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed) क के आकर द्वापन दिवाद खंडा (अवहर कांग्र सिकिंग कर लगाई सिकंग	☐ Smoking	☐ Alcohol	☐ Tobacco	_			
to Tax, compare কৰি থকা কৰে সাম কৰে বিশ্ব কৰি বিশ্ব কৰে tormation about the Critical Illness (Please tick the Illness diagnosed) *** ঠি জৰক বেশিৰ বিষয়ে জৰ্মী (ব্যৱহা কৰি চিন্নীয় কৰা বেশাই চিকিত কৰক) Heart statck	-				& Quantity Consumo	4	
Gera clatack						u	
Gera clatack			e tick the illness diag	gnosed)			
as defined to the control of the c	ংকট জনক ৰোগৰ বি	বৈ ষয়ে তথ্য (অনুগ্ৰহ ক	ৰি চিকি∐সা কৰা ৰোগটি	চিহ্নিত কৰক)			
Stroke Apallic Syndrome Benign Brain Tumor weeker are specified in the specified of t	☐ Heart attack						
ব্ৰুল shifting fishs canality analog হিজ্যৰ coma shifting fishs canality analog হিজ্যৰ coma compared coma coma compared coma compared coma compared coma compared coma compared comp	হদ ৰোগ □ Stroke			drome			
াল্যের হার্মেন্ট কর্মন বাল্যের বার্মেন্ট কর্মন বাল্যের হার্মেন্ট কর্মন বাল্যের হার্মেন্ট কর্মন বাল্যের হার্মেন্ট কর্মন বাল্যের হার্ম্মন বাল্যের বাল্যের হার্ম্মন বাল্যের হার্মন বাল্যার হার্মন বাল্যার হার্মন বাল্যার হার্মন বাল্যার হার্মন বাল্যার হা	_ ~		এপিলিক ছিল্ফঃ —	ম	বেনাইংগ —	া মগজুৰ টিউমাৰ	
াৰণ বৰ্ষত্বৰ দিলাৰ ব্যাহ্য Angioplasty Angioplasty Angior Organ Transplant Angioplasty Angior Organ Transplant Angior organ Transplant Infer ৰাম্য সংগোলশ (cereviblia Angioplasty Angior organ Transplant Infer ৰাম্য সংগোলশ (cereviblia Deafness Perior organic organ			<u> </u>	•			
Angior Organ Transplant	•		☐ Heart Valv	e Surgery	•		
ান্ত্ৰীৰ্যান্ত্ৰী	শেষ পৰ্য্যায়ৰ লিভাৰ ৰো Angioplasty	ול	_ '				
ানাইক হানিছিল।	এঞ্জীয়পষ্টি 		জটিল অংগ স —	ংৰোপণ '	পেৰেলাই —	<u>চিছ</u>	
Parkinson's Disease	•		•				
ি Primary Pulmonary Hypertension Muscular Dystrophy Multiple Sclerosis মার্মান্দ লাদ্য (ৰ্লি উচ্চ ৰহ চাৰ মান্দ্ৰমাৰ্শ নিষ্ঠাই মান্দ্ৰমাৰ মূলৰ (ছিৰ বাব Mostor Neuron Disease Medullary Cystic Disease Coss of Speech কৰা		☐ Parkinson's Disease ☐ Poliomyelitis		☐ SLE w	☐ SLE with Lupus Nephritis		
Motor Neuron Disease মান নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বোগ নিউৰৰ বাং নিউৰৰ বাং							
মাইল কিউৰৰ লোগ 'অব্যুগৰী চিন্মিটিক লোগ 'অব্যুগৰী চিন্মিটিক লোগ 'অব্যুগৰী চিন্মিটিক লোগ 'অব্যুগৰী চিন্মিটিক লোগ 'অব্যুগ্ধী কৰিবল লোক লোগ 'অব্যুগ্ধী কৰিবল লোগ 'অব্যুগ্ধী				_		-	
জন্ম (বিজল হোৱা বাজিল বাজা বিজ্ঞান ব		ease				•	
ী Major Burns	☐ Kidney Failure					•	
্ৰ Loss of Independent Existence স্থানিত হাছে সমন্থনা কৰাৰ সামৰ্থ হৈছে আৰু কৰিব হাছে কৰিব হাছ	☐ Major Burns		☐ Terminal II		☐ Loss o	of Limbs	
tion C: PAYMENT – NEFT श C: পৰিশোধ - এনইএফটি Bank Account no: ক্ষেত্ৰ একটিও নৰ্বৰ: Name of bank: ক্ষেত্ৰ একটিও নৰ্বৰ: Name of bank: ক্ষেত্ৰ একটিও নৰ্বৰ: No ame of bank: ক্ষেত্ৰ নাম: FSC code: আই.৩৯.০৯.টি. কোড: ction D: DECLARATION & AUTHORIZATION ***যা D: উকা প্ৰদান – ষ্যৰ্ভক o hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understa at in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician spital who has attended upon or examined or treated me for any aliment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recorgarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. **a चारों भे दे लागा उच्चे डेडोर लाजा चारिक कर्मा ३ एक डिडोरिश के का डिडिगियन कर्म का डिडिगियन कर्म कर्म कर्म क्ष्या हमान करिया है। अर्थ तृष्ठि भाई पात विकास कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म	_ ~	nt Evistence		ng Disease	হাত – ভা	ৰি হেৰোৱা	
া c: পৰিশোধ - अवदेशकि Bank Account no: ব্যক্ত একাউণ্ট নম্বৰ: Name of bank: ব্যক্ত নাম- SEC code: আই.এক.এক.ডি. কোড: ction D: DECLARATION & AUTHORIZATION খা D: উকা প্রদান - ষদ্রষ্ঠর o hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understa at in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician spital who has attended upon or examined or treated me for any allment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recordary in the state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. ब घनाये में लागभा करिया (त अनब विद्युक्ति अमूर मज उभा मम्पूर्ण आनु छात अध्याख तथा हा बाता हारिक में प्रति कर्म भन्न कर्माण करिया (त अनब विद्युक्ति अमूर मज उभा मम्पूर्ण आनु छात अध्याख तथा हा बाता हा कर्म हा स्वर्ण करा कर्म होता कर्म कर्म होता हो कर्म होता कर्म होता है कि स्वर्ण कर कर होता हो कि साम कर्म होता है कि साम करिया हो है कि साम करिया हो हो हो हो हो हो हो हो हो है कि साम करिया है कि	•			•			
Bank Account no: ব্যক্ত একাউন্ট নম্বৰ: Name of bank: ব্যক্ত কৰাম: FSC code: আই.০ছ.৩ছ.চি. কোড: ction D: DECLARATION & AUTHORIZATION ***********************************	ection C: PAYMENT –	NEFT					
ম্বিক ত একাউণ্ট লম্বৰ: Name of bank: ব্ৰুক্তৰ নাম: FSC code: আই.এক.এফ.টি. কোড: ction D: DECLARATION & AUTHORIZATION 'যা D: উকা প্ৰদান - ষ্বৰ্ছজ o hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understa at in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician spital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recordaring my state of health which hel/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. व घावों মই যোৰণা কৰিছো যে ওপৰৰ বিবৃত্তি সমূহ সভ্য তথা সম্পূৰ্ণ আৰু তাৰ এফাটেই যোৰ ছাবাছ লোকাই কথা হোৱা নাই। মই বৃত্তি গাও যে যাবি কৰ্ম থল পূৰ কৰোঁতে পিএলবি মেটনাইছেগদিটি হ'বলত থকা ইয়াৰ কোনো চৰ্ড উঠাই লোৱাৰ ছাবিছ লগ'ব। ইয়াৰ ছাবাই মই হৈ চিকিটাক জন যা চিকিটাকাৰ মৰক অনুমোদন জনাইছো বি পিএলবি মেটনাইছে পদিটি হ'বলত থকা ইয়াৰ কোনো চৰ্ড উঠাই লোৱাৰ ছাবিছ লগ'ব। ইয়াৰ ছাবাই মই হোৱা কৰিছিল যা বিচিটিটাক কৰিবলৈ উপিউত আছিল যা পৰীয়া কৰিছিল যা বিচিটিটাক কৰিবলৈ উপিউত আছিল যা পৰীয়া কৰিছিল যা বিচিটিটাক কৰিবলৈ উপিউত আছিল যা কৰিছে। We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected ailable with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individua ganisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and indus sociation / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service. /আমি ইয়াৰ ছাবাই মত একান কৰাৰ গগতে পিএলবি গাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত খকা মোন আমাৰ বি কোনো বাজিগত / প্ৰতিচালগত/পিএলবি মেটনাইফৰ সৈতে সংযোক হৈ থকা শ্বৰে, বোলে বিইক্ৰাৰ, মাবি অনুমূল্যৰ সৈতে সংযোক হৈ থকা শ্বৰে, বোলে বিইক্ৰাৰ, মাবি অনুমূলৰ চাৰ অনুমূলৰ মূল বিৰুক্ত বা অনুমূলৰ চাগত তাৰি বিৰুক্ত বা আহুলি	াখা C: পৰিশোধ - এনই	এফটি					
Name of bank:	Bank Account no:						
ন্ধকৰ নাম: PSC code: নাই.এক.এফ.ডি. কোড: ction D: DECLARATION & AUTHORIZATION প্ৰিয়া চ. কিন্তু কৰিবলৈ বুদুৰ্ভিক o hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understate it in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician spital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recordarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. ब घानोंदे मेरे सामना करिया त अनव वित्रुष्ठि ममूर मज्ञ जया मम्मूर्ग आबू जान এकाविर ताब घाना लाकोर कथा हावा मानेदे मेरे हिंकिकीमान अनव अनुमान कमादेशा कि पिश्चित क्रिकेशिय किया हिंकिक अना हिंकिकीमान अनव अनुमान कमादेशा कि पिश्चित क्रिकेशिय किया हिंकिक अनेदिक क्रांति क्रिकेशिय किया हिंकिक का विविधिमान कमादेशा कि पिश्चित क्रिकेशिय किया हिंकिक का विद्या किकीमान कमादेशा कि पिश्चित क्रिकेशिय किया हिंकि का विविधिमान कमादेशा कि पिश्चित क्रिकेशिय किया हिंकि का विद्या किया किया किया हिंकि का विद्या किया किया हिंकि का विद्या किया किया हिंकि का विद्या हिंकि का विद्या हिंकि का विद्या किया हिंकि का विद्या हिंकि							
ction D: DECLARATION & AUTHORIZATION প্রেয়া D: টকা প্রদান সমূর্য ক্র এব প্রচান কর্মান ক্রমান কর্মান কর্মান কর্মান কর্মান কর্মান কর্মান কর্মান কর্মান ক্রমান ক্রমান কর্মান ক্রমান ক্রম	বেংকৰ নাম:						
ে D: উকা প্ৰদাৰ – ষত্ৰষ্ঠৰ o hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understa at in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician spital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recordarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. ब घ्रवार्ध महें महें सावना करिष्ण (य. उनवं विवृष्धि महंग कर्णवा) क्ष्मा मुण्यूर्ण जावू जाव उद्याख्य साव घ्रवा बाला हों कर्णवा (या व्याव) कर्णवा कर्णवा) कर्णवा							
o hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understa at in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician spital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recordard in the state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. ब घाबारे मेरे स्वायन कि कि निवास का कि अनुक कि निवास कि अनुक कि	ection D: DECLARATIO	ON & AUTHORIZATIO)N				
at in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician is in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician is pital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recordary and the policy was issued by PNB MetLife. a sialš মই ঘোষণা কৰিছে৷ যে ওপৰৰ বিবৃত্তি সমূহ সতা তথা সম্পূৰ্ণ আৰু তাৰ একোৱেই মোৰ sial a lial in	गिथा D: টका श्रमान-	ষদ্ৰত্ব					
spital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the recorgarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. ब দ্বাৰাই মই ঘোষণা কৰিছো যে ওপৰৰ বিবৃতি সমূহ সত্য তথা সম্পূৰ্ণ আৰু তাৰ একোৱেই মোৰ দ্বাৰা লোকাই ৰথা হোৱা নাই। মই বৃজি পাওঁ যে দাবি কৰ্ম থন পূৰ কৰোঁতে পিএনবি মেটনাইফেপনিচি থ কাৰ থকা ইমাৰ ছাৰাই মই যেই চিকিটিসক জন বা চিকিটিসাল্য খনক অনুমোদন জনাইছো যি পিএনবি মেটনাইফে পনিচি খন জাৰি কৰাৰ আগত বা পছত গ্ৰেম কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথা ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপৰিত্ব আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকিটিসা কৰিছিল। We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected ailable with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual ganisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and indus sociation / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service. অসমি ইয়াৰ দ্বাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএনবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত খকা মোৰ/আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত যা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুনাদন প্ৰকাশ (মেনা এই দ্বাবেজত খকানেই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) য'ত হয়তো অন্তৰ্ভুক হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত যা স্বৰ্শকাতৰ কিয় বাৰুকাৰ মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক্ত হৈ খকা নাবেজ, যেনে ৰিইকুৰাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেনি, ভেন্দৰ আৰু ইণ্ডাষ্টি, সংস্থা/ফেডাৰেচেন, যি এই দাবি প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব.। parature/Left Thumb impression	•			•		·	
garding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. ब ঘৰাই মই ঘোষণা কৰিছো যে ওপৰৰ বিবৃত্তি সমূহ সত্য তথা সম্পূৰ্ণ আৰু তাৰ একোৱেই মোৰ ঘাৰা লোকাই ৰথা হোৱা নাই। মই বৃত্তি পাওঁ যে দাবি ফৰ্ম থন পূৰ কৰোঁতে পিএনবি মেটলাইফেপলিচি থকাকা ইমাৰ কোনো চৰ্চ উঠাই লোৱাৰ ঘাইছে নল'ৰ। ইয়াৰ ঘাৰাই মই পেই চিকি।সক কান বা চিকি।সাল্য় খনক অনুমোদন কানাইছো যি পিএনবি মেটলাইফে পলিচি থল কাৰি কৰাৰ আগত বা পছত (কাৰ কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথা ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকি।সাল্য খনক অনুমোদন কানাইছো যি পিএনবি মেটলাইফে পলিচি থল কাৰি কৰাৰ আগত বা পছত (কাৰ কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথা ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকি।সাল্য খনক অনুমোদন কানাইছো যি পিএনবি মেটলাইফে পলিচি থল কাৰি কৰাৰ আগত বা পছত (কাৰ কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথা ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল। We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected ailable with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual aganisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and indus sociation / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service. **Outh ইয়াৰ ঘাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএনবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্কাতৰ তথা ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুনোদন প্ৰকাশ (কোনা ব্যক্তিক) বা তথা প্ৰতিষ্ঠানগত পিএনবি মেটলাইফৰ সৈতেলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্কাতৰ তথা ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুনোদন প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুনোদন প্ৰকাশ কৰিবলৈ আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিক। বাৰ্তিকাণত পিএনবি মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক হৈ থকা লক্ষেক্ত বাৰ বিশ্ব কৰিবলৈ বাৰ বাৰ বিশ্ব কৰিবলৈ বাৰ	_			•	· -		
ালত থকা ইমাৰ কোনো চৰ্ড উঠাই লোৱাৰ দ্বায়িক লল'ৰ। ইমাৰ দ্বাৰাই মই সেই চিকি।সিক জন বা চিকি।সাল্যৰ খনক অনুমোদন জনাইছে মি পিএনবি মেটলাইফে পলিটি থন জাৰি কৰাৰ আগত বা পছত (মেন কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথ্য ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকি।সা কৰিছিল। We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected ailable with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual ganisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and indus sociation / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service. /আমি ইমাৰ দ্বাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএনবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুলাদন প্ৰকাহে। (সৈমা এই দন্তাবেজত খকায়েই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) য'ত হম্মতো অৱৰ্ভুক হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত বা স্কৰ্মনানৰ মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক হৈ থকা লবেজ, যেনে ৰিইফুৰাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেনি, ভেন্দৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰ, সংস্থা/ফেডাৰেচেন, যি এই দাবি প্ৰক্ৰিমা চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব.। gnature/Left Thumb impression	egarding my state of h	ealth which he/they	may have acquired v	whether before	or after the policy was	issued by PNB MetLife.	
মাৰ কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথ্য ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকি!সা কৰিছিল। We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected ailable with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual ganisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and indus sociation / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service. প্ৰামি ইয়াৰ দ্বাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে শিএনবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ মি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্যকাতৰ তথা ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুলোদন প্ৰকাশ (সৈয়া এই দন্তাবেজত থকামেই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) ম'ত হয়তো অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত প্ৰতিষ্ঠানগত/শিএনৰি মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক্ত হৈ থকা লবেজ, মেলে ৰিইশ্বৰাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেনি, তেন্দৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰি, সংস্থা/ফেডাৰেচেন, মি এই দাবি প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব.। grature/Left Thumb impression	য়াৰ দ্বাৰাই মই ঘোষণা কৰিছো Iধিনত থকা ইয়াৰ কোনো চৰ্ত	' যে ওপৰৰ বিবৃতি সমূহ সভ উঠাই লোৱাৰ দ্বায়িত্ব নল'ৰ।	চ তথা সম্পূৰ্ণ আৰু তাৰ এ ইয়াৰ দ্বাৰাই মই সেই চিকি	কোৱেই মোৰ দ্বাৰা লো]সক জন বা চিকি∏সা	কাই ৰথা হোৱা নাই। মই বুজি লয় থনক অনুমোদন জনাইছো বি	পাওঁ যে দাবি ফৰ্ম থন পূৰ কৰোঁতে পিএনবি মেটলাইফেপলিচি থ য পিএনবি মেটলাইফে পলিচি থন জাৰি কৰাৰ আগত বা পছত (
ailable with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual ganisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and indust sociation / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service. /আমি ইয়াৰ ঘাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএলবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ মি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুলোদন প্ৰকাশ । (সৈয়া এই দল্ভাবেজত থকায়েই হওক বা বেলগৰ পৰা লোৱাই হওক) ম'ত হয়তো অন্তৰ্ভূক্ত হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত / প্ৰতিষ্ঠানগত/পিএলৰি মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক্ত হৈ থকা লবেজ, যেনে ৰিইশ্বাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেনি, ভেন্দৰ আৰু ইণ্ডাষ্টি, সংস্থা/কেডাৰেচেন, মি এই দাবি প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব.। gnature/Left Thumb impression	াস্থ্যৰ কোনো বিসংগতি বা ৰোগ	ৰ অৱস্থাৰ তথ্য ৰেকৰ্ড কৰিব	বলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰী	ক্ষা কৰিছিল বা চিকি	ীসা কৰিছিল। 		
ganisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and indus sociation / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service. /আমি ইয়াৰ ঘাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএলবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুনোদন প্ৰ বৈছে। (সৈয়া এই দম্ভাবেজত থকায়েই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) য'ত হয়তো অন্তৰ্ভূক হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত / প্ৰতিষ্ঠানগত/পিএলৰি মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক হৈ থকা লবেজ, যেনে বিইশুৰাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেনি, ভেন্দৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰ, সংস্থা/কেডাৰেচেন, যি এই দাবি প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব.। gnature/Left Thumb impression	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
/আমি ইয়াৰ ঘাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএলবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ যি কোলো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমূলোদন প্ৰ কৈছে। (সৈয়া এই দম্ভাবেজত থকায়েই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) য'ত হয়তো অন্তৰ্ভূক হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত/ প্ৰতিষ্ঠানগত/পিএনৰি মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক হৈ থকা ল বেজ, যেলে ৰিইসুৰাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেনি, ভেন্দৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰি, সংস্থা/ফেডাৰেচেন, মি এই দাবি প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব.। gnature/Left Thumb impression	rganisation / entity as	ssociated or affiliated	with or engaged by	y PNB MetLife, i	including reinsurers, cla	aim investigative agencies, vendors and indus	
বেজ, মেলে ৰিইঞ্ৰাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেশি, ভেন্দৰ আৰু ইওাষ্ট্ৰি, সংস্থা/ফেডাৰেচেন, যি এই দাবি প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব.। gnature/Left Thumb impression Date	ই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই মত গ	য়কাশ কৰাৰ লগতে পিএনবি	ব লাইফক তেওঁলোকৰ ওচ	ৰত থকা মোৰ/আম	াৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা 🤻	পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অমুনোদন প্ৰ	
sৰ/বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ চাপ তাৰিথ eclaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language differe om that of application form)	নৰিছে। (সৈয়া এই দস্তাবেজভ স্তাবেজ, যেনে ৰিইঞ্ৰাৰ, দানি	ত থকায়েই হওক বা বেলেগ ব অনুসন্ধান এজেন্সি, ভেন্দ	ৰ পৰা লোৱাই হওক) য ৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰি, সংস্থা/ফেড	'ত হয়তো অন্তৰ্ভূক্ত নাৰেচেন, যি এই দা	হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত/ ব প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগভিয়াল	প্ৰতিষ্ঠানগত/পিএনৰি মেটলাইফৰ সৈতে সংযোক্ত হৈ থকা ল সেৱা আগবঢ়াব।	
eclaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language different that of application form)	ignature/Left Thumb i	mpression			[Date	
om that of application form)							
াটকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্ম পূৰ কৰা ব্যক্তিজনৰ দ্বাৰা ঘোষণা। (যদি আবেদন পত্ৰথনৰ ভাষাৰ পৰা পৃথক এটা ভাষাত যদি ক্লিটিকেল ইলনেছ ক্লে	rom that of applicatio	n form)					
ৰ্মথন পূৰ / স্বাক্ষৰ কৰা হয়, তেনে ক্ষেত্ৰত)			জনৰ দ্বাৰা ঘোষণা	। (যাদ আবেদন	প্ৰথনৰ ভাষাৰ পৰা	পৃথক এটা ভাষাত যাদ ক্লিটিকেল ইলনেছ ক্লেই	

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Critical Illness Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have

been read out to, fully understood and confirmed the claimant.

মই ইয়াৰ দ্বাৰাই ঘোষণা কৰোঁ যে মই ক্লিটিকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্মখনত সন্নিৱিষ্ট কথাবোৰ ক্লেইমকৰোঁতাক তেওঁ বুজি পোৱা ভাষাত সম্পূৰ্ণৰূপে বুজাই দিছো। দেই কথাবোৰ তেওঁ সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছে আৰু ক্লেইমকৰোঁতাৰ দ্বাৰা যোগান ধৰা তথ্য অনুসাৰে প্ৰভূত্বৰবোৰ ৰেকৰ্ড কৰা হৈছে তথা প্ৰভূত্বৰবোৰ ক্লেইমকৰোঁতাৰ সন্মুখত তেওঁ সম্পূৰ্ণকৈ বুজি পোৱাকৈ পঢ়ি দিয়া হয় আৰু দেয়া তেওঁ নিশ্চিত কৰে।

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

ফৰ্মখন আৰু নখিপত্ৰত সন্মিৱিষ্ট কথাবোৰ মোক সম্পূৰ্ণৰূপে বিশ্লেষণ কৰি দিয়া হৈছিল আৰু ইয়াত উল্লেখিত কথাবোৰ তথা প্ৰস্তাৱিত ক্লেইমৰ বাবে ইয়াৰ গুৰুত্ব মই সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছো।

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore -560001. IRDA of India Registration number 117.
CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: <u>www.pnbmetlife.com</u>, Email: <u>indiaservice@pnbmetlife.co.in</u> or write to us at 1st Floor, Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai – 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203
পিএলবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইঞ্ছেক কোম্পানী নিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যাল্য: ইউনিট লং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহিজা টাৱাৰ্চ্চ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডএ পঞ্জীমন নম্বৰ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওেৱবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইেমইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাকাৰ স্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ল: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

Date	Place	Signature of the Declarant/	Signature / Left thumb Impression			
তাৰিখ	স্থান	Witness	Claimant/ Nominee			
		ঘোষণাকাৰী/সাষ্টীৰ স্বাক্ষৰ	স্বাক্ষৰ/বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ টিগচহী ক্লেইমকৰোঁতা/নমিনী			
Name of Declarant/ Witness: _		Address of Declarant/	Witness:			
ঘোষণাকাৰী/সাঙ্কীৰ নাম:		সাঙ্কীৰ স্বাক্ষৰ:	সাঞ্চীৰ শ্বাহ্মৰ:			
Contact No. of Declarant/ Witr			Claimant relation with Declarant/ Witness:			
ঘোষণাকাৰী/সাষ্কীৰ ফোন নং.:		ঘোষণাকাৰী/সাঙ্কীৰ সৈতে দাবী	ন্ৰৰ সম্বন্ধ:			
Date:						
						

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

এই কৰ্মৰ লগত জমা দিব লগীয়া দম্ভাবেজ:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ (পৰিয়ালৰ চিকিৎসক বা চিকিৎসা কৰি থকা চিকিৎসকৰ পৰা) পি এন বি মেটলাইফৰ মানক ফৰ্মেটভ হ'লে ভাল
- Discharge Summary confirming the surgery undergone অস্ত্ৰোপচাৰ কৰোৱাটো নিশ্চিত কৰা ডিন্চাৰ্জ চামাৰী
- All past medical records for any treatment taken গ্ৰহণ কৰা যিকোনো চিকিৎসাৰ বাবে অতীতৰ সকলো মেডিকেল ৰেকৰ্ড
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook কেলচেল চেক/বেঙ্ক পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি
- PAN Card/ Form 60 of the life assured পেন কাৰ্ড / জীৱন নিশ্চিত ৰ প্ৰপত্ৰ 60
- Current address proof
- Photo identity proof
- ফটো পৰিচয়ৰ প্ৰমাণ
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor . তল নগদ লাভালাভৰ দাবী ফৰ্ম সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকৰ দ্বাৰা সত্যায়িত কৰিব লাগিব
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH শাথা/জি পি এইছত গ্ৰাপ্ত হোৱা দাবীৰ ক্ষেত্ৰত যোগাযোগ যদি তৃতীয় পক্ষৰ জৰিয়তে কৰা হৈছে তেন্তে দাবীদাৰৰ পৰা কৰ্তৃত্ব প্ৰদানৰ পত্ৰ

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

বিঃদ্রঃ:– যদি আধাৰ কার্ড কে ৱাই চি প্রমাণ হিচাপে দাখিল কৰিছে তেন্তে অনুৰোধৰ সৈতে আধাৰ নম্বৰৰ প্রথম ৮ টা অংক অজ্ঞাত ৰাখক

Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore -560001. IRDA of India Registration number 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor, Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai – 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203 পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইঞ্চুৰেঞ্চ কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহিজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডএ পঙ্গীমন নম্বৰ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওেৱবচাইট: <u>www.pnbmetlife.com</u>, ইেমইল: <u>indiaservice@pnbmetlife.co.in</u> অথবা 1ম মহলা, টেকলিপ্লেক্স-1, টেকলিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাকাৰ ক্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ল: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203