

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

হসপিটাল ক্যাশ বেনিফিট ফর্ম ফর্ম

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

প্রধান বীমাকৃত (নিজের জন্য এবং অপ্রাপ্তবয়স্কের জন্য) এবং দ্বিতীয় বীমাকৃত (নিজের জন্য)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

দ্রষ্টব্য: অনুগ্রহ করে প্রতিটি পাতার नीचे স্বাক্ষর করুন

General instructions :

সাধারণ নির্দেশাবলি:

- 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.
এই ফর্ম নিদর্শের প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়ার সময়ে এবং দাবী সংক্রান্ত কোনো তথ্যাবলি জানানোর সময়ে, দাবীকারী সমস্ত ঘটনাগুলিতে বাস্তবসম্মতভাবে সম্পূর্ণ এবং সোজাসুজি সব কিছু জানিয়ে দেবেন।
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.
এই পলিসির অঙ্গগত বিভিন্ন সুবিধাবলি প্রাপ্ত করার বিষয়ে পলিসি দলিলটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন।
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
এই ফর্ম জানানোর নিদর্শে যা সংশোধন আপনি করবেন সেগুলির প্রত্যেকটিতে কাউন্টারসিগনেচার করে দেবেন।
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
লেখার জন্য যে পরিমাণ ফাঁকা স্থান রয়েছে সেটি যদি পর্যাপ্ত না হয় তবে এই নিদর্শের সঙ্গে সংযোজনীয় যুক্ত করুন।
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.
দ্রুততর প্রসেসিং করার জন্য এই ফর্মটির সঙ্গে প্রয়োজনীয় প্রমাণ নথি সঠিকভাবে জমা করুন।
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.
এই ফর্ম জানানোর জন্য আরো তথ্যাবলির প্রয়োজন হলে তা জানানোর জন্য এই কোম্পানীর অধিকার আছে।
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.
এই নিদর্শটি জমা করার সময়ে দেওয়া প্রমাণাবলির পত্রটির অর্থ এই নয় যে ফর্ম করা দাবীর পরিমাণকে সুনিশ্চিত করা।
- (*) Mandatory fields
(*) বাধ্যতামূলক ক্ষেত্র

1. Particulars of Life Assured:

যাঁর জীবন বীমা করা হয়েছে তার বিবরণ

Policy Number*:

পলিসি নং*:

Name of the Life Assured*:

যাঁর জীবন বীমা করা হয়েছে তার নাম*:

Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor/Infant/Secondary life):

প্রধান বীমাকৃতের নাম (যাঁর জীবন বীমা করা হয়েছে তিনি যদি অপ্রাপ্তবয়স্ক হন বা সেকেন্ডারি লাইফের বেধে):

Date of Birth:

জন্ম তারিখ:

Sex: Male

লিঙ্গ: পুরুষ

Female

মহিলা

Address:

ঠিকানা:

Tel/Mobilenumber:

টেলিফোন/মোবাইল নং:

Email:

ইমেল আইডি:

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes

হ্যাঁ

No

না

(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)

(প্রয়োগযোগ্য তখনই যখন বীমাকৃত জীবন সেকেন্ডারি ইন্সিওরড হয়)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*:

দাবীকারী/ প্রধান বীমাকৃতের (যেমন প্রযোজ্য) ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নং*:

Name of the Bank, Address*:

ব্যাঙ্কগোষ্ঠ, ঠিকানা:

2. Particulars of Complaints and Symptom

অসুস্থতা এবং রোগের লক্ষণ বিবরণ

I. Name, address & contact details of Hospital admitted:

যে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন তার নাম, ঠিকানা এবং যোগাযোগ করার বিবরণ:

II. Reason for Hospitalization:

হাসপাতালে ভর্তি হবার কারণ:

III. Date of disease (first diagnosis/surgery) : ___/___/___ (DD/MM/YYYY)

রোগের তারিখ (প্রথম রোগনির্ণয়/সার্জারি): ___/___/___ (দিন/মাস/বছর)

IV. Date and time of admission: ___/___/___ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)

হাসপাতালে ভর্তি হবার তারিখ এবং সময়: ___/___/___ (দিন/মাস/বছর) ___:___ (২৪ ঘণ্টার হিসাবে লিখবেন)

V. Exact diagnosis /condition(s):

সঠিক রোগ নির্ণয়/ শারীরিক অবস্থা(গুলি):

VI. Investigations undergone

মেসকল পরীবাণ্ডলি করা হয়েছিল:

VII. Date and time of discharge : ___/___/___ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)

হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার সময় ও তারিখ: ___/___/___ (দিন/মাস/বছর) ___:___ (২৪ ঘণ্টার হিসাবে লিখবেন)

VIII. Details of occupation, address and tel.numbers of the employer(s) :

পেশাগত বিবরণী, কর্মস্থলের ঠিকানা, নিয়োগকর্তা(গণের) টেলিফোন নং:

IX. ICU Benefit Availed: Yes No

আইসিইউ-তে থাকতে হয়েছিল কিনা: হ্যাঁ না

Recuperation Benefit availed: Yes No

অবস্থার উন্নতি হয়েছিল কিনা: হ্যাঁ না

X. Date and time of Admission into ICU: ___/___/___ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)

আইসিইউ-তে ভর্তি হবার তারিখ ও সময়: ___/___/___ (দিন/মাস/বছর) ___:___ (২৪ ঘণ্টার হিসাবে লিখবেন)

XI. Date & time of Discharge from ICU: ___/___/___ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)

আইসিইউ থেকে ছাড়া পাবার তারিখ ও সময়: ___/___/___ (দিন/মাস/বছর) ___:___ (২৪ ঘণ্টার হিসাবে লিখবেন)

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

নিম্নলিখিত রিপোর্ট, এবং নথিপত্র যেগুলি চিকিৎসার পূর্বে এবং চলাকালীন বা অপারেশনের সময় নেওয়া হয়েছে সেগুলি এখানে যুক্ত করা হয়েছে:

- a) **Copy of Admission Notes** হাসপাতালে ভর্তি হবার নথিপত্রের প্রতিলিপি
 b) **Copy of Discharge Summary** হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাবার সময়কালীন রিপোর্টের সারাংশের প্রতিলিপি
 c) **Copy of Final Hospital Cash Paid Bill** হাসপাতাল ক্যাশ পেড করার চূড়ান্ত বিলের প্রতিলিপি
 d) **Any others. Please mention:** _____
 অন্যান্য আর কিছু। অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন:

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)

(উপরের সমস্ত নথিপত্রগুলি হাসপাতাল কর্তৃপক্ষের প্রত্যয়িত হতে হবে বা বিএসএম কর্তৃক যাচাইকরণের জন্য শাখা কার্যালয়ে মূল নথিগুলি দেখাতে হবে)

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

জীবন বীমাকৃত ব্যক্তি যে চিকিৎসা কেন্দ্রে/ হাসপাতালে সাম্প্রতিককালে বা পূর্বের কোনো অসুস্থতার জন্য ভর্তি ছিলেন এবং যে চিকিৎসকের সঙ্গে পরামর্শ করেছিলেন তার বিবরণ:

Sr. No ক্রমিক সংখ্যা	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres চিকিৎসক/ হাসপাতাল/ চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম	Date of first consultation প্রথম পরামর্শের তারিখ	Address ঠিকানা	Registration no. of Doctors/ Hospitals চিকিৎসক/ হাসপাতালের নথিবদ্ধকরণ নং	Date of Admission & operation ভর্তি এবং অপারেশনের তারিখ	Date of Discharge ছাড়া পাওয়ার তারিখ

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:

ঘোষণা এবং অনুমোদন

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

আমি _____ এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা করছি যে পূর্ববর্তী উত্তরগুলি এবং মন্তব্যগুলি সত্য এবং সব দিক থেকে সম্পূর্ণ। 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.

এছাড়া আমি যেকোনো চিকিৎসক বা হাসপাতাল বা নার্সিং হোমকে অনুমোদন দিচ্ছি যার পূর্বে থেকে আমার/জীবন বীমাকৃতের কোনো অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা বা পরীক্ষা করা হয়েছিল যাতে আমার/জীবন বীমাকৃতের স্বাস্থ্যের বিষয়ে কোনো জ্ঞান বা তথ্য জানতে পারা যায় যা পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লিফটাইম ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড, বা তার অন্য কোনো কার্যালয় বা আদালত বা অভিযোগ জানানোর অন্য কোনো ফোরাম থেকে পলিসিটি ইস্যু হওয়ার পূর্বে বা পরে তিনি/তারা সেবিষয়ে জানতে পেরেছিলেন। এতদ্বারা আমি নিশ্চিত করছি যে এই অনুমোদন কোনো আইন, কোনো চিকিৎসক বা হাসপাতাল কোনো ব্যক্তির চিকিৎসা বিষয়ক গোপনীয়তা বজায় রাখার প্রক্ষেপে যে জ্ঞান বা তথ্যাবলি জানা গেছে সেটি ব্যবহারের প্রক্ষেপে জোর করে কোনো সময়ের জন্য নিষেধ করতে পারে না।

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.

এছাড়াও, এতদ্বারা আমি কোনো বীমা কোম্পানী, সরকারী সংস্থা, নিয়োগকর্তা, অন্যান্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা কোনো ব্যক্তিকে অনুমোদন দিচ্ছি যাতে পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লিফটাইম ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা এর অনুমোদিত প্রতিনিধিকে আমার/জীবন বীমাকৃতের বিষয়ক কোনো তথ্যাবলি বা জ্ঞান প্রকাশ করার। এতদ্বারা আমি নিশ্চিত করছি যে এইধরনের তথ্যাবলির বেত্রে কোনো সীমাবদ্ধতা থাকবে না এবং সেগুলি আমার/জীবন বীমাকৃতের স্বাস্থ্য (যাতে অস্বস্তিকর ড্রাগস নেওয়া, অ্যালকোহল পান করা, এইডস বা মানসিক বা শারীরিক ইতিহাস, পূর্বের শারীরিক অবস্থা, পরামর্শ বা চিকিৎসা), উপার্জন বা বীমা সংক্রান্ত অন্যান্য সুবিধাবলি এর সঙ্গে অস্বস্তিকর।

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.

এছাড়া আমি ঘোষণা করছি যে উপরিউক্ত অনুমোদন দেওয়ার বেত্রে আমার অধিকার আছে। এই ক্লেম প্রসেসিং করার কাজ সাহায্য করার কাজে যদি কোনো তথ্যের প্রয়োজন হয় বা উপরিউক্ত তথ্যাবলি জোগাড় উপলব্ধে আমার পূর্বে থেকে পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লিফটাইম ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড বা এর অনুমোদিত কোনো প্রতিনিধিকে সর্বতোভাবে সাহায্য করার প্রতিশ্রুতি রইলে এবং এই তথ্যাবলি ক্লেম জানানোর বেত্রে যেখানে যেখানে প্রয়োজন হবে সেখানে সেইভাবে ব্যবহার করতে পারবে।

Signature / Thumb impression of the Claimant: _____

ক্লেম জানাচ্ছেন যিনি তার স্বাক্ষর/ টিপ সহি:

Place: _____ Date: _____
স্থান: _____ তারিখ: _____

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____
সাক্ষী/ ঘোষনাকারীর স্বাক্ষর: _____ সাক্ষী/ ঘোষনাকারীর 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.)

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.

আঞ্চলিক ভাষা ব্যবহার সম্পর্কিত ঘোষণা: (তখনই দেওয়া হবে যদি যিনি ক্লেম করছেন তিনি আঞ্চলিক ভাষায় স্বাক্ষর করে থাকেন বা স্বাক্ষরের পরিবর্তে টিপ সহি ব্যবহার করে থাকেন।) আমি যিনি ক্লেম জানাচ্ছেন তাঁকে এই নিদর্শটির যাবতীয় বিষয় _____ (ভাষা) ভাষায় ব্যাখ্যা করেছি এবং নিশ্চিত করছি যে এই বিষয়গুলি তিনি সম্পূর্ণভাবে বুঝেছেন। এই ক্লেম জানানোর নিদর্শে যে সকল তথ্যাবলি জানতে চাওয়া হয়েছিল সেগুলি দাবী যিনি জানাচ্ছেন তাঁর কাছ থেকে উত্তর পাওয়ার সঙ্গে সঙ্গেই সঠিকভাবে সেগুলিকে নথিবদ্ধ করেছি। আমি সেই উত্তরগুলি পুনরায় উত্তরদাতাকে পড়ে শুনিয়েছি এবং সেগুলি যে সঠিক সেবিষয়ে তিনি নিশ্চয়তা দিয়েছেন এবং সমস্ত বিষয়গুলি সঠিকভাবে বোঝার পরে তিনি তাঁর টিপ সহি এখানে দিয়েছেন।

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____
সাক্ষী/ ঘোষনাকারীর স্বাক্ষর: _____ সাক্ষী/ ঘোষনাকারীর নাম: _____

Address: _____ Date: _____
ঠিকানা: _____ তারিখ: _____
Place: _____
স্থান: _____

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.
দ্রষ্টব্য: এই বর্তমান পলিসি সার্ভিসিং নিদর্শটিতে এর প্রকৃত ইংরাজি সংস্করণ এবং তার সাথে সাথে আঞ্চলিক ভাষায় এর অনূবাদও অন্তর্ভুক্ত। অনূবাদিত সংস্করণ এবং প্রকৃত ইংরাজি সংস্করণের মধ্যে কোনো বিরোধ দেখা দিলে কেবলমাত্র ইংরাজি সংস্করণটি ক্লেম চূড়ান্ত বলে গণ্য করা হবে এবং সেটিই বলবত থাকবে।