

#### **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 11:

CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: <a href="www.pnbmetlife.com">www.pnbmetlife.com</a>, Email: <a href="mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in">indiaservice@pnbmetlife.co.in</a> 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 ইঞ্চুৰেঞ্চ কোম্পানী লিমিটেড, ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং, 701,702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং , ৰাহিজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117 চিআই নং, U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক 1-800-425-6969, (ওৱবচাইট: <u>www.pnbmetlife.com</u>, হেমইল: <u>indiaservice@pnbmetlife.co.in</u> অথবা 1ম মহলা, টেকনিপ্ৰেক্স-1, টেকনিপ্ৰেক্স কমপ্ৰেক্স, অফ ভীৰ চাভাকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ন: +91-22-41790000, ফেব্ণ: +91-22-41790203

# **Disability Claim Form** অক্ষমতাৰ ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰ

POLICY NUMBER / পলিচী নম্বৰ							

#### Important instructions:

### <u>গুৰুত্বপূৰ্ণ নিৰ্দেশনা:</u>

To be completed by the claimant in BLOCK letters

প্ৰ-পত্ৰখন দাবীদাৰে ডাঙৰ হৰফেৰে পূৰ কৰিব লাগিব।

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

অনুগ্ৰহ কৰি আটাইবোৰ প্ৰশ্নৰ উত্তৰ প্ৰদান কৰক, খালী ঠাই এৰাৰ পৰিৱৰ্তে সংশ্লিষ্ট স্থানত "প্ৰযোজ্য নহয়" বুলি উল্লেখ কৰক। প্ৰ-পত্ৰখনত সংশোধন/সালসলনি ঘটাবলগীয়া হয় তাত এটা কাউন্টাৰ-ছাইন বা প্ৰতিস্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব৷

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

সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ অত্যাৱশ্যকীয়। সাক্ষীগৰাকী এগৰাকী গেজেটেড বিষয়া/নটাৰী/দণ্ডাধীশ বা স্থানীয় পাৰিষদৰ ব্যক্তি হ'ব লাগিব৷ দাবীদাৰে প্ৰতিটো পৃষ্ঠাৰ নিম্নাংশত স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব লাগিব৷

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.

এই ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰখন পূৰণ কৰা মানেই এইটো নুবুজায় যে কোম্পানী উক্ত ক্লেইম অনুসাৰে দায়বদ্ধ হ 'ব৷ কোম্পানীৰ হৈ কোনো এজেন্টকে দায়বদ্ধতা দাখিল কৰাৰ বাবে কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰা হোৱা নাই।

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

অনুগ্ৰহ কৰি ওপৰত উল্লেখিত ঠিকনাত বা নিকটৱৰ্তী শাখা কাৰ্যালয়ত এই প্ৰ-পত্ৰ আৰু প্ৰয়োজনীয় নথি-পত্ৰসমূহ দাখিল কৰক। Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

সোনকালে আৰু সম্পূৰ্ণভাৱে প্ৰয়োজনীয় নথি-পত্ৰবোৰ দাখিল কৰিলেহে কোম্পানীয়ে তৎকালীনভাৱে প্ৰচেছ কৰিবলৈ সক্ষম হ'ব৷

#### CLAIMANT DETAILS:

#### দাবীদাৰৰ সবিশেষ:

Name of the Insured: বীমাকৃত ব্যক্তিগৰাকীৰ নাম:	
Address:	
ঠিকনা:	
Contact No.:	E-mail address:
ফোন নং:	ই-মেইল ঠিকনা:
Bank Account Number of the Claimant*:	
(favoring which the claim cheque is to be issued)	
দাবীদাৰৰ বেঙ্ক একাউন্ট নং*:	
(যাৰ নামত বেঙ্কে ক্লেইমৰ চেক জাৰি কৰিব)	
Name & Address of the Bank*:	
বেঙ্কৰ নাম আৰু ঠিকনা*:	

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

#### রে রীমাক্ত রাক্তিজনক চিকিৎসা করা চিকিৎসক / চিকিৎসালয়র সরিশেষ:

गर्यक्रावास वा श अब शव वास्त वासाङ्ग्व वज्ञाकवास विविध्न	וארויי דאויוין אוסן ויאין וויין אוסן ויאין אוסן ויאין אוסן ויאין.
Name of the Doctor:	
ডাক্তৰৰ নাম:	
Name of the Hospital:	
চিকিৎসালয়ৰ নাম:	
Address:	
ঠিকনা:	
Contact No.:	E-mail address:
ফোন নং:	ই-মেইল ঠিকনা:

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

## কোনটো আক্ষমতা উদেব হৈছিল সেয়া নিৰ্দিষ্ট কৰক পেলিচীৰ সংজ্য তালিকা আনুযায়ী৷

6401166	रा अन्य वा ठातुन स्टाङ्ग स्टान्ना गाग्र क	110	11-1014 -1( SCI OII-14-1 SI ( 141).	
□	Loss of sight of one Eye এটা চকুৰ দৃষ্টিশক্তি হেৰুৱাই পেলোৱা		Loss on use of one Limb এটা অংগ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱৰা	Loss of sight of both the eyes দুয়োটা চকুৰ দৃষ্টি হেৰুওৱা
	Loss of Hearing শ্ৰৱণশক্তি হেৰুওৱা Loss of speech and hearing বাকশক্তি আৰু শ্ৰৱণশক্তি হেৰুওৱা		অৱস্থা Loss of use of two limbs দুটা অংগ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱৰা অৱস্থা	Loss of one limb & loss of sight of one eye এটা অংগ বা এটা চকুৰ দৃষ্টি হেৰুপ্তৱা
			Loss of Speech বাকশক্তি হেৰুওৱা	

Note: In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability টোকা: দুৰ্ঘটনাৰ ফলত অক্ষমতা ৰখাৰ ক্ষেত্ৰত, অনুগ্ৰহ কৰি দুৰ্ঘটনাজনিত বিকলাঙ্গতাৰ বাবে উপলব্ধ অতিৰিক্ত চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ পূৰণ কৰক

#### DETAILS OF ACCIDENT:

# দুৰ্ঘটনাৰ সবিশেষ:

Cause of Accident:	
দুৰ্ঘটনাৰ কাৰণ:	

আমালৈ লিখক indiaservice@pnbmetlife.co.ii

দুৰ্ঘটনাৰ তাৰিখ:			
_			
	Yes		
এজাহাৰ দাখিল কৰা হৈছিল নে: If "yes" please attach the copy o			
যদি "হয়" তেন্তে অনুগ্ৰহ কৰি দু	ৰ Accident: ইটিনাৰ এটা প্ৰতিলিপি দাখিল কৰব	<b>5</b> :	
HISTORY			
নাড়াতমা পূৰ্বৰ সবিশেষ			
Date of appearance of first symp	otoms:		
প্ৰথমবাৰ উপসৰ্গ লক্ষ্য কৰা তাৰি	ৰৈখ:		
Have you ever had the similar co			
ৰোগাগৰাকায়ে অতাততো তেনে নেকি:	বা ঠিক তেনে ধৰণৰ পৰিস্থিতিত ত্ হয়	<b>,</b> ,	
	্ব details):		
		~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	
(যদি "হয়" তেন্তে কোতয়া খেছে ———————————————————————————————————	7 সেয়া উল্লেখ কৰক৷ অনুগ্ৰহ ক৷ৰ 	প্রয়োজনসাপেক্ষে আন এটা পৃষ্ঠা গাঁথি	াদিয়ক):
PRESENT CONDITION: বৰ্তমানৰ পৰিশ্বিতি;			
·			
Present symptoms: বৰ্তমানৰ লক্ষণসমূহ:			
Findings (include results of curre	ent X-rays, ECGs or any other speci	al tests):	
লক্ষণীয় দিশসমূহ (ইয়াত বৰ্তমাৰ	গৰ এক্স-ৰে', ইচিজি বা অন্য কোনে	া বিশেষ পৰীক্ষাৰ ফলাফলসমূহ সন্নিৱি	ষ্ট থাকিব):
TREATMENT: উপচাৰ:			
Date of first visit to Hospital/Doo	ctor in this regard:		
		I:	
অ'পি নং/হাস্পাতাল নং/ভর্তি হে Date of last visit:	રાઢા (લાંગાલ <b>ન</b> ং: Frequency of visits (Weel	dv/Monthly/Other)	
(অন্তিম সাক্ষাতৰ তাৰিখ:	 সাক্ষাতৰ সঘ	বনতা (সাপ্তাহিক/মাহেকীয়া/অইন):	
Date of Last examination:			
অন্তিমটো পৰীক্ষাৰ তাৰিখ:			
PROGRESS:			
r NOGNESS.			
	□ Improved উন্নয়ন	🗖 Unimproved অপৰিৱৰ্তনীয়	□ Retrogressed অৱনতি
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি: □ Recovered উপশম DECLARATION:			<u> </u>
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি: ☐ Recovered উপশম  DECLARATION: ঘোষণা:	উনয়ন	অপৰিৱৰ্তনীয়	অৱনতি
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: ঘোষণা: I do hereby declare that all the a	উন্নয়ন bove statements are true and cor	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing	অৱনতি g claim form <b>PNB MetLife</b> has not admitted
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা: □ do hereby declare that all the all liability or waived any of its rights	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or	অৱনতি g claim form <b>PNB MetLife</b> has not admitted examined or treated me for any ailment o
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife.	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu	অৱনতি g claim form <b>PNB MetLife</b> has not admitted examined or treated me for any ailment o uired whether before or after the policy was
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge o issued by PNB MetLife. মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয়	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of পৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যন্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক (	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu ক সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ	অৱনতি g claim form <b>PNB MetLife</b> has not admitted examined or treated me for any ailment o uired whether before or after the policy was <b>লাইফে</b> দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ যা অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় (মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ ড	উন্নয়ন  bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of পৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক দ আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu কি সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ াৰে।	অৱনতি g claim form <b>PNB MetLife</b> has not admitted examined or treated me for any ailment o uired whether before or after the policy wa লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ মা অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব শু কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো <b>পিএনি</b>
স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: ঘোষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife. মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ অ	উন্নয়ন bove statements are true and coi . I hereby authorize the physician or information regarding my state of পৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যন্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক দ আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu াৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ াৰে। ie, store, share, transfer and disclose an	জৱনতি  g claim form <b>PNB MetLife</b> has not admitted examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy wa কোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা বা কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো <b>পিএন</b> িক
ষাস্থ্যৰ উন্নতি:      Recovered     উপশম  DECLARATION: ঘোষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife. মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ উণ্দেশ hereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivi	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of the mail of	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu াৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ াৰে। ie, store, share, transfer and disclose ar ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged b	জৱনতি g claim form PNB MetLife has not admitted examined or treated me for any ailment o uired whether before or after the policy wa লাইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণ- যা অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব ণ কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনবি  ny of the personal and sensitive information erwise) which may include but not limited to by PNB MetLife, including reinsurers, clain
মাস্থ্যৰ উন্নতি:      Recovered     উপশম  DECLARATION: ঘোষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife. মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ আ/We hereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of পৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক কো আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu iৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ incal i.e., store, share, transfer and disclose ar ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged b s, for the purpose of processing this clair	জৱনতি g claim form PNB MetLife has not admitter examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy wa লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণ আ অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব ল কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনি ny of the personal and sensitive information erwise) which may include but not limited to by PNB MetLife, including reinsurers, claim m and / or for providing subsequent services
মাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা: do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge of ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ আৰু We hereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and of দুপৰি, মই/আমি পিএনবি মেটল	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of পৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ নাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যন্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক ( আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations নাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ এক	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu iৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ incal ie, store, share, transfer and disclose ar ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged b s, for the purpose of processing this clair ভিত্তিত কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচ	জৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitter examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy wa লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণ আ অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব ল কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনি ny of the personal and sensitive information erwise) which may include but not limited to by PNB MetLife, including reinsurers, claim m and / or for providing subsequent services ক্ৰেত উপলব্ধ থকা যিকোনো ব্যক্তিগত আৰ
মাস্থ্যৰ উন্নতি:  Recovered উপশম  DECLARATION: ঘোষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ আৰু illness to divulge and indivisions and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivisions investigative agencies, vendors and of দুপৰি, মই/আমি পিএনবি মেটল সংবেদনশীল তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of পৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যন্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক ক আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations লাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ এক ল, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান- প্ৰদান	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu iৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ ineal i.e, store, share, transfer and disclose ar ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged b s, for the purpose of processing this clair ভিত্ৰিত কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচ কৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitter examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণ- লা অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব ণ কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনি- ny of the personal and sensitive information erwise) which may include but not limited to by PNB MetLife, including reinsurers, claim m and / or for providing subsequent services m and / or for providing services
মাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: (মাষণা: do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge of ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় (মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ আৰু)  We hereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitivestigative agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitive agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitive agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitive agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitive agencies, vendors and of my KYC documents to any indivitive agencies, vendors and of my KYC documents and my KYC docum	উন্নয়ন  bove statements are true and cor.  I hereby authorize the physician or information regarding my state of the properties of the physician or information regarding my state of the properties of the physician of the properties of the prope	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acqu iৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ ineal ie, store, share, transfer and disclose ar ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged b is, for the purpose of processing this clair ভিত্তিত কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচ কৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি বিন্য ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য'ত এই দাবী প্ৰ	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitted examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ আত্মসুস্থতা বা ৰুগ্মতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা বাব কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনবি কাণ্ড প্ৰদান কৰোঁ যাজ কাণ্ড প্ৰদান কৰোঁ যাজ কাণ্ড প্ৰদান কৰোঁ যাজ কাণ্ড প্ৰদান কৰোঁ যাজ কাণ্ড প্ৰদান কাণ্ড
Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা:  do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge o ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইং চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ উণ্পে hereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and তদুপৰি, মই/আমি পিএনবি মেটল সংবেদনশীল তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ কত্ত্ত্ত্ব প্ৰদান কৰিছোঁ লোগে সেয় প্ৰদান কৰাৰ বাবে সত্যায়িত কৰা মেটলাইফৰ সৈতে সম্বন্ধিত বা জানি	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of the management of the physician or information regarding my state of the physician or information regarding my state of the physician of the physic	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquise সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাৰে।  e, store, share, transfer and disclose are ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged best, for the purpose of processing this claim in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing this claim is purposed in the purpose of processing the purpose of processing this purpose of processing the purpose of processing t	অৱনতি g claim form PNB MetLife has not admitte examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy wa emilia কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণ আ অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব ল কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএন emp of the personal and sensitive information empty of the personal and
Recovered উপশম  DECLARATION: TUITAM:  do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge o ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্ নায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইং চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ ড /We hereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivi nvestigative agencies, vendors and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivi nvestigative agencies, vendors and তদুপৰি, মই/আমি পিএনবি মেটল সংবেদনশীল তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ কত্ত্ৰ্ভু প্ৰদান কৰিছোঁ (লাগে সেয় প্ৰদান কৰাৰ বাবে সত্যায়িত কৰা মেটলাইফৰ সৈতে সম্বন্ধিত বা জেটি	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of reference আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য আ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক কৈ আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations লাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ এক ল, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান- প্ৰদান া দস্তাবেজত অন্তর্ভুক্ত থাকক বা ড ৰ উদ্দেশ্যেৰে পুনঃবিমাকর্তা, ক্লে উ্ত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়ি	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquise সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাৰে।  e, store, share, transfer and disclose are ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged best, for the purpose of processing this claim in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing this claim is provided in the purpose of processing the pur	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitter examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy wa লাইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণ আ অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা ব ল কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনি  ny of the personal and sensitive information erwise) which may include but not limited to be PNB MetLife, including reinsurers, claim and / or for providing subsequent services and পল কাৰ্ব কাৰ্য যিকোনো ব্যক্তিগত আৰ কৰিবলৈ সু-সন্মতি দিছোঁ, আৰু বিধিগতভাৱে চেচিছং কৰিবলৈ আৰু / বা পৰৱৰ্তী সেৱাসমূ উদ্যোগৰ সন্থা/ফেডাৰেশ্বনকে ধৰি পিএনলি ব পাৰে, কিন্তু ইয়াতে সীমিত নহয়।  Date:
Recovered উপশম  DECLARATION: INIAM:  do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge of ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্ নায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় INট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ ও /We hereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and surface and surfa	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of regarding my state regarding my	অপৰিৱৰ্তনীয় mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquise সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাৰে। e, store, share, transfer and disclose ar ined in this document or obtained othe ciated or affiliated with or engaged best, for the purpose of processing this claim কিন্তুত কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচকৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি মন্য ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য'ত এই দাবী প্ৰইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিক্ৰেতা আৰু উত্ত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitter examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was ent enter the policy was enter the poli
Recovered উপশম  DECLARATION: ঘোষণা:  do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge of ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ উণ্দায়বাদ্ধ (বিল্লাল) আমাৰ কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা ক	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of reference আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক ( আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations লাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ এক ল, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান- প্ৰদান া দস্তাবেজত অন্তর্ভুক্ত থাকক বা ত ৰে উদ্দেশ্যেৰে পুনঃবিমাকর্তা, ক্লে ড়ত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়ি of claimant:	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquive সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাবে।  e, store, share, transfer and disclose are ined in this document or obtained other inded or affiliated with or engaged best of the purpose of processing this claim কৈ কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচকৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি বিন্যু ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য'ত এই দাবী প্ৰইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিক্ৰেতা আৰু উত্ত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitted examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was related to a supplied the personal and sensitive information or of the personal and sensitive information or wise) which may include but not limited to a provide the personal and sensitive information or wise) which may include but not limited to a provide may include but not limited
মাস্থ্যৰ উন্নতি:  □ Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা:  do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge of ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইয় চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয়, (মট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ অপ্তেশ প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয়, (মট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ অপ্তেশ প্ৰদান কৰা কৰাক কৰাক কৰাক কৰাক কৰাক কৰাক কৰা	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of regarding my state regarding my	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquive সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাবে।  e, store, share, transfer and disclose are ined in this document or obtained other inded or affiliated with or engaged best of the purpose of processing this claim কৈ কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচকৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি বিন্যু ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য'ত এই দাবী প্ৰইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিক্ৰেতা আৰু উত্ত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitted examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ অসুস্থতা বা ৰুগ্মতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা বা কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনবিলা প্ৰচাৰ কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা ক
মাস্থ্যৰ উন্নতি:  Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা:  do hereby declare that all the a iability or waived any of its rights llness to divulge any knowledge of ssued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইইটিকত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ আৰু পি Mereby further consent, and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and of mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and off mine/our collected or available my KYC documents to any indivinvestigative agencies, vendors and output a supplementation of my Medical Records and supplementation of the managementation of the more supplementation of the managementation of the more supplementation of the managementation of the managementation of the more supplementation of the managementation of the more supplementation of the managementation of the managementatio	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of reference আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক ( আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations লাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ এক ল, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান- প্ৰদান া দস্তাবেজত অন্তর্ভুক্ত থাকক বা ত ৰে উদ্দেশ্যেৰে পুনঃবিমাকর্তা, ক্লে ড়ত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়ি of claimant:	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquive সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাবে।  e, store, share, transfer and disclose are ined in this document or obtained other inded or affiliated with or engaged best of the purpose of processing this claim কৈ কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচকৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি বিন্যু ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য'ত এই দাবী প্ৰইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিক্ৰেতা আৰু উত্ত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitted examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ অসুস্থতা বা ৰুগ্মতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা বা কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনবিলা প্ৰচাৰ কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা কৰা ক
মান্ত্ৰ ভাৰতি:  Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইংচিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় (মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ তালেক) প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় (মেট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ তালেক) প্ৰদান কৰা কালাক) আছিল কৰা কালাক) কালাক	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of reference আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক ( আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations লাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ এক ল, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান- প্ৰদান া দস্তাবেজত অন্তর্ভুক্ত থাকক বা ত ৰে উদ্দেশ্যেৰে পুনঃবিমাকর্তা, ক্লে ড়ত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়ি of claimant:	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquive সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাবে।  e, store, share, transfer and disclose are ined in this document or obtained other inded or affiliated with or engaged best of the purpose of processing this claim কৈ কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচকৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি বিন্যু ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য'ত এই দাবী প্ৰইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিক্ৰেতা আৰু উত্ত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitted examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was লোইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ আ অসুস্থতা বা ৰুগ্মতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা বা কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনবি  ny of the personal and sensitive information erwise) which may include but not limited to by PNB MetLife, including reinsurers, claim and / or for providing subsequent services of ৰুত উপলব্ধ থকা যিকোনো ব্যক্তিগত আৰ কৰিবলৈ সু-সন্মতি দিছোঁ, আৰু বিধিগতভাৱে (চেছিং কৰিবলৈ আৰু / বা পৰৱৰ্তী সেৱাসমূহ উদ্যোগৰ সন্থা/ফেডাৰেশ্বনকে ধৰি পিএনবি
মান্ত্যৰ উন্নতি:  Recovered উপশম  DECLARATION: (ঘাষণা: I do hereby declare that all the a liability or waived any of its rights illness to divulge any knowledge of issued by PNB MetLife.  মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উণ্দায়বদ্ধতা উদ্ধৃত নাই কৰা বা ইই চিকিত্সা প্ৰদান কৰা চিকিত্সালয় (মট লাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ উণ্টাপি hereby further consent, and of mine/our collected or available investigative agencies, vendors and of mine/our sto any indivision investigative agencies, vendors and sort store and store	উন্নয়ন bove statements are true and cor . I hereby authorize the physician or information regarding my state of reference আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য অ যাৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত / চিকিত্সক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক ( আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব প duly authorize, PNB MetLife to us with PNB MetLife (whether conta dual / organization / entity asso d industry associations/federations লাইফক মোৰ/আমাৰ পৰা লৈ এক ল, মজুত ৰাখিবলৈ, আদান- প্ৰদান া দস্তাবেজত অন্তর্ভুক্ত থাকক বা ত ৰে উদ্দেশ্যেৰে পুনঃবিমাকর্তা, ক্লে ড়ত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়ি of claimant:	অপৰিৱৰ্তনীয়  mplete. I understand that in furnishing or hospital who has attended upon or of health which he/they may have acquive সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে <b>পিএনবি মেট</b> কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনে মাৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ বাবে।  e, store, share, transfer and disclose are ined in this document or obtained other inded or affiliated with or engaged best of the purpose of processing this claim কৈ কৰা বা পিএনবি মেটলাইফৰ ওচকৰিবলৈ, হস্তান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি বিন্যু ধৰণে প্ৰাপ্তই হওক) য'ত এই দাবী প্ৰইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিক্ৰেতা আৰু উত্ত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব	অৱনতি  g claim form PNB MetLife has not admitted examined or treated me for any ailment of uired whether before or after the policy was read at a second with the personal and sensitive information or after a second with the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy of the personal and sensitive information or after the policy or after

language by an English knowing person who shall also sign to the effect that he has fully explained the contents of the above form to claimant.

**টোকা:** ভাৰতীয় ভাষাত ফাক্ষৰ পদান কৰিলে ফাক্ষৰৰ তলত তাৰ ইংৰাজী অনুবাদ থাকিব লাগিব। তাৰ পিচত ভাৰতীয় ভাষাত কফাক্ষৰ কৰা দাবীদাৰে ভাৰতীয় ভাষাতে এটা ঘোষণা দিব লাগিব যে তেওঁ প-পত্ৰত ওপৰত থকা আটাইবোৰ বিষয়বন্ত বুজি পাইছে আৰু তেওঁক এগৰাকী ইংৰাজী বুজি পোৱা লোকে ভাৰতীয় ভাষাতে বণনা কৰি দিছে যিগৰাকী লোকেও দাবীদাৰক পএ-পৱৰ বিষয়বস্তুসমূহ বুজাই দিয়া বুলি উল্লেখ কৰি ঘোষণামূলক ফাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব।