

Disability Claim Form অক্ষমতাৰ ক্লেইম প্র-পত্ৰ

POLICY NUMBER / পলিচী নম্বৰ

Important instructions:

গুৰুত্বপূৰ্ণ নিৰ্দেশনা:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

প্র-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 made in the form.

অনুগ্রহ কৰি আটাইবোৰ প্ৰশ্নৰ উত্তৰ প্ৰদান কৰক, খালী ঠাই এৰাৰ পৰিৱৰ্তে সংশ্লিষ্ট স্থানত "প্ৰযোজ্য নহয়" বুলি উল্লেখ কৰক। প্র-পত্ৰখনত সংশোধন/সালসলনি ঘটাবলগীয়া হয় তাত এটা কাউণ্টাৰ-ছাইন বা প্ৰতিস্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব।

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 লাগিব। দাবীদাৰে প্ৰতিটো পৃষ্ঠাৰ নিম্নাংশত স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব লাগিব।

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 প্র-পত্ৰখন পূৰণ কৰা মানেই এইটো নুবুজায় যে কোম্পানী উক্ত ক্লেইম অনুসাৰে দায়বদ্ধ হ'ব। 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.

অনুগ্রহ কৰি ওপৰত উল্লেখিত ঠিকনাত বা নিকটৱৰ্তী শাখা কাৰ্যালয়ত এই প্র-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'ব।

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 বেঙ্ক ক্লেইমৰ চেক জাৰি কৰিব)

Name & Address of the Bank*: _____

বেঙ্কৰ নাম আৰু ঠিকনা*: _____

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

সংকটজনক স্বাস্থ্য অৱস্থাৰ বাবে বীমাকৃত ব্যক্তিজনক চিকিৎসা কৰা চিকিৎসক / চিকিৎসালয়ৰ সবিশেষ:

Name of the Doctor: _____

ডাক্তাৰৰ 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 অক্ষমতা উদ্ভৱ হৈছিল সেয়া নিৰ্দিষ্ট কৰক (পলিচীৰ সংজ্ঞা তালিকা অনুযায়ী):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye
এটা চকুৰ দৃষ্টিশক্তি হেৰুৱাই পেলোৱা | <input type="checkbox"/> Loss of use of one Limb
এটা অংগ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱাৰা অৱস্থা | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes
দুয়োটা চকুৰ দৃষ্টি হেৰুওৱা |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing
শ্ৰৱণশক্তি হেৰুওৱা | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs
দুটা অংগ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱাৰা অৱস্থা | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye
এটা অংগ বা এটা চকুৰ দৃষ্টি হেৰুওৱা |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing
বাকশক্তি আৰু শ্ৰৱণশক্তি হেৰুওৱা | <input type="checkbox"/> 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, অনুগ্রহ কৰি দুৰ্ঘটনাজনিত বিকলাঙ্গতাৰ বাবে উপলব্ধ অতিৰিক্ত চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ পূৰণ কৰক

DETAILS OF ACCIDENT:

দুৰ্ঘটনাৰ সবিশেষ:

Cause of Accident: _____

দুৰ্ঘটনাৰ কাৰণ: _____

Date of Accident: _____
দুর্ঘটনাৰ তাৰিখ: _____
Is FIR lodged: Yes No
এজাহাৰ দাখিল কৰা হৈছিল নে: হয় নহয়
If "yes" please attach the copy of Accident: _____
যদি "হয়" তেন্তে অনুগ্রহ কৰি দুর্ঘটনাৰ এটা প্রতিলিপি দাখিল কৰক: _____

HISTORY

পূৰ্বৰ সবিশেষ

Date of appearance of first symptoms: _____
প্রথমবাৰ উপসর্গ লক্ষ্য কৰা তাৰিখ: _____
Have you ever had the similar condition in past: Yes No
ৰোগীগৰাকীয়ে অতীততে তেনে বা ঠিক তেনে ধৰণৰ পৰিস্থিতিত ভুগিছিল
নেকি: হয় নহয়
(If "yes," state when and provide details): _____
যদি "হয়" তেন্তে কেতিয়া হৈছিল সেয়া উল্লেখ কৰক অনুগ্রহ কৰি প্ৰয়োজনসাপেক্ষে আন এটা পৃষ্ঠা গাঁথি দিয়ক: _____

PRESENT CONDITION:

বৰ্তমানৰ পৰিস্থিতি:

Present symptoms: _____
বৰ্তমানৰ লক্ষণসমূহ: _____
Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
লক্ষণীয় দিশসমূহ (ইয়াত বৰ্তমানৰ এক্স-ৰে, ইচিজি বা অন্য কোনো বিশেষ পৰীক্ষাৰ ফলাফলসমূহ সন্নিৱিষ্ট থাকিব): _____

TREATMENT:

উপচাৰ:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
এই সংক্রান্ত প্রথমবাৰ চিকিৎসালয় / চিকিৎসকক সাক্ষাৎ তাৰিখ: _____
OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
আপি নং/হাস্পাতাল নং/ভৰ্তি হোৱা ৰোগীৰ নং: _____
Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
(অন্তিম সাক্ষাতৰ তাৰিখ: _____ সাক্ষাতৰ সম্ভবনতা (সাপ্তাহিক/মাহেকীয়া/অইন): _____)
Date of Last examination: _____
অন্তিমটো পৰীক্ষাৰ তাৰিখ: _____

PROGRESS:

স্বাস্থ্যৰ উন্নতি:

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
উপশম উন্নয়ন অপৰিৱৰ্তনীয় অৱনতি

DECLARATION:

ঘোষণা:

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights. 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 regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰোঁ যে উপৰোক্ত আটাইবোৰ বিবৃতি সত্য আৰু সম্পূৰ্ণ। মই বুজোঁ যে পিএনবি মেটলাইফে দাখিল কৰা প্ৰ-পত্ৰত কোনো ধৰণৰ দায়বদ্ধতা উদ্ভূত নাই কৰা বা ইয়াৰ কোনো ধৰণৰ অধিকাৰ ন্যস্ত কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ কোনো অসুস্থতা বা ৰুগ্নতাৰ বাবে পৰীক্ষা কৰা বা চিকিৎসা প্ৰদান কৰা চিকিৎসালয় / চিকিৎসক / পৰীক্ষাগাৰসমূহক মোৰ স্বাস্থ্য সম্পৰ্কীয় কোনো তথ্য আহৰণ কৰিবলৈ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ যিটো পিএনবি মেটলাইফে পলিচী বিলি কৰাৰ আগত বা পিছত প্ৰয়োজনীয় হ'ব পাৰে।

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.

তদুপৰি, মই/আমি পিএনবি মেটলাইফেক 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 সু-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 পুনঃবিমৰ্কৰ্তা, ক্লেইম অনুসন্ধান সংস্থা, বিক্ৰেতা আৰু উদ্যোগৰ সন্থা/ফেডাৰেশ্বনকে ধৰি পিএনবি মেটলাইফৰ সৈতে সম্বন্ধিত বা জড়িত বা কোনো ব্যক্তি / সংস্থা / জড়িত সংঘই মোৰ কে ৱাই চি অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে, কিন্তু ইয়াতে সীমিত নহয়।

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____

সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ বা বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ টিপচহী: _____ তাৰিখ: _____

Name & Signature of Witness: _____ Date: _____

সাক্ষীৰ নাম আৰু স্বাক্ষৰ: _____ তাৰিখ: _____

Address of Witness: _____

সাক্ষীৰ ঠিকনা: _____

Official Seal of the Witness: _____

সাক্ষীৰ কাৰ্যালয়ৰ ছীলমোহৰ: _____

Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian 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 স্বাক্ষৰ পদান কৰিলে স্বাক্ষৰৰ তলত তাৰ ইংৰাজী অনুবাদ থাকিব লাগিব। তাৰ পিছত ভাৰতীয় ভাষাত স্বাক্ষৰ কৰা দাবীদাৰে ভাৰতীয় ভাষাতে এটা ঘোষণা দিব লাগিব যে তেওঁ প-পত্ৰত ওপৰত থকা আটাইবোৰ বিষয়বস্তু বুজি পাইছে আৰু তেওঁক এগৰাকী ইংৰাজী বুজি পোৱা লোকে ভাৰতীয় ভাষাতে বৰ্ণনা কৰি দিছে, যিগৰাকী লোকেও দাবীদাৰক প-পত্ৰৰ বিষয়বস্তুসমূহ বুজাই দিয়া বুলি উল্লেখ কৰি ঘোষণামূলক স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব।