

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

पीएनबी मेटलाइफ इंया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,

नोंदणीकृत कार्यालयः युनिट क्रमांक 701, 702 व 703, सातवा मजला, पश्चिम विंग (बाजू), रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर – 560001 कर्नाटक. आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117.

सीआय क्रमांक U66010KA2001PLC028883. टोल फ्री क्रमांक U66010KA2001PLC028883 वर आमच्याशी संपर्क करा, वेबसाइट:<u>www.pnbmetlife.com</u>, इमेल:<u>indiaservice@pnbmetlife.co.in</u> किंवा आमच्या पत्त्यावर लिहा – पिहला मजला, टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर पूलाच्या बाजूला, गोरेगाव (पश्चिम), मुंबई – 400062, फोनः +91-22-41790000, फॅक्सः +91-22-41790203

Disability Claim Form विकलांगता दावा अर्ज

POLICY NUMBER /							
पॉलिसी क्रमांक							

Important Instructions:

महत्त्वाच्या सूचनाः

To be completed by the claimant in BLOCK letters

दावेदाराने मोठ्या (ब्लॉक) लिपीत पूर्ण करायचे

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.

कृपया सर्व प्रश्नांची उत्तर द्या. मोकळे ठेवण्याऐवजी, त्याप्रमाणे "लागू नाही" (एन/ए) वापरा

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing. CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

साक्षीदाराची स्वाक्षरी आवळ्यक आहे. साक्षीदार गॅझेटेड अधिकारी / नोटरी पब्लीक / दंडाधिकारी किंवा स्थानिक महत्त्वाची व्यक्ती असला पाहिजे. दावेदाराने सर्व पानांवर तळाशी स्वाक्षरी करावी

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.

हा अर्ज भरल्याचा अर्थ आमच्या कंपनीने जबाबदारी स्वीकारली असा होत नाही. कुठल्याही एजंटला अधिकार दिला नव्हता व दिला नाही की त्याने कंपनीच्या वतीने जबाबदारी स्वीकारावी.

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

कृपया अर्ज व आवश्यकता जवळच्या शाखा कार्यालयात किंवा वर नमूद केलेल्या पत्त्यावर सुपूर्त करा.

Early and complete submission of requirement	ente would en	able the company to process claims at	the earliest	
•			tile earliest.	
जर आवश्यकतांची सुपूर्तता लवकर व पूर्णपणे केली तर कंपनीर	।। दाव्याचा प्राक्रयाः	नवकरात लवकर करता यइल.		
CLAIMANT DETAILS: दावेदाराचा तापशीलः				
Name of the Insured:				
विमाधारकाचे नावः				
Address:				
पत्ताः				
Contact No.:		E-mail address:		
संपर्क क्रमांकः		इ-मेल पत्ताः		
Bank Account Number of the Claimant*:				
(favoring which the claim cheque is to be issued) दावेदाराचा बँक खाते क्रमांक*:				
(ज्या नावे दाव्याचा धनादेश जारी करायचा आहे)				
(उया नाव दाव्याचा घनादश जारा करायचा आह) Name & Address of the Bank*:				
बँकेने नाव व पना*				
बँकेचे नाव व पत्ता*:				
DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE IN: ज्या डॉक्टर /रुग्णालयाने विमाधारकाच्या गंभीर आजा				
Name of the Doctor:				
डॉक्टरचे नावः				
Name of the Hospital:				
रुग्णालयाचे नावः				
Address:				
पत्ताः				
Contact No.:		E-mail address:		
संपर्क क्रमांकः		इ-मेल पत्ताः		
SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per कोणते अपंगत्व लागू आहे ते नमूद करा (पॉलिसीमध्ये न				
Loss of sight of one Eye		Loss on use of one Limb		
एका डोळ्याची दृष्टी गमावली	_	एका अवयवाची क्षमता गमावली	_	दोन्ही डोळ्यांची दृष्टी गमावली
Loss of Hearing		Loss of use of two limbs		Loss of one limb & loss of sight of one eye
श्रवण क्षमता गमावली	_	दोन्ही अवयवांची क्षमता गमावली		एका अवयवाची क्षमता गमावली आणि एका डोळ्याची दृष्टी
Loss of speech and hearing		Loss of Speech		गमावली
भाषण आणि श्रवण क्षमता गमावली		भाषण क्षमता गमावली		
DETAILS OF ACCIDENT: अपघाताचा तपशीलः				
Cause of Accident:				
अपघाताचे कारणः				
Date of Accident:				
अपघाताची तारीखः				
Is FIR lodged:	☐ No			

एफआयआर दाखल केला आहे काः होय	नाही				
If "yes" please attach the copy of Accident:					
जर "होय", कृपया अपघाताच्या एफआयआरची प्रत जोड	Τ				
ніsтоку इतिहास					
Date of appearance of first symptoms:					
पहिली लक्षणे दिसली ती तारीखः					
Have you ever had the similar condition in past:	☐Yes	No			
तुम्ही अशाच परिस्थितीतून पूर्वी गेला आहात काः	होय	नाही			
(If "yes," state when and provide details):					
(जर "होय" असेल तर केव्हा व तपशील पुरवा):					
PRESENT CONDITION: सध्याची परिस्थितीः					
Present symptoms: सध्याची लक्षणेः					
Findings (include results of current X-rays, ECGs of	or any other special tests).				
Tillulings (melade results of earreness rays, 2003 e	any other special tests).				
निष्कर्ष (सध्याचा क्ष-किरण, इसीजी किंवा दुसऱ्या खास	चाचणीचे निष्कर्ष/निकाल)				
TREATMENT: औषधोपचारः					
Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard	d:				
रुग्णालय /डॉक्टरकडे या संदर्भात पहिल्या भेटीची तारीख					
OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.:					
· ·					
ओपी क्रमांक/रुग्णालय क्रमांक/आंतरिक रुग्ण क्रमांकः					
(Date of last visit:					
शेवटच्या भेटीची तारीखः	_ भेटीची वारंवारता (साप्ताहिक/मासिक/	′इतर):			
Date of Last examination:					
शेवटच्या परिक्षम/तपासणीची तारीखः					
PROGRESS:					
प्रगतीः					
□ Recovered	☐ Improved		Unimproved		ogressed
Recovered पूर्णतः बरा	Improved सुधारणा	П	Unimproved सुधारणा नाही	☐ Retro	-
☐ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION:	•	П			-
Recovered पूर्णतः बरा	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा	nd that in furnishing c ny ailment or illness t ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औषधोपचार केले,	सुधारणा नाही laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or 1 मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव	अवन s not admitted liability or waiv r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो	ती ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा
Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may in	nd that in furnishing c ny ailment or illness t ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औषधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and disclos iclude but not limited	सुधारणा नाही laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or 1 मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a	अवन s not admitted liability or waiv r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो कि, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization /	ed any of its rights. I hereby authorize ate of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणा: I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services.	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shan obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor	nd that in furnishing c ny ailment or illness to ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औषधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and disclos iclude but not limited s and industry associa	सुधारणा नाही laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or ो मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the	अवन s not admitted liability or waiv r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो कि, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla	ed any of its rights. I hereby authorize ate of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent
Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shan obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor	nd that in furnishing c ny ailment or illness to ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औषधोपचार केले, यड करावे. e, transfer and disclos iclude but not limited s and industry associa ोएनबी मेटलाइफशी संबं	Hधारणा नाही laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or ो मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देता र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the	s not admitted liability or waiver information regarding my sta niरलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो,	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्र	nd that in furnishing c ny ailment or illness to ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औपधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and disclos Iclude but not limited s and industry associa ोएन बी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए	Hधारणा नाही laim form PNB MetLife has be divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न किंवा संलग्न अ वि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या या ही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा
□ Recovered पूर्णतः वरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधान रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, उवापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्र	nd that in furnishing c ny ailment or illness to ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औपधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and disclos Iclude but not limited s and industry associa ोएन बी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए	Hधारणा नाही laim form PNB MetLife has be divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न किंवा संलग्न अ वि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या या ही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो,	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्र	nd that in furnishing c ny ailment or illness to ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औपधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and disclos Iclude but not limited s and industry associa ोएन बी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए	Hधारणा नाही laim form PNB MetLife has be divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न किंवा संलग्न अ वि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या या ही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा
□ Recovered पूर्णतः वरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधान रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, उवापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्र	nd that in furnishing c ny ailment or illness to ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औपधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and disclos Iclude but not limited s and industry associa ोएन बी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए	Hधारणा नाही laim form PNB MetLife has be divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न किंवा संलग्न अ वि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या या ही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणा: I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. #I/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, उ वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे.	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shan obtained otherwise) which may ir laim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्र ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं	nd that in furnishing on ailment or illness to ailment or illness to after a second and disclosucible but not limited send industry associal and industry associal actions are actions and industry associated actions are actions and industry associated actions are actions as a second actions are actions as a second action actions actions are actions as a second action actions are actions as a second action actions are actions as a second action action actions are actions as a second action action actions are actions as a second action actions actions actions are actions as a second action action actions acti	सुधारणा नाही laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or ो मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न किंवा संलग्न अ तबी मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि ाने आणि / किंवा त्यानंतरच्या	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो की, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ् हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विक्रेते
□ Recovered पूर्णतः वरा DECLARATION: घोषणा: I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was i मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी ।/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, उत्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	मुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing ony ailment or illness to rail अर्ज केल्याने पीएनर्ब किरता औषधोपचार केले, बड करावे. e, transfer and disclosiclude but not limited s and industry associal एनबी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए प्रक्रिया करण्याच्या उद्देश	Hुधारणा नाही laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or hे मेटलाइफने जवाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि ाने आणि / किंवा त्यानंतरच्या	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो की, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विक्रेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणा: I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनवी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. #I/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir laim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्र ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं	nd that in furnishing c ny ailment or illness to ावा अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औपधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and disclos iclude but not limited is and industry associa ोएनबी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए प्रक्रिया करण्याच्या उद्देश	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तो आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनवी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. #I/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प् ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to illness and industry associal illness and il	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तमे आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणा: I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनवी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. #I/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प् ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to illness and industry associal illness and il	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तमे आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनवी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. #I/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प् ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to illness and industry associal illness and il	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तमे आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणा: I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, उवापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प् ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to illness and industry associal illness and il	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तमे आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः वरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. ### माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प् ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to illness and industry associal illness and il	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तमे आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. ### माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प् ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to illness and industry associal illness and il	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तमे आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः वरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. ### माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उ e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने प् ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to illness and industry associal illness and il	laim form PNB MetLife has o divulge any knowledge or मेटलाइफने जबाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the धेत किंवा संलग्न अवि मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तमे आणि / किंवा त्यानंतरच्या Date:	अवन s not admitted liability or waive r information regarding my sta कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो ती, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि any individual / organization / purpose of processing this cla सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थ हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. ### माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले र्किवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल oter, shan obtained otherwise) which may ir aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्र ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि सं स्माठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर	nd that in furnishing on ailment or illness to rail अर्ज केल्याने पीएनर्ब करिता औपधोपचार केले, बड करावे. e, transfer and disclos clude but not limited s and industry associal गएनबी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए प्रक्रिया करण्याच्या उद्देश	laim form PNB MetLife has a divulge any knowledge or it मेटलाइफने जवाबदारी स्वीव त्यांना मी अधिकार देते/देतो र्व e any of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the bad किंवा संलग्न अंतवी मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तो आणि / किंवा त्यांनंतरच्या	s not admitted liability or waiver information regarding my stant कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो की, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this clant सलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्थे हेत किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विक्रेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was if ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी I/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यां नी उर e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may in aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्रज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि संस्ताठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर किंदि केला प्राप्त केला केला केला केला केला केला केला केला	nd that in furnishing on ailment or illness to real अर्ज केल्याने पीएनर्व करिता औपधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and discloss and industry associal एनवी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए प्रक्रिया करण्याच्या उद्देश का का का किया करण्याच्या उद्देश का का का किया का का किया के स्वाप्त करण्याच्या उद्देश का का का किया का किया का किया का किया की स्वाप्त करण्याच्या उद्देश का का किया का किया किया किया किया किया	laim form PNB MetLife has a divulge any knowledge of the transfer of divulge any knowledge of the transfer of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the bar किंवा संलग्न अंति मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तो की पार्ट के आणि / किंवा त्यानंतरच्या विशेष अणि / किंवा त्यानंत्र विशेष विशेष के किंवा त्यानंत्र विशेष के किंवा त्यानंत्य	s not admitted liability or waiver information regarding my stant कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो की, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this clated केंद्रित किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु language should give a declarate person who shall also sign to total also sign total also sign to total also sign to total also sign to total also sign to total	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते
□ Recovered पूर्णतः बरा DECLARATION: घोषणाः I do hereby declare that all the above statement: the physician or hospital who has atten ded upo acquired whether before or after the policy was in ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपा त्यांना पीएनवी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्याआधी ।/We hereby further consent, and duly authoriz MetLife (whether contained in this document or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, cl services. मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्ञापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्या आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे. Signature/Left Thumb impression of claimant:	सुधारणा s are true and complete. I understa n or examined or treated me for a ssued by PNB MetLife. खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, द सले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजारा किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यां नी उर e, PNB MetLife to use, store, shar obtained otherwise) which may in aim investigative agencies, vendor अधिकृत करतो, पीएनवी मेटलाइफ ने प्रज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि संस्ताठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर साठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर किंदि केला प्राप्त केला केला केला केला केला केला केला केला	nd that in furnishing on ailment or illness to real अर्ज केल्याने पीएनर्व करिता औपधोपचार केले, वड करावे. e, transfer and discloss and industry associal एनवी मेटलाइफशी संबं वेदनशील माहिती / पीए प्रक्रिया करण्याच्या उद्देश का का का किया करण्याच्या उद्देश का का का किया का का किया के स्वाप्त करण्याच्या उद्देश का का का किया का किया का किया का किया की स्वाप्त करण्याच्या उद्देश का का किया का किया किया किया किया किया	laim form PNB MetLife has a divulge any knowledge of the transfer of divulge any knowledge of the transfer of the personal and to my KYC documents to a tions/ federations, for the bar किंवा संलग्न अंति मेटलाइफ / आमच्या संग्रहि तो की पार्ट के आणि / किंवा त्यानंतरच्या विशेष अणि / किंवा त्यानंत्र विशेष विशेष के किंवा त्यानंत्र विशेष के किंवा त्यानंत्य	s not admitted liability or waiver information regarding my stant कारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सो की, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थि l sensitive information of mine any individual / organization / purpose of processing this clated केंद्रित किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्य सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पु language should give a declarate person who shall also sign to total also sign total also sign to total also sign to total also sign to total also sign to total	ed any of its rights. I hereby authorize ste of health which he/they may have डलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा तीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे e/our collected or available with PNB entity associated or affiliated with or im and / or for providing subsequent या / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा नर्विमा कंपन्या, दावा तपास संस्था, विकेते