

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

দাবী ফর্ম- পিএনবি মেটলাইফ মেৰা হাৰ্ট এণ্ড কেঞ্চাৰ কেয়াৰ

POLICY NUMBER / পলিচি নম্বৰ

Important instructions :

গুৰুত্বপূৰ্ণ প্ৰস্তাৱনা:

The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

পূৰ্ব কৰা দাবী ফর্ম খন প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ সমূহৰ সৈতে জমা কৰাৰো পলিচি খনৰ অধিনত আমাৰ কোম্পানীৰ দায়িত্ব হিচাপে ধৰা নহব। কোনো এজেন্ট মধ্যস্থতাকাৰীক কোম্পানীৰ ফলৰ পৰা দায়িত্ব লবলৈ স্বীকৃতি প্ৰদান কৰা নহয়।

Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.

জলত প্ৰদান কৰাৰ দৰে প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ সমূহৰ সৈতে এই ফর্ম খনৰ সোনকালে জমা কৰা কাৰ্যই আমাক দাবী প্ৰক্ৰিয়া ত্বৰান্বিত কৰাত সুবিধা প্ৰদান কৰে। অসম্পূৰ্ণ দাবী ফর্ম আৰু বা প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ সমূহ জমা নকৰাৰ বাবে দাবী নিৰাৰণ প্ৰক্ৰিয়াত হোৱা পলমৰ বাবে পিএনবি লাইফ কোনো প্ৰকাৰে দায়ী নহব।

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.

এই ফর্ম খন সম্পূৰ্ণ কৰে পৰাৰফলাত পূৰ্ব কৰিব লাগিব।

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

অনুগ্ৰহ কৰি ফর্ম খনৰ য'ত অধিসূচনা! সলনি কৰা হৈছে সেই ঠাইত কাউণ্টাৰ চী কৰক।

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

সাক্ষী কৰে এজন গেজেটেড বিষয়া! চৰকাৰী নটাবী! মেজিষ্ট্ৰেট বা স্থানীয় ব্যক্তি এজনৰ স্বাক্ষৰ বাঞ্ছনীয়।

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.

ফর্ম সমূহ বা সকলো প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ কাৰ্য পিএনবি মেটলাইফৰ শাখা কাৰ্যালয় বা ওপৰত উল্লেখিত ঠিকনাত জমা দিব লাগিব।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

শাখা A: বীমা কৰা জীৱনৰ বিৱৰণ

Name: _____	Age: _____													
নাম: _____	বয়স: _____													
Address (Current Residential Address): _____														
ঠিকনা (বৰ্তমান বাস কৰি থকা ঠিকনা): _____														
City _____	Pin Code _____	State _____												
ছহৰ _____	পিন কোড _____	ৰাজ্য _____												
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____													
যোগাযোগ নম্বৰ/লেণ্ডলাইন: _____	/মোবাইল _____													
E-mail Address: _____	PAN No. / Form 60: _____	*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	X	X	X	X	X	X	X	X				
X	X	X	X	X	X	X	X							
ইমেইল ঠিকনা: _____	পান নং./ ফর্ম 60: _____	*আধাৰ নং: _____												
*Only last 4 digits to be mentioned.														
*কেৱল অন্তিম 4 টা অংক উল্লেখ কৰক।														

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

শাখা B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিকিৎসা ইতিহাস

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
বেমাৰ/ৰোগ/ভুগি থকা আঘাতৰ নাম: _____	
Symptoms: _____	
লক্ষণ: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
লক্ষণৰ সময়: _____	চিকিৎসাৰ তাৰিখ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
এই লক্ষণ সমূহ কেতিয়া দেখা পাইছিল!ওলাইছিল: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
ভৰ্তি হোৱাৰ তাৰিখ আৰু সময় _____	এৰাৰ তাৰিখ আৰু সময় _____
Name of hospital: _____	
চিকিৎসালয়ৰ নাম: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
অতীত কেতিয়া বা আপোনাৰ একেই অৱস্থা হৈছিল নেকি: <input type="checkbox"/> হ'য় <input type="checkbox"/> নহ'য় (যদি "হ'য়" বিৱৰণ দিয়ক) _____	

Nature of Illness and Habits বোগৰ প্ৰকৃতি আৰু অভ্যাস	Date of diagnosis of Illness বোগৰ চিকিৎসা কৰাৰ তাৰিখ
<input type="checkbox"/> Hypertension ডচ্চ ৰক্ত চাপ <input type="checkbox"/> Diabetes ডায়েবেটিছ <input type="checkbox"/> Asthma হা পানি <input type="checkbox"/> IHD আই.এইচ.ডি <input type="checkbox"/> Malignancy মেলাগনেলি Other..... আন কিবা	
<input type="checkbox"/> Smoking ধূমপান <input type="checkbox"/> Alcohol এলকহল <input type="checkbox"/> Tobacco চাখা <input type="checkbox"/> Drugs ঔষধ If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ যদি হয়, তেন্তে গ্ৰহণ কৰি থকা সময় _____ আৰু গ্ৰহণ কৰা পৰিমাণ _____	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
সংকটজনক বোগৰ বিষয়ে তথ্য (অনুগ্রহ কৰি চিকিৎসা কৰা বোগ চিহ্ন ত কৰক)

List of Heart conditions covered under Heart Cover হাৰ্ট কভাৰৰ অন্তৰ্গত হৃদয় বোগৰ অৱস্থাৰ তালিকা	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover কৰ্কট কভাৰৰ অন্তৰ্গত কৰ্কট বোগৰ অৱস্থাৰ তালিকা
Mild Stage আৰম্ভণিৰ অৱস্থা	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) এঞ্জীয়াপ্লাষ্টি (ক'ৰ'নেৰী আৰ্টেৰীৰ ষ্টেণ্টিং) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries এঞ্জীয়াপ্লাষ্টিক 'ব'নেৰী আৰ্টেৰীৰ ষ্টেণ্টিং <input type="checkbox"/> Endarterectomy এণ্ডাৰ্টাৰেক্টমী <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty ৰীনেল এঞ্জীয়াপ্লাষ্টি <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves হৃদয়ৰ ভান্স সংৰোধ পথৰ বাবে শৈল্য চিকিৎসা <input type="checkbox"/> Pericardectomy পেৰীকাৰ্ডিটমী <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm উৰটিক নিউবিজমৰ বাবে নিম্ন ভেনশীল চাৰ্জাৰী <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis সংক্ৰমণাত্মক এণ্ডোকাৰ্ডাইটিছ	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ বিশেষ প্ৰাৰম্ভিক অৱস্থাৰ কৰ্কট বা কাৰ্চিন'মা-ইণ-চিট'
Moderate Stage মধ্যম অৱস্থা	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) হৃদয়ত স্থায়ী পেচ মেকাৰৰ প্ৰাৰম্ভিক সংস্থা পন বা ইমপলণ্টেবল কাৰ্ডি'য়'থ'ৰাট'ৰ ডে ফ্ৰি বিলেট বৰ (আই.চি.ডি) সংস্থা পন <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts ভেণ্ট্ৰিকোলাৰ সহায়ক ডিভাইচ বা সম্পূৰ্ণ কৃত্ৰিম হৃদয় সংস্থাপনৰ চাৰ্জাৰী	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: এক যোগ্য কাৰ্চিন'মা-ইণ-চিট' কৰ্কট দাবীৰ ক্ষেত্ৰত জল কৰ্কট সম্বন্ধীয় চাৰ্জাৰী সমূহ অন্তৰ্গত: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast স্তন কৰ্চিন'মা-ইণ-চিট'ৰ বাবে মাচ টে'মী <input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the testis টে'ষ্ট' কৰ্চিন'মা-ইণ-চিট'ৰ বাবে অৰ্কিডেক্টমী <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer গু ইডবেণী ৱাভাৰ/ T1NoMo ইডবেণী ৱাভাৰ কৰ্কটৰ কাৰ্চিন'মা-ইণ-চিট'ৰ বাবে চিষ্টেক্টমী <input type="checkbox"/> Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo- Oophorectomy for Carcinoma-in-situ of the Cervix / Carcinoma-in-situ of the Uterus / Carcinoma-in-situ of the Ovary কাৰ্ভি'ন'মা-ইণ-চিট' যিহেতু কাৰ্চিন'মা-ইণ-চিট' অৰ্থে ৰীৰ কাৰ্চিন'মা-ইণ-চিট'ৰ বাবে টুটে'ল এৰড মিনেল হিচ টাৰে'মী আৰু বাহিলেট'বেল চালপিংগ'-ওফেৰে'মী *A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit *এই সুবিধাৰ টকা পাবলৈ চি.আই.এচ কৰ্কটৰ দাবী পৰিশোধ কৰিব লাগিব
Severe Stage সংকটজনক অৱস্থা	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) মায়কাৰ্ডিয়েল ইণফেক্শন (বিশেষ সংকট পূৰ্ণ প্ৰথম হৃদ যন্ত্ৰৰ আক্ৰমণ) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কাৰ্ডিয়'মায়'পাথী <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta এৰ্টাৰ জটিল চাৰ্জাৰী <input type="checkbox"/> Open Chest CABG গু মুত বুকুৰ চিএবিজি <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves মুত হৃদয় পুনৰ সংস্থাপন বা হৃদয়ৰ ভান্স মেৰামতি <input type="checkbox"/> Heart Transplant হৃদয় সংস্থাপন	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis জটিল কৰ্কট চিকিৎসা

Section C: PAYMENT – NEFT

শাখা C: টকা প্ৰদান – স্বত্বৰ্ত্তন

Bank Account no: _____
বেংক একাউন্ট নম্বৰ: _____
Name of bank: _____
বেংকৰ নাম: _____
IFSC code: _____
আই.এফ.এচ.চি. ক'ড: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

শাখা D: ঘোষণা আৰু অনুমোদন

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with-held from my side. understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. 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 or furnish the records regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual/organisation/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry association/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services.

ইয়াৰ দ্বাৰাই মই ঘোষণা কৰিছো যে ওপৰৰ বিবৃতি সমূহ সত্য তথা সম্পূৰ্ণ আৰু তাৰ একোৰেই মোৰ দ্বাৰা লোকাই বখা হোৱা নাই। মই বুজি পাওঁ যে দাবি ফৰ্ম খন পূৰ কৰোঁতে পিএনবি মেটলাইফে পলিচি খনৰ অধিনত থকা ইয়াৰ কোনো চৰ্ত উঠাই লোৱাৰ দ্বায়িত্ব নলয়। ইয়াৰ দ্বাৰাই মই সেই চিকিৎসক জন বা চিকিৎসালয় খনক অনুমোদন জনাইছো যি পিএনবি মেটলাইফে পলিচি খন জাৰি কৰাৰ আগত বা পাছত মোৰ স্বাস্থ্যৰ কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথ্য ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকিৎসা কৰিছিল। মই! আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএনবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ! আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অনুমোদন প্ৰদান কৰিছো (সেইয়া এই দস্তাবেজত থকায়েই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) য'ত হয়তো অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত প্ৰতিষ্ঠানগত! পিএনবি মেটলাইফৰ সৈতে সংযোগ হৈ থকা স্ক্ৰী দস্তাবেজ। যেনে ৰিইপ্ৰুৱাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেন্সি, ভেণ্ডাৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰি, সংস্থায় ফেডাৰেচন, যি এই দাবি প্ৰত্ৰি য়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
স্বাক্ষৰ/বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ চাপ _____ তাৰিখ _____

Declaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

ক্ৰিটিকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্ম পূৰ কৰা ব্যক্তিজনাৰ দ্বাৰা ঘোষণা। (যদি আবেদন পত্ৰখনৰ ভাষাৰ পৰা পৃথক এটা ভাষাত যদি ক্ৰিটিকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্মখন পূৰ / স্বাক্ষৰ কৰা হয়, তেনে ক্ষেত্ৰত)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Critical Illness Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant.

মই ইয়াৰ দ্বাৰাই ঘোষণা কৰোঁ যে মই ক্ৰিটিকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্মখনত সন্নিৱিষ্ট কথাবোৰ ক্লেইমকৰোঁতাক তেওঁ বুজি পোৱা ভাষাত সম্পূৰ্ণৰূপে বুজাই দিছো। সেই কথাবোৰ তেওঁ সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছে আৰু ক্লেইমকৰোঁতাৰ দ্বাৰা যোগান ধৰা তথ্য অনুসাৰে প্ৰত্যুত্তৰবোৰ ৰেকৰ্ড কৰা হৈছে তথা প্ৰত্যুত্তৰবোৰ ক্লেইমকৰোঁতাৰ সন্মুখত তেওঁ সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পোৱাকৈ পঢ়ি দিয়া হয় আৰু সেয়া তেওঁ নিশ্চিত কৰে।

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

ফৰ্মখন আৰু নথিপত্ৰত সন্নিৱিষ্ট কথাবোৰ মোক সম্পূৰ্ণৰূপে বিশ্লেষণ কৰি দিয়া হৈছিল আৰু ইয়াত উল্লেখিত কথাবোৰ তথা প্ৰস্তাৱিত ক্লেইমৰ বাবে ইয়াৰ গুৰুত্ব মই সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছো।

Date তাৰিখ	Place স্থান	Signature of Declarant ঘোষণাকাৰীৰ স্বাক্ষৰ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee স্বাক্ষৰ/বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ ক্লেইমকৰোঁতা/নমিনী
Name of Witness: _____ সাক্ষীৰ নাম:	Signature of Witness: _____ সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ:		
Address of Witness: _____ সাক্ষীৰ ঠিকনা:			
Date: _____ তাৰিখ:	Place: _____ স্থান:		

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP**গুৰুতৰ অসুস্থতা প্ৰাতিশ্ৰীকাৰ স্লিপ**

Policy number(s) _____, _____, _____, _____
পলিচী নম্বৰ (সমূহ)
Name of claimant _____
ক্লেইম কৰোঁতাৰ নাম
Branch name & code _____
শাখাৰ নাম আৰু কোড
Date: _____ Employee name & Code _____
তাৰিখ: _____ কৰ্মচাৰীৰ নাম আৰু কোড

Documents Submitted: Original Policy Document Photo identity & residence proof Doctor's Certificate - Critical Illness
নথিপত্ৰ দাখিল কৰা হৈছে: আচল পলিচী নথি ফটো পৰিচয় পত্ৰ আৰু আৱাসিক প্ৰমাণ চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ – গুৰুতৰ অসুস্থতাৰ

Cancelled cheque / Copy of bank passbook All past medical records for any treatment taken
কেসেল চেক / বেংক পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ – গুৰুতৰ অসুস্থতাৰ

Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper
ধৰা পৰা গুৰুতৰ ৰোগৰ বাবে ডায়েগ্নসিছ আৰু চিকিৎসাৰ সম্পূৰ্ণ মেডিকেল ৰেকৰ্ড অৰ্থাৎ সকলো পৰীক্ষা/অনুসন্ধানৰ ৰিপ'ৰ্ট, ডিছাৰ্ছাৰী চামাৰী, ইন্ডাৰ কেস পেপাৰ

The acknowledgement slip should not be construed as acceptance of claim. The company reserves the right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

এই প্ৰাতিশ্ৰীকাৰ স্লিপক ক্লেইমৰ গ্ৰাহ্য হিচাপে ল'ব পৰা নাযায়। কোম্পানীয়ে ক্লেইম প্ৰক্ৰিয়াকৰণৰ বাবে সিদ্ধান্ত লোৱাৰ ক্ষেত্ৰত অতিৰিক্ত নথিপত্ৰ, তথ্যপাতি আৰু আন যিকোনো প্ৰয়োজনীয় তথ্য বিচৰাৰ বাবে অধিকাৰ সংৰক্ষিত ৰাখে।

Company Seal & Stamp with Date and time
তাৰিখ আৰু সময়ৰ সৈতে কোম্পানীৰ মোহৰ আৰু ষ্টাম্প

Documents to be submitted along with this form:

এই ফর্মৰ লগত জমা দিব লগীয়া দস্তাবেজ

- Original policy document
প্রকৃত পলিচি দস্তাবেজ
- Doctor's Certificate - Critical Illness
চিকিৎসকৰ প্ৰমাণ পত্ৰ- সংকতজনক ৰোগ
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
ডায়গন'ছিছ কৰা ৰোগৰ ডায়গন'ছিছ আৰু চিকিৎসাৰ সকলো চিকিৎসা সম্বন্ধীয় বিপৰ্ত অৰ্থাৎ সকলো পৰীক্ষা! অনুসন্ধান বিপৰ্ত, ডিচাৰ্জ টোকা, আভ্যন্তৰীণ ঘটনা সম্বন্ধীয় কাগজ
- All past medical records for any treatment taken
অতীতত কোনো ধৰণৰ চিকিৎসা লোৱা সকলো চিকিৎসা সম্বন্ধীয় কাগজ
- Cancelled cheque
বাতিল চেক
- Id & residence proof
আইডি আৰু বাসস্থানৰ প্ৰমাণ

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7th Floor, West Wing, Raheja Towers,26/27 MG Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India Registration number117.
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

পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেড

পঞ্জীকৃত কাৰ্যালয় ইউনিট নং. 701, 702 & 703, 7ম মহলা, ৱেষ্ট ৱিং, ৱাহেজা টাৱাৰ, 26/27 এম.জি. ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ -560001. আইআৰডিএ ইণ্ডিয়াৰ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117 চিআই নং U66010KA2001PLC028883,
আমাক বিনামূল্যে ফোন কৰক 1-800-425-6969 ত, ৱেবচাইট: www.pnbmetlife.com. ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমালৈ লিখক বম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স 'কমপ্লেক্স', বীৰ চাৱাৰকাৰ গ'ৰেগাওঁ জংছন
ওচলত, গৰেগাওঁ (ৱেষ্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000 ফেক্স: 91-22-41790203