



Milkar life aage badhavin

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

ପିଏଚ୍‌ସି ନେସ୍‌ଭାଲ୍‌ସ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍ ଟି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉଚ୍ଚତମ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117, ବିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

Disability Claim Form

ଅସାମର୍ଥ୍ୟ (ବିକଳାଙ୍ଗତା) ଦାବିପତ୍ର

POLICY NUMBER / ପଲିସି ନମ୍ବର

Important Instructions:

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

ବ୍ଲକ୍‌ଲେଟର୍ (ବଡ଼ ଅକ୍ଷର)ରେ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରା କରାଯିବ

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank.

ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ। ଏହାକୁ ଖାଲି ଛାଡ଼ିବା ପରିବର୍ତ୍ତେ "ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ନୁହେଁ" ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତୁ।

Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.

ଫର୍ମରେ ସଂଶୋଧନ/ପରିବର୍ତ୍ତନ କରାଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନରେ ପ୍ରତିସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ।

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing.

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ। ସାକ୍ଷୀ ଗେଜେଟେଡ୍ ଅଫିସର/ଆଇନଗତ ଅଧିକାରୀ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି/ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ କିମ୍ବା ସ୍ଥାନୀୟ ସ୍ଥାୟୀ ବ୍ୟକ୍ତି ହେବା ଉଚିତ୍।

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ତଳେ ସବୁ ପୃଷ୍ଠାରେ ଦାବିଦାର ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିବା ଉଚିତ୍।

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.

ଏହି ଦାବି ପତ୍ର ପୂରଣ କରିବାରେ ଆମ କମ୍ପାନୀର ଦେୟତା ସ୍ୱୀକାରୋକ୍ତି ଭାବରେ ବାଖ୍ୟା କରାଯିବ ନାହିଁ। କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଆମ କମ୍ପାନୀ ତରଫରୁ ଦେୟତା ସ୍ୱୀକାର କରିବାକୁ କ୍ଷମତା ପ୍ରାପ୍ତ ନୁହେଁ।

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

ଦୟାକରି ନିକଟତମ ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ କିମ୍ବା ଉପର ଉଲ୍ଲେଖିତ ଠିକଣାରେ ଫର୍ମ ଓ ଆବଶ୍ୟକ ଦ୍ରବ୍ୟ ଜମା କରନ୍ତୁ।

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

ଆବଶ୍ୟକ ଦ୍ରବ୍ୟ ଶୀଘ୍ର ଓ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସମର୍ପଣ ଶୀଘ୍ରତାରେ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ସକ୍ଷମ ହେବ।

CLAIMANT DETAILS:

ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବରଣୀ:

Name of the Insured:
ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ:
Address:
ଠିକଣା:
Contact No.:
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ.:
E-mail address:
ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା:
Bank Account Number of the Claimant\*:
(favoring which the claim cheque is to be issued)
ଦାବିଦାରଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତା ନମ୍ବର\*:
(ଯୋଗକର୍ତା କରୁଥିବା ଚେକ୍ ଡାବି ହେବାକୁ ଅଛି)
Name & Address of the Bank\*:
ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ ଓ ଠିକଣା\*:

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABILITY:

ବିକଳାଙ୍ଗତା ପାଇଁ ଦାବିଦାରଙ୍କୁ ଚିକିତ୍ସା କରିଥିବା ଡାକ୍ତର/ହସ୍ପିଟାଲର ବିବରଣୀ:

Name of the Doctor:
ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ:
Name of the Hospital:
ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ:
Address:
ଠିକଣା:
Contact No.:
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ.:
E-mail address:
ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା:

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):

ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଯେଉଁ ବିକଳାଙ୍ଗତା ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଅଟେ (ପଲିସି ସଂଜ୍ଞା ଅନୁସାରେ ତାଲିକା କରନ୍ତୁ):

- Loss of sight of one eye
ରୋଟିଏ ଆଖିର ଦୃଷ୍ଟିଶକ୍ତି ହରାଇବା
Loss of Hearing
ଶ୍ରବଣ ଶକ୍ତି ହରାଇବା
Loss of speech and hearing
ବାକଶକ୍ତି ଓ ଶ୍ରବଣ ଶକ୍ତି ହରାଇବା
Loss on use of one Limb
ରୋଟିଏ ଅଙ୍ଗର ଉପଯୋଗ ହରାଇବା
Loss of use of two limbs
ଦୁଇଟି ଅଙ୍ଗର ଉପଯୋଗ ହରାଇବା
Loss of Speech
ବାକଶକ୍ତି ହରାଇବା
Loss of sight of both the eyes
ଉଭୟ ଆଖିର ଦୃଷ୍ଟିଶକ୍ତି ହରାଇବା
Loss of one limb & loss of sight of one eye
ରୋଟିଏ ଅଙ୍ଗ ହରାଇବା ଏବଂ ରୋଟିଏ ଆଖିର ଦୃଷ୍ଟିଶକ୍ତି ହରାଇବା

DETAILS OF ACCIDENT:

ଦୁର୍ଘଟଣାର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ:

Cause of Accident:
ଦୁର୍ଘଟଣାର କାରଣ:
Date of Accident:
ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ:
Is FIR lodged:
ଏଫଆଇଆର ରୁକ୍ତ ହୋଇଥିଲା କି:
If "yes" please attach the copy of Accident:
ଯଦି "ହଁ" ଦୁର୍ଘଟଣାର ପ୍ରତିଲିପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ:

