

HISTORY পূৰ্বৰ সবিশেষ

Date of appearance of first symptoms: _____
প্রথমবার উপসর্গ লক্ষ্য কৰা তাৰিখ: _____
Have you ever had the similar condition in past: Yes No
বোগীগৰাকীয়ে অতীততে তেনে বা ঠিক তেনে ধৰণৰ পৰিস্থিতিত ভুগিছিল নেকি: হয় নহয়
(If "yes," state when and provide details): _____
যদি "হয়" তেন্তে কেতিয়া হৈছিল সেয়া উল্লেখ কৰক। অনুগ্রহ কৰি প্ৰয়োজনসাপেক্ষে আন এটা পৃষ্ঠা গাঁথি দিয়ক: _____

PRESENT CONDITION: বৰ্তমানৰ পৰিস্থিতি:

Present symptoms: _____
বৰ্তমানৰ লক্ষণসমূহ: _____
Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
লক্ষণীয় দিশসমূহ (ইয়াত বৰ্তমানৰ এক্স-ৰে, ইটিজি বা অন্য কোনো বিশেষ পৰীক্ষাৰ ফলাফলসমূহ সন্নিৱিষ্ট থাকিব।) _____

TREATMENT: চিকিৎসা:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
এই সংক্রান্ত প্রথমবার চিকিৎসালয় / চিকিৎসকক সাক্ষাৎৰ তাৰিখ: _____
OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
আপি নং/স্থাপাতাল নং/ভৰ্তি হোৱা বোগীৰ নং: _____
(Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
(অন্তিম সাক্ষাৎৰ তাৰিখ: _____ সাক্ষাৎৰ সঘনতা (সাপ্তাহিক/মাহেকীয়া/অন্য): _____
Date of Last examination: _____
অন্তিমটো পৰীক্ষাৰ তাৰিখ: _____

PROGRESS: স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
উপশম উন্নয়ন অপৰিবৰ্তনীয় অৱনতি

DECLARATION: ঘোষণা:

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights. I hereby authorize the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding my state of health which he/they may have acquired 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 দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয়াৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনো অসুস্থতা বা বুগুতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা বা চিকিৎসা প্ৰদান কৰা চিকিৎসালয় / চিকিৎসক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক মোৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনবি মেটলাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব পাৰে।

I/We hereby further consent, and duly authorize, PNB MetLife to use, store, share, transfer and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this document or obtained otherwise) which may include but not limited to my KYC documents to any individual / organization / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/ federations, for the purpose of processing this claim and / or for providing subsequent services.

তদুপৰি, মই/আমি পিএনবি মেটলাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ একত্ৰিত কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচৰত উপলব্ধ থকা যিকোনো ব্যক্তিগত আৰু সংবেদনশীল তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান-প্ৰদান কৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি কৰিবলৈ সু-সন্মতি দিছোঁ, আৰু বিধিগতভাৱে কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰিছোঁ (লাগে সেয়া দস্তাবেজত অন্তৰ্ভুক্ত থাকক বা অন্য ধৰণে প্ৰাপ্ত হওক) য'ত এই দাবী প্ৰচেষ্টা কৰিবলৈ আৰু / বা পৰৱৰ্তী সেৱাসমূহ প্ৰদান কৰাৰ বাবে সত্যায়িত কৰাৰ উদ্দেশ্যে পুনঃবিমৰ্কাৰ্তা, ক্লেইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিদ্বেতা আৰু উদ্যোগৰ সন্থা/ফেডাৰেশ্বনকে ধৰি পিএনবি মেটলাইফৰ সৈতে সম্বন্ধিত বা জড়িত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়িত সংঘই মোৰ কে ৰাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে, কিন্তু ইয়াতে সীমিত নহয়।

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____
সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ বা বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ টিপচহী: _____ তাৰিখ: _____
Name & Signature of Witness: _____ Date: _____
সাক্ষীৰ নাম আৰু স্বাক্ষৰ: _____ তাৰিখ: _____
Address of Witness: _____
সাক্ষীৰ ঠিকনা: _____
Official Seal of the Witness: _____
সাক্ষীৰ কাৰ্যালয়ৰ ছীলমোহৰ:

Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian language by an English knowing person who shall also sign to the effect that he has fully explained the contents of the above form to claimant.

টোকা: ভাৰতীয় ভাষাত স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিলে স্বাক্ষৰৰ তলত তাৰ ইংৰাজী অনুবাদ থাকিব লাগিব। তাৰ পিছত ভাৰতীয় ভাষাত স্বাক্ষৰ কৰা দাবীদাৰে ভাৰতীয় ভাষাতে এটা ঘোষণা দিব লাগিব যে তেওঁ প্ৰ-পত্ৰত ওপৰত থকা আটাইবোৰ বিষয়বস্তু বুজি পাইছে আৰু তেওঁক এগৰাকী ইংৰাজী বুজি পোৱা লোকে ভাৰতীয় ভাষাতে বৰ্ণনা কৰি দিছে, যিগৰাকী লোকেও দাবীদাৰক প্ৰ-পত্ৰৰ বিষয়বস্তুসমূহ বুজাই দিয়া বুলি উল্লেখ কৰি ঘোষণামূলক স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব।