

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

ଟିକିଆଲୟରେ କ୍ୟାସ୍ ବେନିଫିଟ୍ ଦାବି ଫର୍ମ

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self) ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରା କରାଯିବ (ନିଜେ ଓ ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ ବୀମିତ) ଏବଂ ମାଧ୍ୟମିକ ବୀମିତ (ନିଜ ପାଇଁ)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ନୋଟ୍: ଦୟାକରି ତଳେ ସବୁ ପୃଷ୍ଠାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ

General instructions:

ସାଧାରଣ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ:

- While answering questions in the claim form and providing any other information in respect of the claim, the Claimant must make a full and frank disclosure of all material facts.
ଦାବିପତ୍ରରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦେବା ସମୟରେ, ଦାବି ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ଅନ୍ୟ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା, ଦାବିଦାରଙ୍କୁ ସମସ୍ତ ବସ୍ତୁତତ ତଥ୍ୟ ଖୋଲାଖୋଲି ପ୍ରକାଶ କରିବା ଉଚିତ।
Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.
ପଲିସି ଅନ୍ତର୍ଗତ ଲାଭ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା ପାଇଁ ପଲିସି ଦସ୍ତାବିଜକୁ ଧ୍ୟାନ ସହିତ ପଢନ୍ତୁ।
All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
ଦାବିପତ୍ରରେ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ସଂଶୋଧନ ପୂରା ବିଧିବଦ୍ଧ ଭାବରେ ପ୍ରତିସ୍ୱାକ୍ଷର କରାଯିବ।
If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
ଯଦି ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନ ଅପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ଅଛି, ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ସଂଯୋଗକାରୀ (ଆନେକ୍ସର) ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ।
Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.
ଦୟାକରି ଶୀଘ୍ର ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବା ପାଇଁ ଦାବିପତ୍ର ସହିତ ଆବଶ୍ୟକ ଦସ୍ତାବିଜ ଜମା କରନ୍ତୁ।
The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.
କମ୍ପାନୀ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ଅଧିକ ପ୍ରମାଣ ପାଇଁ କଲ୍ କରିବା ସକାଶେ ଅଧିକାର ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିଛି।
Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.
ଆମ ଦ୍ୱାରା ବିଧିବଦ୍ଧ ସ୍ୱୀକୃତ ଫର୍ମର ଉପସ୍ଥାପନ ଦାବିର ସ୍ୱୀକୃତ ପାଇଁ ରାଶି ଦରକାର କରେ ନାହିଁ।
(\*) Mandatory fields
(\*) ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ କ୍ଷେତ୍ର

1. Particulars of Life Assured: ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ:

Policy Number\*:
ପଲିସି ନମ୍ବର\*:
Name of the Life Assured\*:
ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ନାମ\*:
Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life):
ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ନାମ (ଯଦି ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତି ଏକ ଅପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ କିମ୍ବା ମଧ୍ୟମ ବୟସ୍କ ଅଟନ୍ତି):
Date of Birth: Sex: Male Female
ଜନ୍ମ ତାରିଖ: ଲିଙ୍ଗ: ପୁରୁଷ ମହିଳା
Address:
ଠିକଣା:
Tel/Mobile number: Email:
ଟେଲିଫୋନ୍/ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର: ଇମେଲ୍:
Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes No
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
କଣ ଆପଣ ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ପରିଶୋଧ କରାଯିବା ପାଇଁ ଚାହାନ୍ତି କି: ହଁ ନାହିଁ
(ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଯଦି ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତି ମଧ୍ୟମ ବୀମିତ ଅଟନ୍ତି)
Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no. \*:
ଦାବିଦାର/ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ (ଉପଯୁକ୍ତ ଭାବରେ) ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାର ନଂ \*:
Name of the Bank, Address \*:
ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ, ଠିକଣା\*:



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.

ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସମ୍ପର୍କିତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ ଯେ ପିଏନ୍‌ଏମ୍‌ଏଲ୍ ଲାଇଫ୍ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ / ଆମଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବନ୍ଧନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥିବା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ହାସଲ କରାଯାଇଥିବା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ) କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛୁ, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ପିଏନ୍‌ଏମ୍‌ଏଲ୍ ଲାଇଫ୍ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟରତ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଜଡ଼ିତ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେଥୁଲକ୍ଷ୍ୟ ଦଲିଲ୍ ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନୁକୂଳ କରେ ପୁନଃ ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ଭେଣ୍ଡର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତା ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ।

Signature / Thumb impression of the Claimant: \_\_\_\_\_

ଦାବିଦାରଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଟିପ୍ ଚିହ୍ନ: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

Signature of the Witness/Declarant: \_\_\_\_\_ Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_

ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: \_\_\_\_\_ ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

6. **VERNACULAR DECLARATION:** (To be given if claim form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.)

**ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଘୋଷଣାପତ୍ର:** (ଯଦି ଦାବିପତ୍ର ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର ହୋଇଛି କିମ୍ବା ଦାବିଦାର ସ୍ୱାକ୍ଷର ପରବର୍ତ୍ତୀ ଟିପ୍ ଚିହ୍ନ ବ୍ୟବହାର କରିଛନ୍ତି ଦେବାକୁ ହେବ।)

I have explained the contents of this claim form to the Claimant in \_\_\_\_\_ (language) and ensured that the contents have been fully understood by him/her. I have accurately recorded the Claimant's responses to the information sought in the claim form. I have read out the responses to the Claimant and he/she has confirmed that they are correct and affixed his/her thumb impression after fully understanding the same.

ମୁଁ \_\_\_\_\_ (ଭାଷାରେ) ଦାବିଦାରଙ୍କ ପାଇଁ ଏହି ଦାବିପତ୍ରର ବିଷୟବସ୍ତୁ ବୁଝାଇ ଏବଂ ସୁନିଶ୍ଚିତ ଯେ ବିଷୟବସ୍ତୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ତାଙ୍କ/ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଇଛି। ମୁଁ ଦାବିପତ୍ରରେ ମଗାଯାଇଥିବା ତଥ୍ୟ ପାଇଁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଉତ୍ତର ସଠିକ ଭାବରେ ରେକର୍ଡ୍ କରାଯାଇଛି । ମୁଁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଉତ୍ତର ପଢ଼ିଛି ଏବଂ ସେ/ସେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନିଶ୍ଚିତ ଯେ ସେମାନେ ଠିକ୍ ଅଛନ୍ତି ଏବଂ ତାହାକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୁଝିସାରିବା ପରେ ତାଙ୍କର ଟିପ୍ ଚିହ୍ନ ଲଗାଇଛନ୍ତି।

Signature of the Witness/Declarant: \_\_\_\_\_ Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_

ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: \_\_\_\_\_ ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_