

## HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

### ਹਸਪਤਾਲ ਨਕਦ ਫਾਇਦੇ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)

ਮੁੱਖ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ (ਆਪ ਅਤੇ ਨਬਾਲਿਗ ਦੇ ਲਈ) ਅਤੇ ਗੌਣ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ (ਆਪ ਦੇ ਲਈ) ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ਨੋਟ: ਸਾਰੇ ਵਰਕਿਆਂ ਉੱਤੇ ਹੇਠਲੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।

#### General instructions:

##### ਸਧਾਰਨ ਨਿਰਦੇਸ਼:

- 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. ਜਦੋਂ ਦਾਅਵਾ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਅਤੇ ਦਾਵੇ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਲੱਥ ਕਰਾਵੇ ਦਾਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਸਾਰੇ ਤੱਥਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਅਤੇ ਸਾਫ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy. ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਫਾਇਦਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ, ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨੇ ਦੀ ਦਇਆ ਕਰੋ।
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full. ਦਾਅਵਾ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸੁਧਾਰ ਉੱਤੇ ਵਿਧਿਵਤ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form. ਜੇਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸਥਾਨ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੇ ਨਾਲ ਲੋੜੀਂਦੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing. ਦਾਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਦਾਅਵਾ ਪੱਤਰ ਦੇ ਨਾਲ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ।
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim. ਕੰਪਨੀ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣ ਮੰਗਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim. ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਧਿਵਤ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਾਵੇ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- (\* ) Mandatory fields  
(\* ) ਜ਼ਰੂਰੀ ਖੇਤਰ

#### 1. Particulars of Life Assured:

##### ਬੀਮਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਬਿਊਰੇ:

Policy Number\*: \_\_\_\_\_

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ\*: \_\_\_\_\_

Name of the Life Assured\*: \_\_\_\_\_

ਬੀਮਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ\*: \_\_\_\_\_

Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life): \_\_\_\_\_

ਮੁੱਖ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਜਿਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਬੀਮਤ ਵਿਅਕਤੀ ਇੱਕ ਨਬਾਲਿਗ ਜਾਂ ਗੌਣ ਹੈ): \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: Male  Female

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_ ਲਿੰਗ: ਪੁਰਸ਼  ਇਸਤਰੀ

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

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

Tel/Mobile number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

ਟੈਲੀਫੋਨ / ਮੋਬਾਇਲ ਨੰ. : \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ : \_\_\_\_\_

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes  No

(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਮੁੱਖ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦੇ ਪੱਖ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ: ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

(ਬੀਮਤ ਜੇਕਰ ਗੌਣ ਬੀਮਤ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਤਾਂ ਲਾਗੂ)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.\*: \_\_\_\_\_

ਦਾਵੇਦਾਰ / ਪ੍ਰਧਾਨ ਬੀਮਾਧਾਰਕ (ਵਰਗਾ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਦਾ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰ.\*: \_\_\_\_\_

Name of the Bank, Address\*: \_\_\_\_\_

ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ\*: \_\_\_\_\_

#### 2. Particulars of Complaints and Symptom

##### ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਲੱਛਣ ਦੇ ਬਿਊਰੇ

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: \_\_\_\_\_

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਾ ਜਿੱਥੇ ਭਰਤੀ ਕਰਾਇਆ: \_\_\_\_\_

II. Reason for Hospitalization: \_\_\_\_\_

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਣ: \_\_\_\_\_

III. Date of disease (first diagnosis/surgery): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)

ਤਾਰੀਖ (ਜਦੋਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਰੋਗ ਦੀ ਨਿਦਾਨ/ ਸਰਜਰੀ ਹੋਈ): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ)

IV. Date and time of admission: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)

ਦਾਖਿਲੇ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)

V. Exact diagnosis /condition(s): \_\_\_\_\_

ਸਟੀਕ ਨਿਦਾਨ / ਹਾਲਤ (ਹਾਲਤਾਂ): \_\_\_\_\_

VI. Investigations undergone: \_\_\_\_\_  
ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਗੁਜ਼ਰਿਆ: \_\_\_\_\_

VII. Date and time of discharge: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ਛੁੱਟੀ ਦਾ ਸਮਾਂ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ਨੌਜੋਕਤਾ (ਵਾਂ) ਦਾ ਪੇਸ਼ਾ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਦੂਰਭਾਸ ਨੰ. ਦਾ ਵੇਰਵਾ: \_\_\_\_\_

IX. ICU Benefit Available: Yes No Recuperation Benefit availed: Yes No  
ਗਰਨ ਚਿਕਿਤਸਾ ਕਰਕੇ ਦਾ ਵਾਇਦਾ ਚੁੱਕਿਆ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਆਰੋਗਿਅਲਾਭ ਦਾ ਵਾਇਦਾ ਚੁੱਕਿਆ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ

X. Date and time of Admission into ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ਗਰਨ ਚਿਕਿਤਸਾ ਕਰਕੇ ਵਿੱਚ ਪਰਵੇਸ਼ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)

XI. Date & time of Discharge from ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ਗਰਨ ਚਿਕਿਤਸਾ ਕਰਕੇ ਵਲੋਂ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)

3. Following reports and documents taken before and during treatment or operation are enclosed:

ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਂ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਦੌਰਾਨ ਲਏ ਅਤੇ ਲਿਖੇ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਹਨ

a) Copy of Admission Notes   
ਦਾਖਿਲਾ ਨੋਟ ਦੀ ਕਾਪੀ

b) Copy of Discharge Summary   
ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਮੱਲੇ ਦੀ ਕਾਪੀ

c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill   
ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਅੰਤਮ ਨਕਦ ਭੁਗਤਾਨ ਬਿੱਲ ਦੀ ਕਾਪੀ

d) Any others. Please mention: \_\_\_\_\_  
ਕੋਈ ਹੋਰ ਉਸਦਾ ਚਰਚਾ ਕਰੋ: \_\_\_\_\_

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)

(ਉਪਰੋਕਤ ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਮੂਲ ਪ੍ਰਤੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬੀਐਸਐਮ ਦੁਆਰਾ ਸਤਿਆਪਨ ਲਈ ਸ਼ਾਖਾ ਉੱਤੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

4. Particulars of doctors consulted and hospital / medical centre wherein the Life Assured was admitted currently or for any other previous illness:

ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੇ ਚਿਉਰੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਬੀਮਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਸਲਾਹ ਲਈ, ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ/ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਜਿੱਥੇ ਉਸ ਨੂੰ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਪਿਛਲੇ ਰੋਗ ਲਈ ਭਰਤੀ ਕਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ।

Sr. No ਕ੍ਰਮ ਸੰਖਿਆ	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ਡਾਕਟਰਾਂ/ ਹਸਪਤਾਲ/ ਮੈਡੀਕਲ ਕੇਂਦਰਾਂ ਦੇ ਨਾਮ	Date of first consultation ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਪਰਾਮਰਸ਼ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Address ਪਤਾ	Registration no. of Doctors/ Hospitals ਡਾਕਟਰਾਂ/ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਣ ਨੰ.	Date of Admission & operation ਭਰਤੀ ਅਤੇ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Date of Discharge ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਿਕਾਰ:

I \_\_\_\_\_ do solemnly declare and confirm that the foregoing answers and statements are true and complete in all respects.

ਮੈਂ \_\_\_\_\_ ਸਤਿ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਠਾ ਨਾਲ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਕਿ ਪੂਰਬਗਾਮੀ ਜਵਾਬ ਅਤੇ ਬਿਆਨ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੱਚ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਹਨ।

I hereby authorize any medical practitioner or hospital or nursing home or medical clinic who or which has attended upon or examined or treated me/Life Assured for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding my/Life Assured's state of health which he/she/they may have acquired before or after the issuance of the policy, to PNB MetLife India Life Insurance Co Ltd, any of its offices or a Court of law, or any grievance redressal forum. I hereby confirm that this authorization is notwithstanding any law, custom or usage for the time being in force prohibiting any physician or hospital from divulging any knowledge or information, acquired by him/ her/them in attending upon or examining a person on the ground of secrecy.

ਮੈਂ ਇਸ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਚਿਕਿਤਸਕ, ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ, ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ, ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੀਨਿਕ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਮੈਨੂੰ/ ਬੀਮਤ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰੋਗ ਦੇ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲਿਆ ਨੂੰ ਮੇਰੀ / ਬੀਮਤ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਉਹ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ, ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ ਨੂੰ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ, ਨੂੰ ਇਸ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਫਤਰ, ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਅਦਾਲਤ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਿਕਾਇਤ ਫੁਟਕਾਰਾ ਰੰਗ ਮੰਚ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਜਾਹਰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਕਰਨਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਹੈ, ਜੋ ਉਸ ਸਮੇਂ ਪ੍ਰਚੱਲਤ ਕਿਸੇ ਰਿਵਾਜ ਦੇ ਵਰਤੋਂ ਵਲੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਉੱਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਗੁਪਤ ਦੀ ਜ਼ਮੀਨ ਉੱਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਫ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਰੋਕ ਲਗਾਉਂਦਾ ਹੈ।

Further, I hereby authorize any insurance company, government organization, employer, other organization, institution or person to release to PNB MetLife India Insurance Company Ltd or its duly authorized representatives any record or knowledge about my/Life Assured. I hereby confirm that such information shall without limitation include information about my/Life Assured's health (including any information relating to the use of drugs or Alcohol, AIDS, or mental and physical history, condition, advice or treatment), earnings or other insurance benefits.

ਇਸ ਦੇ ਇਲਾਵਾ, ਮੈਂ ਇਸ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਨੂੰ ਇਸ ਦੇ ਵਿਧਿਵਤ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ / ਜੀਵਨ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਰਿਕਾਰਡ ਜਾਂ ਗਿਆਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਗਠਨ, ਨੌਜੋਕਤਾ, ਹੋਰ ਸੰਗਠਨ, ਸੰਸਥਾ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਬੀਮਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ, ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੀਮਾ ਦੇ (ਡਰਗਜ਼ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ, ਏਡਜ਼, ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਇਤਿਹਾਸ, ਹਾਲਤ, ਸਲਾਹ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਹਤ) ਮੇਰੇ/ ਜੀਵਨ ਬੀਮਤ ਦੇ ਸਿਹਤ, ਕਮਾਈ ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਵਾਇਦਾ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗਾ।

I hereby declare that I am entitled to make the above authorizations. I also agree to render help to PNB MetLife India Life Insurance Co Ltd or its duly authorized representatives to gather the said information or any information that may help the company to process this claim and to use the information in whatever manner as may be deemed to be fit in furtherance of the claim.

ਮੈਂ ਇਸ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਉੱਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਵੀ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਵਿਧਿਵਤ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ, ਜੋ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਮੱਗੀ ਜਾਂ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਿਸ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਵਲੋਂ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

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.

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ (ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਕੋਲ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ, ਸਟੋਰ ਕਰਨ, ਸੇਅਰ ਕਰਨ, ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਲਈ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੂੰ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਕੇਵਲੀਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪਰ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਅਤੇ/ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਐਫਿਲੀਏਟਿਡ ਜਾਂ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ/ਸੰਸਥਾ/ਹਸਤੀ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੁਨਰ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਦਾਅਵਾ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕਰੇਤਾ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨਾਂ/ ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

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

ਦਾਵੇਦਾਰ ਦਾ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ: \_\_\_\_\_

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

ਸਥਾਨ: \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

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

ਗਵਾਹ / ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਗਵਾਹ / ਦਾਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

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

ਸਥਾਨ: \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

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

**ਮਕਾਮੀ ਭਾਸ਼ਾ ਘੋਸ਼ਣਾ:** (ਜੇਕਰ ਦਾਵੇਦਾਰ ਨੇ ਦਾਅਵਾ ਪੱਤਰ ਉੱਤੇ ਮਾਕਮੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ ਜਾਂ ਬਜਾਏ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

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.

ਮੈਂ ਦਾਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਇਸ ਦਾਅਵਾ ਪੱਤਰ ਦੇ ਮਜ਼ਮੂਨ ਦੀ \_\_\_\_\_ (ਭਾਸ਼ਾ) ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਮਜ਼ਮੂਨ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਲੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਦੁਆਰਾ ਸਮਝ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਮੈਂ ਦਾਅਵਾ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਮੰਗੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਦਾਵੇਦਾਰ ਦੀ ਠੀਕ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਮੈਂ ਦਾਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਪੜ੍ਹਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਪੂਰਤੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਲੋਂ ਸਮਝਣ ਦੇ ਬਾਅਦ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਹੈ।

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

ਗਵਾਹ / ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਗਵਾਹ / ਦਾਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

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

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

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

ਸਥਾਨ: \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_