

पिअनवि मेटलाइफ इण्डिया इन्सुरेण्स् कम्पनी लिमिटेड,

बेजिस्टर्ड कार्यालय: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওরেন্ট উইং, বাহিজা টাওয়ার, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোর-560001, কর্ণাটক। ভারতৰ আইআৰিডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ ১১৭ চিআই নং. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, (ওৱবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা ১ম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-১, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাকার ফ্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

চিকিত্সালয়ৰ নগদ লাভালাভ ক্লেইম প্র-পত্র

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

মুখ্য বীমাকৃত লোকৰ দ্বাৰা পূৰ কৰিব লাগিব (নিজৰ আৰু নাবালকৰ জীৱনৰ বাবে) আৰু গৌণ বীমাকৃত (নিজৰ বাবে)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

টোকা: অনুগ্রহ কৰি প্রতিটো পৃষ্ঠাৰ শেষাংশত স্বাক্ষৰ কৰক

General instructions:

সাধাৰণ নিৰ্দেশাৱলী:

- 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.**
ক্লেইম প্র-পত্ৰখনত থকা প্ৰশ্নসমূহৰ উত্তৰ প্ৰদান কৰি থকা সময়ত আৰু ক্লেইম সদৰ্ভত কোনো ধৰণৰ তথ্য প্ৰদান কৰি থকা সময়ত দাবীদাৰে সকলো কথাৰে সম্পূৰ্ণ আৰু মুকলিমুৰীয়াকৈ সকলো সত্য তথ্য উপস্থাপন কৰিব লাগিব।
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.**
পলিচীখনৰ অধীনত লাভালাভসমূহ আহৰণ কৰিবলৈ বা গ্ৰহণ কৰিবলৈ অনুগ্রহ কৰি পলিচী নথিখন মনোযোগেৰে পঢ়ক।
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.**
ক্লেইম প্র-পত্ৰখনত কৰা কোনো শুধৰনি বা সংশোধনৰ ক্ষেত্ৰত প্ৰতিস্বাক্ষৰ সম্পূৰ্ণৰূপে কৰিব।
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.**
প্ৰদান কৰা স্থান যদি পৰ্যাপ্ত নহয় তেন্তে অনুগ্রহ কৰি এই প্র-পত্ৰৰ সৈতে আন এখন পৃষ্ঠা সংলগ্ন কৰি লওক।
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.**
তাত্ক্ষণিক প্ৰচেছিংৰ বাবে ক্লেইম প্র-পত্ৰখনৰ সৈতে প্ৰয়োজনীয় নথিসমূহ অনুগ্রহ কৰি দাখিল কৰক।
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.**
ক্লেইমটো প্ৰচেছ কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা পৰৱৰ্তী কোনো প্ৰমাণৰ বাবে আহ্বান কৰাৰ কোম্পানীৰ সম্পূৰ্ণ অধিকাৰ থাকিব।
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.**
এই প্র-পত্ৰখন আমাৰ দ্বাৰা সম্পূৰ্ণৰূপে গ্ৰহণ হোৱা মানে এইটো নুবুয়াই যে ক্লেইমটোৰ ধন প্ৰস্তাৱ কৰা হৈছে।
- (*) Mandatory fields**
- (*) বাধ্যতামূলক ক্ষেত্ৰ

1. Particulars of Life Assured:

জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সবিশেষ:

Policy Number*: _____
পলিচী নম্বৰ*:

Name of the Life Assured*: _____
জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ নাম*:

Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life): _____
মুখ্য বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ নাম (জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকী নাবালক বা গৌণ হোৱাৰ ক্ষেত্ৰত)

Date of Birth: _____ Sex: Male Female
জন্মৰ তাৰিখ: _____ লিঙ্গ: পুৰুষ মহিলা

Address: _____
ঠিকনা: _____

Tel/Mobile number: _____ Email: _____
টেলিফোন/মোবাইল নং: _____ ইমেইল: _____

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes No
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
মুখ্য বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ নামত ধন পৰিশোধ হোৱাটো আপুনি বিচাৰে নেকি: হয় নহয়
(জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকী যদি গৌণ বীমাকৃত হয়)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*: _____
দাবীদাৰ/মুখ্য বীমাকৃত লোক (প্ৰয়োজ্য অনুসৰি) বেংকৰ একাউন্ট নং*:

Name of the Bank, Address*: _____
বেংকৰ নাম, ঠিকনা*:

2. Particulars of Complaints and Symptom
সমস্যাসমূহ আৰু উপসর্গসমূহৰ সবিশেষ

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: _____
ভৰ্তি কৰোৱা চিকিৎসালয়খনৰ নাম, ঠিকনা আৰু যোগাযোগৰ সবিশেষ: _____

II. Reason for Hospitalization: _____
চিকিৎসালয়ত ভৰ্তিকৰণৰ কাৰণ: _____

III. Date of disease (first diagnosis/surgery): ___/___/____ (DD/MM/YYYY)
বোগাকাল হোৱা তাৰিখ (প্ৰথম চিকিৎসা পৰীক্ষা/অস্ত্রোপচাৰ): ___/___/____ (দিন/মাহ/বছৰ)

IV. Date and time of admission: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
ভৰ্তিকৰণৰ তাৰিখ আৰু সময়: ___/___/____ (দিন/মাহ/বছৰ) ___:___ (২৪ ঘণ্টাৰ হিচাপত)

V. Exact diagnosis /condition(s): _____
সঠিক চিকিৎসা পৰীক্ষা/পৰিস্থিতি(সমূহ): _____

VI. Investigations undergone: _____
চলিত চিকিৎসা তদন্তসমূহ: _____

VII. Date and time of discharge: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
চিকিৎসালয়ৰ পৰা বিদায়ৰ তাৰিখ আৰু সময়: ___/___/____ (দিন/মাহ/বছৰ) ___:___ (২৪ ঘণ্টাৰ হিচাপত)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s): _____
নিয়োগকৰ্তা(সকল)ৰ পেছা, ঠিকনা আৰু টেলিফোন নম্বৰ: _____

IX. ICU Benefit Availed: Yes No Recuperation Benefit availed: Yes No
আই চি ইউৰ উপলব্ধ সা-সুবিধা: হয় নহয় বিকুপাৰেশ্যনৰ উপলব্ধ সা-সুবিধা: হয় নহয়

X. Date and time of Admission into ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
আই চি ইউত ভৰ্তি হোৱাৰ তাৰিখ আৰু সময়: ___/___/____ (দিন/মাহ/বছৰ) ___:___ (২৪ ঘণ্টাৰ হিচাপত)

XI. Date & time of Discharge from ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
আই চি ইউৰ পৰা বিদায়ৰ তাৰিখ আৰু সময়: ___/___/____ (দিন/মাহ/বছৰ) ___:___ (২৪ ঘণ্টাৰ হিচাপত)

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

নিম্নোক্ত ৰিপ'ৰ্ট আৰু তথ্যসমূহ চিকিৎসা আৰু অপাৰেশ্যনৰ আগতে আৰু চলি থকা সময়ত লোৱা হৈছে:

a) Copy of Admission Notes

ভৰ্তিকৰণৰ প্ৰতিবেদন টোকাৰসমূহ

b) Copy of Discharge Summary

বিদায় দিয়াৰ সবিশেষ সম্বলিত প্ৰতিবেদন

c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill

চিকিৎসালয়ৰ চূড়ান্ত নগদ ধন পৰিশোধৰ ৰচিদৰ প্ৰতিবেদন

d) Any others. Please mention: _____

অন্য কোনো। অনুগ্রহ কৰি উল্লেখ কৰক

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)
(উপৰোক্ত আটাইবোৰ তথ্যই চিকিৎসালয় কৰ্তৃপক্ষসমূহৰ দ্বাৰা প্ৰত্যয়ন কৰিব লাগিব বা বিএছএমৰ দ্বাৰা পৰীক্ষণৰ বাবে আচল নথিসমূহ শাখাত দাখিল কৰিব লাগিব।)

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

বৰ্তমানে বা অতীতত ভূগি থকা কোনো বোগৰ বাবে বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিৎসা প্ৰদানকাৰী চিকিৎসকৰ সবিশেষ আৰু লোকগৰাকী বৰ্তমানে ভৰ্তি হৈ থকা চিকিৎসালয়/চিকিৎসা কেন্দ্ৰৰ সবিশেষ:

Sr. No ক্র. নং	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres চিকিৎসক/চিকিৎসালয়/চিকিৎসা কেন্দ্ৰ নাম	Date of first consultation প্ৰথমবাৰ চিকিৎসা পৰামৰ্শ গ্ৰহণৰ তাৰিখ	Address ঠিকনা	Registration no. of Doctors/ Hospitals চিকিৎসক/চিকিৎসালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং	Date of Admission & operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ	Date of Discharge বিদায় দিয়াৰ তাৰিখ

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:

ঘোষণা আৰু অনুমোদন:

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

মই _____ এ সম্পূৰ্ণৰূপে ঘোষণা কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ।

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.

মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিৎসা কৰা বা চিকিৎসাজনিত পৰীক্ষা কৰা বা মোৰ শুশ্ৰূষা কৰা কোনো চিকিৎসক বা চিকিৎসালয় বা নাৰ্ছিংহোমখনক মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা সম্পৰ্কীয় তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিষ্পত্তিকৰণ অনুষ্ঠানক কোম্পানীৰ দ্বাৰা বিলি কৰা পলিচীখনৰ আগত বা পিছত প্ৰয়োজ্য হ'ব পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন গোপনীয়তা বন্ধাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰা উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো চিকিৎসক বা চিকিৎসালয়ক কোনো আইনীভাৱে বাধা কৰিব নোৱাৰে।

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.

ইয়াৰ পিছত, মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সম্পৰ্কত কোনো তথ্য বা জ্ঞান সঠিকভাৱে অনুমোদন কৰা প্ৰতিনিধি বা পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেডলৈ বিলি কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠান, নিয়োগকৰ্তা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা লোকক কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই লগতে নিশ্চিত কৰোঁ যে তেওঁলোকৰ তথ্যৰ কোনো সীমাবদ্ধতা নাথাকিব, ইয়াৰ ভিতৰত সন্নিবিষ্ট থাকিব মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যৰ (ইয়াত অন্তৰ্ভুক্ত হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সবিশেষ বা শাৰীৰিক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিৎসা পৰামৰ্শ বা চিকিৎসাসমূহ), উপাৰ্জন আৰু অন্যান্য বীমাৰ সা-সুবিধাসমূহ।

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.

মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে মই উপৰোক্ত অনুমোদনসমূহ জাৰি কৰিবলৈ স্বত্বপ্ৰাপ্ত। মই লগতে ক্লেইমখন প্ৰচেছ কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখিত তথ্যসমূহ বা অন্য কোনো তথ্য আহৰণ কৰাৰ লগতে আৰু ক্লেইমৰ পৰৱৰ্তী পৰ্যায়ত প্ৰয়োজন হ'ব পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া লাইফ ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেডক বা ইয়াৰ অনুমোদিত কোনো প্ৰতিনিধিক সহায় কৰিম।

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.

ভদ্ৰপূৰি, মই/আমি পিএনবি মেটলাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ একত্ৰিত কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচৰত উপলব্ধ থকা যিকোনো ব্যক্তিগত আৰু সংবেদনশীল তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান-প্ৰদান কৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি কৰিবলৈ সূ-সন্মতি দিছোঁ, আৰু বিধিগতভাৱে কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰিছোঁ (লাগে সেয়া দস্তাবেজত অন্তৰ্ভুক্ত থাকক বা অন্য ধৰণে প্ৰাপ্ত হওক) য'ত এই দাবী প্ৰচেছিং কৰিবলৈ আৰু / বা পৰৱৰ্তী সেৱাসমূহ প্ৰদান কৰাৰ বাবে সত্যায়িত কৰাৰ উদ্দেশ্যেৰে পুনঃবিমাকৰ্তা, ক্লেইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিজেতা আৰু উদ্যোগৰ সন্থা/ফেডাৰেশ্যনকে ধৰি পিএনবি মেটলাইফৰ সৈতে সম্বন্ধিত বা জড়িত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়িত সংঘই মোৰ কে ৰাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে, কিন্তু ইয়াতে সীমিত নহয়।

Signature / Thumb impression of the Claimant: _____
দাবীদাৰৰ স্বাক্ষৰ / টিপচহী: _____

Place: _____ Date: _____

স্থান: _____ তারিখ: _____

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____

সাক্ষী/ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর: _____ সাক্ষী/ঘোষণাকারীর নাম: _____

Place: _____ Date: _____

স্থান: _____ তারিখ: _____

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

আঞ্চলিক ভাষাত ঘোষণা : (স্বাক্ষরৰ পৰিৱৰ্তে যদি দাবীদাৰে আঞ্চলিক ভাষাত স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰে বা টিপচহী প্ৰদান কৰে) :

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.

মই দাবীদাৰক এই ক্লেইম ফৰ্মৰ প্ৰতি সৰ্বশেষ বিষয়বস্তু _____ (ভাষাত) কৰ্মনা কৰিছোঁ আৰু নিশ্চিত কৰিছোঁ যে তেওঁ এই বিষয়বস্তুসমূহ সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছে। এই ক্লেইম ফৰ্ম প্ৰদান কৰা আটাইবোৰ উত্তৰ মই সঠিকভাৱে নথিভুক্ত কৰিছোঁ। মই উত্তৰসমূহ দাবীদাৰক পুনৰ পঢ়ি শুনাইছোঁ আৰু তেওঁ নিশ্চিত কৰিছে যে সেই আটাইবোৰ শুদ্ধ আৰু সেই অনুসৰি এইবোৰ তেওঁ বুজি পাই তেওঁৰ টিপচহী প্ৰদান কৰিছে।

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____

সাক্ষী/ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর : _____ সাক্ষী/ঘোষণাকারীর নাম: _____

Address: _____

ঠিকনা : _____

Place: _____ Date: _____

স্থান: _____ তারিখ: _____