

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠান এখানে 1ম তলা,

টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাভারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোরেগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Disability Claim Form

অক্ষমতা দাবি ফর্ম

POLICY NUMBER / পলিসি নম্বর

Important instructions:

গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশাবলী:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

যিনি দাবী জানাচ্ছেন তিনি গোটা গোটা অর্ধে এটি পূরণ করবেন

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 করে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন, "প্রযোজ্য নয়" (এন/এ) খালি না রেখে উপযুক্ত হিসাবে ব্যবহার করুন। এই নিদর্শে যেখানে সংশোধন/পরিমার্জন করছেন সেখানে কাউন্টার-সাইন করুন।

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

সাক্ষীর স্বাক্ষর বাধ্যতামূলক। সাক্ষী একজন গেজেটেড অফিসার/নোটারি পাবলিক/ম্যাজিস্ট্রেট বা স্থানীয় অবস্থানের ব্যক্তি হতে হবে। যিনি দাবী জানাচ্ছেন তিনি প্রতিটি পাতার নীচের দিকে স্বাক্ষর করবেন।

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 দাবী নিদর্শাটি পূরণ করা হলেই যে সেটি আমাদের কোম্পানীর দায়িত্বের মধ্যে পড়বে তা নয়। কোনো এজেন্ট বা অন্য কেউ কোম্পানীর পক্ষ থেকে দায় স্বীকারের জন্য অনুমোদিত নয়।

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

অনুগ্রহ করে নিদর্শাটি এবং প্রয়োজনীয় নথিপত্র নিকটতম শাখা কার্যালয়ে বা উপরে উল্লিখিত ঠিকানায় জমা করুন।

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

সম্পূর্ণ পূরণ করা নিদর্শ এবং প্রয়োজনীয় নথিপত্র আপনি যত তাড়াতাড়ি জমা করবেন কোম্পানীর পক্ষ থেকে তত তাড়াতাড়ি প্রসেসিং শুরু করা যাবে।

CLAIMANT DETAILS:

দাবীকারীর বিবরণ:

Name of the Insured: _____
 বীমাকৃত ব্যক্তির নাম: _____
 Address: _____
 ঠিকানা: _____
 Contact No.: _____ E-mail address: _____
 যোগাযোগ নং: _____ ই-মেইল ঠিকানা: _____
 Bank Account Number of the Claimant*: _____
 (favoring which the claim cheque is to be issued)
 দাবীকারীর ব্যাঙ্ক আকাউন্ট নং*: _____
 (যে আকাউন্ট নম্বরের ভিত্তিতে চেক ইস্যু করা হবে)
 Name & Address of the Bank*: _____
 ব্যাঙ্কের নাম ও ঠিকানা *: _____

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

অবমতার জন্য বীমাকৃতের চিকিৎসা যে হাসপাতালে/ চিকিৎসকের দ্বারা হয়েছিল তার বিবরণ:

Name of the Doctor: _____
 চিকিৎসকের নাম: _____
 Name of the Hospital: _____
 হাসপাতালের নাম: _____
 Address: _____
 ঠিকানা: _____
 Contact No.: _____ E-mail address: _____
 যোগাযোগ নং: _____ ই-মেইল
 ঠিকানা: _____

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

কোন শারীরিক অবমতা প্রযোজ্য সেটি নির্দিষ্ট করুন (পলিসির সংজ্ঞা অনুযায়ী তালিকা করুন):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye
এক চোখের দৃষ্টি শক্তি ত্রাস | <input type="checkbox"/> Loss of use of one Limb
এক অঙ্গ ব্যবহারে ক্ষতি | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes
দুচোখের দৃষ্টি শক্তি হারিয়ে |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing
শ্রবণশক্তি ত্রাস | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs
দুটি অঙ্গ ব্যবহারে ক্ষতি | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye
একটি অঙ্গ হারানো এবং একটি চোখের দৃষ্টি শক্তি ত্রাস |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing
বাক ও শ্রবণশক্তি হারানো | <input type="checkbox"/> Loss of Speech
বক্তা হারান | |

Note: In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability

দ্রষ্টব্য: দুর্ঘটনাজনিত অসামর্থের ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে, দুর্ঘটনাজনিত অসামর্থের জন্য উপলব্ধ অতিরিক্ত ডাক্তারের সার্টিফিকেট পূরণ করুন

DETAILS OF ACCIDENT:

দুর্ঘটনার বিবরণ:

Cause of Accident: _____
 কারণ: _____
 Date of Accident: _____
 দুর্ঘটনার তারিখ: _____

Is FIR lodged: Yes No

এফআইআর দায়ের করা হয়েছে: হ্যাঁ না

If "yes" please attach the copy of Accident: _____

উত্তর যদি "হ্যাঁ" হয় এফআইআর-এর একটি প্রতিলিপি এর সঙ্গে যুক্ত করুন: _____

HISTORY

ইতিহাস

Date of appearance of first symptoms: _____

প্র ম যে তারিখে লক্ষণগুলি দেখা গিয়েছিল: _____

Have you ever had the similar condition in past: Yes No

এই অবস্থার অভিজ্ঞতা অতীতে আপনার হয়েছিল: হ্যাঁ না

(If "yes," state when and provide details): _____

যদি "হ্যাঁ" হয় সেবেত্রে উল্লেখ করুন কবে এবং কখন হয়েছিল: _____

PRESENT CONDITION:

বর্তমান অবস্থা:

Present symptoms: _____

বর্তমান উপসর্গ: _____

Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

অনুসন্ধান (বর্তমান এক্স-রে, ইসিজি বা অন্য কোনও বিশেষ পরীক্ষার ফলাফল অন্তর্ভুক্ত): _____

TREATMENT:

চিকিৎসা:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____

এই কারণের জন্য হাসপাতালে/ চিকিৎসকের কাছে যে তারিখে প্রথম এসেছিলেন: _____

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____

ওপি নং/ হাসপাতাল নং/ ইন্ডোর পেসেন্ট নং: _____

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____

শেষবার যে তারিখে দেখিয়েছেন: _____ কত সময় অশ্র দেখাতেন (সাপ্তাহিক/ মাসিক/ অন্যান্য): _____

Date of Last examination: _____

শেষ যে পরীক্ষা হয়েছিল: _____

PROGRESS:

অগ্রগতি:

Recovered

উদ্ধার

Improved

উন্নত

Unimproved

অউন্নত

Retrogressed

পশ্চাদগামী

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.

আমি এর দ্বারা ঘোষণা করি যে উপরোক্ত সমস্ত বিবৃতি সত্য এবং সম্পূর্ণ আমি বুঝতে পারি যে দাবি পত্রটি পিএনবি মেটলাইফ দায় স্বীকার করেনি বা এর কোনও অধিকার মকুব করেনি। আমি এর দ্বারা সেই চিকিৎসক বা হাসপাতালকে অনুমোদন দিই যিনি কোনও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য আমার উপস্থিত ছিলেন বা পরীক্ষা করেছেন বা চিকিৎসা করেছেন আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার জন্য যা তিনি/তারা পিএনবি মেটলাইফ দ্বারা জারি করা নীতিটির আগে বা পরে অর্জন করতে পারেন।

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.

আমি/আমরা এর দ্বারা আরও সম্মতি, এবং যথাযথভাবে অনুমোদিত, পিএনবি মেটলাইফ পিএনবি মেটলাইফের সাথে যুক্ত বা অনুমোদিত বা সংযুক্ত বা জড়িত কোনও ব্যক্তি / সংস্থা / সত্তার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে তবে আমার কেওয়াইসি নথিতে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে বা পিএনবি মেটলাইফ দ্বারা সংযুক্ত বা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপলব্ধ ব্যক্তিগত এবং সংবেদনশীল তথ্য গুলির কোনও টি ব্যবহার, সঞ্চয়, শেয়ার, স্থানান্তর এবং প্রকাশ করতে পারি, পুনরবীমাকারী সহ, অনুসন্ধানী সংস্থা, বিক্রেতা এবং শিল্প সমিতি/ ফেডারেশনদাবি করুন, এই দাবি প্রক্রিয়াকরণের উদ্দেশ্যে এবং / অথবা পরবর্তী পরিষেবা প্রদানের জন্য।

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____

Date: _____

স্বাক্ষর/ বাম হাতের বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ: _____

তারিখ: _____

Name & Signature of Witness: _____

Date: _____

সাক্ষীর নাম ও স্বাক্ষর: _____

তারিখ: _____

Address of Witness: _____

সাক্ষীর ঠিকানা: _____

Official Seal of the Witness: _____

সাক্ষীর সরকারী সিলমোহর: _____

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.

দ্রব্য: ভারতীয় ভাষায় হাজারের নিচে অবশ্যই তাদের ইংরেজি অনুবাদ লিখতে হবে। এছাড়াও ভারতীয় ভাষায় সাহায্যকারী দাবিদারকে ভারতীয় ভাষায় একটি ঘোষণা দিতে হবে যে তিনি উপরোক্ত ক্রমের বিষয়বস্তু সম্পূর্ণরূপে এবং সঠিকভাবে বুঝতে গিয়েছেন যা ভারতীয় ভাষায় একজন ইংরেজি বুঝমান ব্যক্তির দ্বারা ব্যাখ্যা করা হয়েছে, যিনি এই এভাবে বাহার করবেন। তিনি দাবিদারকে উপরের ক্রমের বিষয়বস্তু সম্গণরূপে ব্যাখ্যা করেছেন।