

Milkar life aage badhaein

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, Karnataka. 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 লং. 701, 702 আৰু 703, সম্ভম মহলা, গুৱেষ্ট উইং , ৰাহিজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডএ পঞ্জীয়ন লম্বৰ ১১৭ চিআই লং. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিলামূলীয়া কল কৰক–1-800-425-6969, (ওৱবচাইট: www.pnbmetlife.com, (ইমইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অখবা ১ম মহলা, টেকলিপ্লেক্স–১, (টেকলিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ ঢাভাকাৰ ক্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই–400062, ফ'ল: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

Disability Claim Form

If "yes" please attach the copy of Accident: _____ যদি ''হয়'' তেন্তে অনুগ্ৰহ কৰি দুৰ্ঘটনাৰ এটা প্ৰতিলিপি দাখিল কৰক:

অক্ষমতাৰ ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰ											
	POLIC পলিচ	CY NUMBER ो नम्रब									
Important Instructions:	<u> </u>						_	I			
<u>ভূব্দুপূৰ্ণ নিৰ্দেশনা:</u> To be completed by the claimant in BLOCK letters											
প্ৰ-পত্ৰখন দাবীদাৰে ডাঙৰ হৰফেৰে পূৰ কৰিব লাগিব।											
Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. অনুগ্ৰহ কৰি আটাইবোৰ প্ৰশ্নৰ উত্তৰ প্ৰদান কৰক, খালী ঠাই এবাৰ পৰিৱৰ্তে সংশ্লিষ্ট স্থানত "প্ৰযোজ্য নহয়" বুলি উল্লেখ কৰক।											
জনুমৰ কৰা আগ্ৰেমাৰ প্ৰায়ৰ তৰৰ প্ৰায়াল কৰক, বালা চাৰে আৰাৰ নাৰ্বাহত সংখ্যাল কৰিব। প্ৰত্যাল্যক সংশোধন/সালসলনি ঘটাৰালগীয়া হয় তাত এটা কাউন্টাৰ-ছাইন বা প্ৰতিস্থান্ধৰ প্ৰদান কৰিব।											
Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing. সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ অত্যাৱশ্যকীয়। সাক্ষীগৰাকী এগৰাকী গেজেটেড বিষয়া/নটাৰী/দণ্ডাধীশ বা স্থানীয় পাৰিষদৰ ব্যক্তি হ'ব লাগিব।											
CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM দাবীদাৰে প্ৰতিটো পৃষ্ঠাৰ নিমাংশত স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব লাগিব।											
The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our Company. No agent has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company. এই ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰখন পূৰণ কৰা মানেই এইটো নুবুজায় যে কোম্পানী উক্ত ক্লেইম অনুসাৰে দায়বদ্ধ হ 'ব। কোম্পানীৰ হৈ কোনো এজেন্টকে দায়বদ্ধতা দাখিল কৰাৰ বাবে কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰা হোৱা নাই।											
Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above. অনুগ্ৰহ কৰি ওপৰত উল্লেখিত ঠিকনাত বা নিকটৱৰ্তী শাখা কাৰ্যালয়ত এই প্ৰ-পত্ৰ আৰু প্ৰয়োজনীয় নথি-পত্ৰসমূহ দাখিল কৰক।											
Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest. সোনকালে আৰু সম্পূৰ্ণভাৱে প্ৰয়োজনীয় নথি-পত্ৰবোৰ দাখিল কৰিলেহে কোম্পানীয়ে তৎকালীনভাৱে প্ৰচেছ কৰিবলৈ সক্ষম হ'ব।											
CLAIMANT DETAILS: দাবীদাৰৰ সবিশেষ:											
Name of the Insured: বীমাকৃত ব্যক্তিগৰাকীৰ নাম:											=
Address:											_
ঠিকনা:											_
Contact No.: ফোন নং:											-
Bank Account Number of the Claimant*:											_
(favoring which the claim cheque is to be issued)											
দাবীদাৰৰ বেঙ্ক একাউন্ট নং*:											-
(যাৰ নামত বেঙ্কে ক্লেইমৰ চেক জাৰি কৰিব)											
Name & Address of the Bank*:										-	
বেষ্কৰ নাম আৰু ঠিকনা*:											
DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABLITY: সংকটজনক স্বাস্থ্য অৱস্থাৰ বাবে বীমাকৃত ব্যক্তিজনক চিকিৎসা কৰা চিকিৎসক / চিকিৎসালয়ৰ সবিশেষ:											
Name of the Doctor:											
চকিৎিসকগৰাকীৰ নাম:											_
Name of the Hospital: চিকিৎসালয়ৰ নাম:											-
Address:											-
ठिकनाः											-
	E-mail address:										_
Contact No.: ফোনং:	ই-মেইল ঠিকনা:										_
SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions): কোনটো অক্ষমতা উদ্ভৱ হৈছিল সেয়া নির্দিষ্ট কৰক : (পলিচীৰ সংজ্ঞা তালিকা অনুযায়ী):											
Loss of sight of one Eye એક આંખની દ્રષ્ટિ ગમાવવી	Loss on use of one Limb এটা অংগ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱৰা অৱস্থা			Loss of দুয়োটা চকু			he eyes	5			
Uss of Hearing প্রবণশক্তি হেবুওৱা	Loss of use of two limbs দুটা অংগ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱৰা অৱস্থা				one lir	nb & los		ht of one	e eye		
Loss of speech and hearing বাকশক্তি আৰু শ্ৰৱণশক্তি হেৰুঙৱা	Loss of Speech বাকশক্তি হেৰুওৱা					\$1. .					
DETAILS OF ACCIDENT: দুর্ঘটনাৰ সবিশেষ:											_
Cause of Accident: দুৰ্ঘটনাৰ কাৰণ:											\neg
Date of Accident:				-			-	-			-
Is FIR lodged: Yes No এজাহাৰ দাখিল কৰা হৈছিল নে: হয় নহয়											_

HISTORY পূৰ্বৰ সৰিশেষ		
Date of appearance of first symptoms:		
প্রথমবাৰ উপসর্গ লক্ষ্য কৰা তাৰিখ: Have you ever had the similar condition in past: □ Yes □ No		
নৱপ্ত you ever had the similar condition in past. বেগীগৰাকীয়ে অতীততো তেনে বা ঠিক তেনে ধৰণৰ পৰিস্থিতিত ভুগিছিল নেকি: ইয় নহয়		
(If "yes," state when and provide details):		
্যদি ''হয়'' তেন্তে কেতিয়া হৈছিল সেয়া উল্লেখ কৰক৷ অনুগ্ৰহ কৰি প্ৰয়োজনসাপেক্ষে আন এটা পৃষ্ঠা গাঁথি দিয়ক):		
PRESENT CONDITION: বর্তমানৰ পৰিস্থিতি:		
Present symptoms: বৰ্তমানৰ লক্ষণসমূহ:		
Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests):		
লক্ষণীয় দিশসমূহ (ইয়াত বৰ্তমানৰ এক্স-ৰে', ইচিজি বা অন্য কোনো বিশেষ পৰীক্ষাৰ ফলাফলসমূহ সন্নিৱিষ্ট থাকিব।)		
Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard:		
এই সংক্রান্তত প্রথমবাৰ চিকিৎসালয় / চিকিৎসকক সাক্ষাৎৰ তাৰিখ: OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.:		
অ'পি নং/হাম্পাতাল নং/ভর্তি হোৱা ৰোগীৰ নং:Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other):		
(অপ্তিম সাক্ষাতৰ তাৰিখ: সাক্ষাতৰ সঘনতা (সাপ্তাহিক/মাহেকীয়া/অইন) :		
Date of Last examination:		
PROGRESS: স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:		
Recovered	Unimproved 🔲 অপৰিৱৰ্তনীয়	Retrogressed অৱনতি
DECLARATION: ঘোষণা:		
l do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness tacquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উপৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য আৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে পিএনবি মেটলাইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ দ	o divulge any knowledge or information regarding য়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয়াৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত কৰা নাই। মই	my state of health which he/they may have
চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক মোৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনৰি এ I/We hereby further consent, and duly authorize, PNB MetLife to use, store, share, transfer and disclo MetLife (whether contained in this document or obtained otherwise) which may include but not limited engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associ	se any of the personal and sensitive information of the my KYC documents to any individual / organiz	ation / entity associated or affiliated with o
engaged by FNB Metche, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associate services. ভদুপৰি, মই/আমি পিএলবি মেটলাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ একত্ৰিভ কৰা বা পিএলবি মেটলাইফৰ ওচৰভ		
প্ৰদান কৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি কৰিবলৈ সু–সন্মতি দিছোঁ, আৰু বিধিগতভাৱে কৰ্তৃত্ব প্ৰদান ক	ছোঁ (লাগে সেয়া দস্তাবেজত অন্তর্ভুক্ত থাকক বা অৰ	ন্য ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য ['] ত এই দাবী প্ৰচেছি
কৰিবলৈ আৰু / বা পৰৱৰ্তী সেৱাসমূহ প্ৰদান কৰাৰ বাবে সন্ত্যায়িত কৰাৰ উদ্দেশ্যেৰে পুনঃবিমাকৰ্তা, ক্লেইম বা জড়িত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়িত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে, কিন্তু ইয়াতে স		ষ্ণ্ৰলকে ধৰি পিএনবি মেটলাইফৰ সৈতে সম্বন্ধিও
Signature/Left Thumb impression of claimant:	Date:	
সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ বা বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ টিপচহী:	তাৰিখ:	
Name & Signature of Witness:	Date:	
সাকীৰ নাম আৰু স্বাক্ষৰ:	তাৰিখ:	
Official Seal of the Witness: সাক্ষীৰ কাৰ্যালয়ৰ ছীলমোহৰ:		
Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the cla has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian languathe contents of the above form to claimant.		
the contents of the above form to cummin. টোকা : ভাৰতীয় ভাষাত স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিলে স্বাক্ষৰৰ তলত তাৰ ইংৰাজী অনুবাদ থাকিব লাগিব। তাৰ পিচত ভাৰতীয় ভাষাত স্বাক্ষৰ কৰা দাবীদাৰে ভাৰ পোৱা লোকে ভাৰতীয় ভাষাতে বৰ্ণনা কৰি দিছে, যিগৰাকী লোকেও দাবীদাৰক প্ৰ-পত্ৰৰ বিষয়বস্তুসমূহ বুজাই দিয়া বুলি উল্লেখ কৰি ঘোষণামূলক স্বাক্ষৰ প্ৰদা		ইবোৰ বিষয়বস্তু বুজি পাইছে আৰু তেওঁক এগৰাকী ইংৰাজী বুজি