

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 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in 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 লং. 701,702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, গুৱেষ্ট উইং , ৰাহিআ টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণটিক। ভাৰতৰ আইআৰিডএ পঞ্জীয়ন লম্বৰ ১১৭ চিআই লং. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক– 1-800-425-6969, (ওৱবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইেমইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অখবা ১ম মহলা, টেকলিম্লেক্স–১, টেকনিম্লেক্স কমম্লেক্স, অফ তীৰ চাতাকাৰ ক্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই–400062, ফ'ল: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

চিকিত্সালয়ৰ নগদ লাভালাভ ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰ

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 : অনুগ্ৰহ কৰি প্ৰতিটো পৃষ্ঠাৰ শেষাংশত স্বাক্ষৰ কৰক

- 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 প্ৰ-পত্ৰখনত থকা প্ৰশ্নসমূহৰ উত্তৰ প্ৰদান কৰি থকা সময়ত আৰু ক্লেইম সন্দৰ্ভত কোনো ধৰণৰ তথ্য প্ৰদান কৰি থকা সময়ত দাবীদাৰে সকলো কথাৰে সম্পূৰ্ণ আৰু মুকলিমুৰীয়াকৈ সকলো সত্য তথ্য উপপ্ৰাপন কৰিব লাগিব।
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy. পলিচীখনৰ অধীনত লাভালাভসমূহ আহৰণ কৰিবলৈ বা গ্ৰহণ কৰিবলৈ অনুগ্ৰহ কৰি পলিচী নথিখন মনোযোগেৰে পঢ়ক।
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full. ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰখনত কৰা কোনো শুধৰণি 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 অনুগ্ৰহ কৰি এই প্ৰ-পত্ৰৰ সৈতে আন এখন পৃষ্ঠা সংলগ্ন কৰি লওক
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing. তাত্ক্ষণিক প্ৰচেছিঙৰ বাবে ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰখনৰ সৈতে প্ৰয়োজনীয় নথিসমূহ অনুগ্ৰহ 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 প্ৰ-পত্ৰখন আমাৰ দ্বাৰা সম্পূৰ্ণৰূপে গ্ৰহণ হোৱা মানে এইটো নুবুযায় যে ক্লেইমটোৰ ধন প্ৰস্তাৱ কৰা হৈছে।
- (*) Mandatory fields
- (*) বাধ্যতামূলক ক্ষেত্ৰ

1.	Particul	ars of	Life /	Assured:
	कीया विचा	কভে লোহ	জোকী	ৰ অবিক্রোম .

জাৱন বামাকৃত লোকগৰাকাৰ সাবশেষ :	
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: (Applicable if Life Assured is Secondary Insured) মুখ্য বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ নামত ধন পৰিশোধ হোৱাটো আপুনি বিচাবে নেকি :	Yes No No হয় নহয়
(জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকী যদি গৌণ বীমাকৃত হয়)	
Name of the Bank, Address *: বেংকৰ নাম, ঠিকনা* :	

2.	Particulars of Complaints and Symptom সমস্যাসমূহ আৰু উপস্গদমূহৰ সৰিশেষ					
I.	Name, address & contact details of Hospital admitted:					
	ভর্তি কৰোৱা চিকিত্সালয়খনৰ নাম, ঠিকনা আৰু যোগাযোগৰ সবিশেষ :					
II.	Reason for Hospitalization:					
	চিকিত্সালয়ত ভৰ্তিকৰণৰ কাৰণ : Date of disease (first diagnosis/surgery):/ (DD/MM/YYYY)					
IV.	ৰোগাক্ৰান্ত হোৱা তাৰিখ (প্ৰথম চিকিত্সা পৰীক্ষা/অস্ত্ৰোপচাৰ) Date and time of admission: /			ormat)		
	ভৰ্তিকৰণৰ তাৰিখ আৰু সময় : / / Exact diagnosis /condition(s):	(দিন/মাহ/বছৰ):	(২৪ ঘন্টাৰ হিচাপত)			
	সঠিক চিকিত্সা পৰীক্ষা/পৰিশ্বিতি(সমূহ) :					
	চলিত চিকিত্সা তদন্তসমূহ :/ Date and time of discharge:/					
VII.	Date and time of discharge:/ চিকিত্সালয়ৰ পৰা বিদায়ৰ তাৰিখ আৰু সময়:/					
VIII.	Details of occupation, address and tel. nu					
	নিয়োগকৰ্ত্তা(সকল)ৰ পেছা, ঠিকনা আৰু টেলিযে । র্সা	વેડ <mark>ે</mark>				
IX.	ICU Benefit Availed: Yes No আই চি ইউৰ উপলব্ধ সা-সুবিধা : হয় নং	o Recuperation হয় ৰিকুপাৰেশ্যনৰ উপল		'es No য় নহয়		
Х.	Date and time of Admission into ICU: আই চি ইউত ভৰ্তি হোৱাৰ তাৰিখ আৰু সময় :/_					
XI.	Date & time of Discharge from ICU:	//(DD/	MM/YYYY): (in 2-			
	আই চি ইউৰ পৰা বিদায়ৰ তাৰিখ আৰু সময়:/			d.		
3.	Following reports and documents taken নিম্নোক্ত বিপ'ট আৰু তথ্যসমূহ চিকিত্সা আৰু অপাৰেশ	before and during treatmo ঢুনৰ আগতে আৰু চলি থকা সময়ত	ent or operation are enclose লোৱা হৈছে :	a:		
	a) Copy of Admission Notes তৰ্তিকৰণৰ প্ৰতিলিপি টোকাসমূহ		b) Copy of Discharge Si বিদায় দিয়াৰ সৰিশেষ সম্বৰ্গি			
	c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill চিকিতসালয়ৰ চূড়ান্ত নগদ ধন পৰিশোধৰ ৰচিদৰ প্ৰ	୍ରି ତିର୍ଜାନ	• •	nention: টুল্লেখ কৰক		
	(All above documents needs to be attest উপৰোক্ত আটাইবোৰ তথ্যই চিকিত্সালয় কৰ্ত্তপক্ষসমূ	ed by Hospital Authorities	s or Original needs to be pro বএছএমৰ দাৰা পৰীক্ষণৰ বাবে আচল ন	duced at Branch for verification by থিসমহ শাখাত দাখিল কৰিব লাগিব৷৷	BSM)	
4.	Particulars of doctors consulted and hos বৰ্তমানে বা অতীতত ভুগি থকা কোনো ৰোগৰ বাবে বীস	pital / medical centre whe	rein the Life Assured was ad	mitted currently or for any other p	previous illness: টিকিডসা কেন্দুৰ সৰিশেষ •	
Sr.	Name of the Doctors/Hospitals/	Date of first		Registration no. of Doctors/	Date of Admission &	
Sr. No জুন	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ	Address ঠিকনা	Registration no. of Doctors/ Hospitals চিকিতসক/চিকিতসালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং	Date of Admission & operation ভৰ্তিকৰণ আৰ অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ	Date of Discharge বিদায় দিয়াৰ তাৰিখ
	Medical Centres চিকিতসক/চিকিতসালয়/চিকিতসা কেন্দ্ৰৰ	consultation				_
No	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ		Hospitals	operation	_
No	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION:	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ		Hospitals	operation	_
No ক্র. ন	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্ৰহণৰ তাৰিখ	ठिकना	Hospitals	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ	বিদায় দিয়াৰ তাৰিখ
No ক্রন নং 5.	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন :	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্ৰহণৰ তাৰিখ do solemnly c	ঠিকনা declare and confirm that the াগা কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণা	বিদায় দিয়াৰ তাৰিখ
No ক্র. নং 5. I I here any ki	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or lowledge or information regarding my/Lii	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্ৰহণৰ তাৰিখ do solemnly o এ সম্পূৰ্ণৰূপে ঘোহ hospital or nursing home of	ঠিকনা declare and confirm that the iগা কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or whic h which he/she/they may ha	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ৷ or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi	বিদায় দিয়াৰ তাৰিখ ects. ny ailment or illness to divulge
No ক্র- নং ক্র- নং ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১ ১	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or lowledge or information regarding my/Lifits offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowledge any knowledge any knowledge or information regarding my/Lifits offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowledge any kno	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্রহণৰ তাৰিখ do solemnly c এ সম্পূর্ণৰূপে ঘোহ hospital or nursing home c fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I h	ঠিকনা declare and confirm that the iগা কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or whic h which he/she/they may ha ereby confirm that this auth ed by him/ her/them in atter	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি তদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss orization is notwithstanding any la	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণা or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy.	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিখ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any
No ক্র- নং	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or leading my/Life its offices or a Court of law, or any grier ian or hospital from divulging any knowled is lead মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্ৰহণৰ তাৰিখ do solemnly of এ সম্পূৰ্ণৰূপে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquir ৷ বা চিকিত্সাঞ্জনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ	ঠিকনা declare and confirm that the iগা কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or whic h which he/she/they may ha ereby confirm that this auth ed by him/ her/them in atter iাৰ শুক্ৰষা কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিকি পত্তিকৰণ অনুষ্ঠানক কোম্পানীৰ দ্বাৰা বিভি	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি তদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss orization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of boynimয় বা নাৰ্ছিংহোমখনক মোৰ বা জীৱন বীমাকৃ ir কৰা পলিচীখনৰ আগত বা পিছত প্ৰযোজ্য হ'ব '	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any
No ক্র. নং 5. I	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or lowledge or information regarding my/Lific its offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled দ্বোৰা মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথা যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তা ৰক্ষাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্ৰহণৰ তাৰিখ do solemnly of এ সম্পূৰ্ণৰূপে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquir । বা চিকিত্সাজনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ যা উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো	চিকনা declare and confirm that the ini কৰোঁ আবু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or whic h which he/she/they may ha ereby confirm that this auth ed by him/ her/them in atter iৰ শুশ্ৰাৰ কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিকি পত্তিকৰণ অনুষ্ঠানক কোম্পানীৰ দ্বাৰা বিচি চিকিত্সক বা চিকিত্সলৱক কোনো আই	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss orization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of ine and কালিটাখনৰ আগত বা পিছত প্ৰযোজ্য হ'ব গ ভাৱে বাৰণ কৰিব নোৱাৰে।	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণা or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে বাবে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্ত্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই	বিদায় দিয়াৰ তাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any াৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন
No ক্র. নং মই I here any ki any o physic মই ইয়া সম্পর্কীয় Furthe autho	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or leading my/Life its offices or a Court of law, or any grierian or hospital from divulging any knowler ছাৰা মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তা ৰক্ষাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ ছাৰ er, I hereby authorize any insurance comrized representatives any record or kno	consultation প্ৰথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্ৰহণৰ তাৰিখ do solemnly o এ সম্পূৰ্ন্পে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquir i বা চিকিত্সাঞ্জনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ ii উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass	টিকনা declare and confirm that the im কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or whic h which he/she/they may ha ereby confirm that this auth- ed by him/ her/them in atter iাৰ শুক্ৰমা কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিকি পত্তিকৰণ অনুষ্ঠানক কোম্পানীৰ দ্বাৰা বিভি চিকিত্সক বা চি	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any landing upon or examining a person of received and inference of a first and inference of a fir	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ। or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ৷ মই elease to PNB MetLife India Insur imitation include information ab	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any াৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰৌ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health
No ক্র. নং	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or I nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grier ian or hospital from divulging any knowle I शांवा মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তা ৰক্ষাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ ঘূৰ্ব Pr. I hereby authorize any insurance com rized representatives any record or kno ding any information relating to the use of sev. মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সন্	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্রহণৰ তাৰিখ do solemnly বৈ এ সম্পূৰ্ব্পে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I hi dge or information, acquin I বা চিকিত্সান্ধনিত পৰীক্ষা কবা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ বা উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or দৰ্ভত কোনো তথ্য বা জান সঠিকভাৱে	টিকনা declare and confirm that the ini কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত in which he/she/they may ha ereby confirm that this auth- ed by him/ her/them in atter iাৰ গুশ্ৰুষা কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিকি পত্তিকৰণ অনুষ্ঠানক কোম্পানীৰ দ্বাৰা বিচি চিকিত্সক বা চিকিত্সালয়ক কোনো আই- ation, employer, other orgal sured. I hereby confirm that mental and physical history, অনুমোদন কৰা প্ৰতিনিধি বা পিএনবি মেটব	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined versization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of ino person of in the individual in the information or person to reach information, institution or person to reach information, and without it condition, advice or treatment), examples a supplied in the information in the individual in the information in the informa	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিষ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ। or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্ত্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই elease to PNB MetLife India Insur imitation include information ab arnings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any াৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health is. ন, নিয়োগকৰ্ডা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা
No ক্র. নং মই I here any ki any o physic মই ইয়া সম্পর্কীয় দেশাপনীয় Furthe autho (inclu ইয়াৰ পি লোকক প্রামর্শ	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or I nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griev ian or hospital from divulging any knowle i ছাৰা মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তা ৰক্ষাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ er, I hereby authorize any insurance com rized representatives any record or kno ding any information relating to the use of হত, মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সম্ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই লগতে নিশ্চিত কৰোঁ যে তেনেধৰণৰ ii চিকিত্সাসমূহ), উপাৰ্জন আৰু অন্যান্য বীমাৰ সা-সুবিধাসমূহ	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্রহণৰ তাৰিখ do solemnly o এ সম্পূৰ্ণনূপে ঘোষ hospital or nursing home o fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I h dge or information, acquir । বা চিকিত্সাঞ্জনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ যা উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or দৰ্ভত কোনো তথ্য বা জ্ঞান সঠিকভাৱে । তথ্যৰ কোনো সীমাবদ্ধতা নাথাকিব, ই	চিকনা declare and confirm that the ini কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or whic h which he/she/they may ha ereby confirm that this auth- ed by him/ her/them in atter iাৰ শুক্ৰষা কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিকি পতিকৰণ অনুষ্ঠানক কোন্দানীৰ দ্বাৰা বিদি চিকিত্সক বা চিকিত্সালয়ক কোনো আইন ation, employer, other orgai sured. I hereby confirm that mental and physical history, অনুমোদন কৰা প্ৰতিনিধি বা পিএনবি মেট য়াৰ ভিতৰত সমিবিঙ্কী থাকিব মোৰ বা জীৱন	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of ine a management of the second	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ। or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্ত্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই elease to PNB MetLife India Insur imitation include information ab arnings or other insurance benefit কৰিলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা- হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সৰিশেষ বা শাৰীৰি	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কবৌ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. ন, নিয়োগকৰ্ডা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা বৈক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা
No ক্র. নং	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or lowledge or information regarding my/Lifits offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowler দ্বাৰা মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তা ৰক্ষাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ দেৱত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ দেৱত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ দেৱত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ হয়, I hereby authorize any insurance com rized representatives any record or kno ding any information relating to the use of sev. মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সম্বৰ্জ্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই লগতে নিশ্চিত কৰোঁ যে তেনেধৰণৰ	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামর্শ গ্রহণৰ তাবিখ do solemnly of	চিকনা declare and confirm that the iগা কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or which the which he/she/they may ha ereby confirm that this auth- ed by him/ her/them in atter in শুক্ৰাৰ কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিকি পিশুকৰ বা চিকিত্সালয়ক কোনো আই ation, employer, other orga- ation, employer, other orga- ation, employer, other orga- in the second in	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined versization is notwithstanding any la iding upon or examining a person o ino person of institution or person of institution or person of institution or person to react a such information shall without if condition, institution or person to react a such information shall without if condition, advice or treatment), expressive ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেউলৈ বিলি i বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যৱস্থা (ইয়াত অন্তৰ্ভুক্ত P N B MetLife India Life Insurance of ation in whatever manner as may be	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিষ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ। or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্ত্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই elease to PNB MetLife India Insur imitation include information ab arnings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা হৈ থাকিব ডুাগছ বা সুৰাপানৰ সবিশেষ বা শাৰীবি	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any াৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কবৌ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health is. ন, নিয়োগকৰ্তা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা ৰকৈ মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim.
No ক্র. নং I মই I here any ki any o physic মই ইয়া সম্পর্কীয় Furth autho (include ইয়াৰ পি লোকক প্রামর্শ: I here inform মই ইয়া মেটলাই	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or I nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grier ian or hospital from divulging any knowle I शांवा মোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তা ৰক্ষাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ err, I hereby authorize any insurance com rized representatives any record or kno ding any information relating to the use of হত, মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সম্কৰ্ত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই লগতে নিশ্চিত কৰোঁ যে তেনেধৰণৰ II চিকিত্সাসমূহ), উপাৰ্জন আৰু অন্যান্য বীমাৰ সা-সুবিধাসমূহ by declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the grait ঘোষণা কৰোঁ যে মই উপৰোক্ত অনুমোদনসমূহ জাবি হয়ৰ ঘোষণা কৰোঁ যে মই উপৰোক্ত অনুমোদনসমূহ জাবি হয়ৰ ঘোষণা কৰোঁ যে মই উপৰোক্ত অনুমোদনসমূহ	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামর্শ গ্রহণৰ তারিখ do solemnly বৈ এ সম্পূর্ব্পে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I hi dge or information, acquir i বা চিকিত্সান্ধনিত পরীক্ষা কবা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ in উপার্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or দর্ভত কোনো তথ্য বা জান সঠিকভাবে i তথ্যৰ কোনো সীমাৰদ্ধতা নাথাকিব, ই i e above authorizations. I a the company to process this কৰিবলৈ স্বত্বপ্রাপ্তা মই লগতে ক্লেইমখ মেদিত কোনো প্রতিনিধিক সহায় কবিম	চিকনা declare and confirm that the lent কৰো আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter in ত শুক্রার কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিক্সক বা চিকিত্সক	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of ine and পলিচীখনৰ আগত বা পিছত প্রযোজ্য হ'ব ব বাভাৱে বাৰণ কৰিব নোৱাৰে। Inization, institution or person to re it such information shall without le condition, advice or treatment), ex illevia ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেডলৈ বিলি i বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যৱস্থা (ইয়াত অন্তর্ভুক্ত P N B MetLife India Life Insurance of ation in whatever manner as may b so তথ্যসমূহ বা অন্য কোনো তথ্য আহৰণ কৰাৰ লগ	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respe ৰ পৰাই সম্পূৰ্ণ। or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetLi w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই elease to PNB MetLife India Insur imitation include information ab arnings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সবিশেষ বা শাৰীবি Co Ltd or its duly authorized repr ie deemed to be fit in furtherance	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰো যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health is. ন, নিয়োগকৰ্ডা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা বিক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim. I পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি
No ক্র. নং I মই I here any k any o physic মই ইয়া সম্পর্কীঃ দেশাকী autho (inclu ইয়াৰ পি লোকক প্রামর্শ I here inform মই ইয়া (মটলাই I/We MetLi engag	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুনোদন: by authorize any medical practitioner or law lowledge or information regarding my/Lii its offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowle i grial নোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথা যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তথা যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তথা ক্ষাব ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাব er, I hereby authorize any record or kno ding any information relating to the use of ing any information relating to the use of হত, মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ স্প কর্ত্তত্ব প্রদান কৰোঁ। মই লগতে নিশ্চিত কৰোঁ যে তেনেধৰণৰ in চিকিত্সাসমূহ), উপার্জন আৰু অন্যান্য বীমাৰ সা-সুবিধাসমূহ by declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the interest of the service of th	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামর্শ প্রহণৰ তাবিখ do solemnly of এ সম্পূর্ণবুপে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquir । বা চিকিত্সাজনিত পরীক্ষা কৰা বা । বা চিকিত্সাজনিত পরীক্ষা কৰা বা । বা চিকিত্সাজনিত পরীক্ষা কৰা বা । বা চিকিত্সাজনিত পরীক্ষা করা বা । বা চিকিত্সাজনিত পরীক্ষা করা বা । বা চিকিত্যালা তথ্য পর বা নেনা ভূপাপ্র government organic wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or পর্ভত কোনো তথ্য বা জ্ঞান সঠিকভাবে । e above authorizations. I a the company to process this কিববলৈ স্বত্ত্বপ্রাপ্ত। মই লগতে ক্লেইমখ মোদিত কোনো প্রতিনিধিক সহায় করিম ize, PNB MetLife to use, s' or obtained otherwise) wh	চিকনা declare and confirm that the ini কৰোঁ আবু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or whic h which he/she/they may ha ereby confirm that this auth- ed by him/ her/them in atter iাৰ শুশ্ৰুষা কৰা কোনো চিকিত্সক বা চিনি ভিকিত্সক বা চিনিত্সালয়ক কোনো আই- ation, employer, other orgal stored. I hereby confirm that mental and physical history, অনুমোদন কৰা প্ৰতিনিধি বা পিএনবি মেট- য়াৰ ভিতৰত সন্নিৱিষ্ট থাকিব মোৰ বা জীৱ- iso agree to render help to F s claim and to use the inform ন প্ৰচেছ কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি I tore, share, transfer and dis ich may include but not limi	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss orization is notwithstanding any la iding upon or examining a person or personal antifectent and side and an infectent and sense are an infectent and sense are all without la inization, institution or person to re t such information shall without la condition, advice or treatment), ex ritize ইণ্ডিয়া ইন্সুবেন্স কোম্পানী লিমিটেডলৈ বিলি a বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যৱস্থা (ইয়াত অন্তর্ভুক্ত P N B MetLife India Life Insurance of ation in whatever manner as may b so তথ্যসমূহ বা অন্য কোনো তথ্য আহৰণ কৰাৰ লগ close any of the personal and sen ted to my KYC documents to any i	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respect of the policy, to PNB MetLife was under or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ। মই elease to PNB MetLife India Insurfinitation include information abarnings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো থীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সৰিশেষ বা শাৰীহি তে Ltd or its duly authorized reproduced deemed to be fit in furtherance on out of the product of the deemed to be fit in furtherance on out of the product of the deemed of the product of the product of the deemed of the product of the deemed of the product of the p	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰো যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health is. ন, নিয়োগকৰ্ডা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা ৰক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim. I পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি collected or available with PNB associated or affiliated with or
No ক্র. নং	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or lowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowle ig in union of hospital from divulging any knowle ig in union and in its analysis of information for properties and in its analysis of its analysis of its analysis and its analysis of its analysis	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামর্শ গ্রহণৰ তারিখ do solemnly of এ সম্পূর্ণৰূপে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I hodge or information, acquir i বা চিকিত্সাজনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ্ব টিপার্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো চ্বাচ্পার্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো চ্বাচ্ছার কিবলের অথ্যৰ কোনো সীমাবদ্ধতা নাথাকিব, ই i e above authorizations. I a he company to process this কিবলৈ স্বত্মপ্রাপ্ত। মই লগতে ক্লেইমখ্যোদিত কোনো প্রতিনিধিক সহায় কবির স্বাধ্যাব্য তোনো প্রতিনিধিক সহায় কবির তা cottained otherwise) who claim investigative agencie	চিকনা declare and confirm that the len কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter in তন্ত্ৰমা কৰা কোনো চিকিত্সক বা কিত্যালয় বা পিএনিব মেটল বাব বা পিএনিব মেটল বাব বা পিএনিব মেটল বাব কিলে কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি বা কোনো কাৰ্য কোনো কোনো বা বা কোনো বা বা কোনো বা	hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি তন্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person or po্সালয় বা নাৰ্ছিংহোমখনক মোৰ বা জীৱন বীমাকৃ কৰা পলিচীখনৰ আগত বা পিছত প্ৰযোজ্য হ'ব ব বাভাৱে বাৰণ কৰিব নোৱাৰে। nization, institution or person to re t such information shall without l condition, advice or treatment), ea নাইফ ইন্ডিয়া ইন্সুৰেপ কোম্পানী লিমিটেউলৈ বিলি ম বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সাস্থ্যৱস্থা (ইয়াত অন্তৰ্ভুক্ত P N B MetLife India Life Insurance e ation in whatever manner as may b ত তথ্যসমূহ বা অন্য কোনো তথ্য আহৰণ কৰাৰ লগ close any of the personal and sen ted to my KYC documents to any i pociations/federations, for the purp	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respect of the policy, to PNB MetLie w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ৷ মই elease to PNB MetLife India Insurimitation include information abaranings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোপানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠাই থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সৰিশেষ বা শাৰীৰি তে Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance গতে আৰু ক্লেইমৰ পৰৱৰ্তী পৰ্যায়ত প্ৰয়োজন হ'ব sitive information of mine/our condividual / organization / entity a lose of processing this claim and আৰু সংবেদনশীল তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিব	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health is. ন, নিয়োগকৰ্ডা, কোনো সংগঠন, প্ৰভিষ্ঠান বা ৰক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim. In পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি billected or available with PNB associated or affiliated with or / or for providing subsequent बेবলৈ, মজুত ৰাখিবলৈ, আদাল—
No ক্র. নং I মই I here any ki any o physic মই ইয়া সম্পর্কী Furth autho (include ইয়াৰ পি লোকক প্রামর্শ: I here inform মই ইয়া (মটলাই I/We MetLi engag servic ভদুপ্ প্রদান কৰিবলৈ কৰিবলৈ কৰিবলৈ কৰিবলৈ কি	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন : by authorize any medical practitioner or lowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled a griet যোক বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথা যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তাৰকাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ হল, I hereby authorize any insurance comfized representatives any record or kno ding any information relating to the use of sex, মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সক্ষত, মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ সক্ষত, মই ইয়াৰ দ্বাৰা মোৰ বা জীৱন বীমাক বা ন্যেন্বিধাসমূহ চিপ্ত declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the relation of any information that ma	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ গ্রহণৰ তাৰিখ do solemnly বৈ এ সম্পূৰ্ব্পে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I h dge or information, acquir i বা চিকিত্সাজনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ iা উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or দৰ্ভত কোনো তথ্য বা জান সঠিকভাৱে i তথ্যৰ কোনো সীমাৰদ্ধতা নাথাকিব, ই e above authorizations. I a the company to process this কৰিবলৈ স্বত্বপ্ৰাপ্ত। মই লগতে ক্লেইমখ মোদিত কোনো প্ৰতিনিধিক সহায় কৰিম ize, PNB MetLife to use, s' or obtained otherwise) wh claim investigative agencie মাৰ পৰা লৈ একত্ৰিত কৰা ৰবলৈ মু–সন্মাতি দিছোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সত্যায়িত কৰাৰ	চিকনা declare and confirm that the lent কৰো আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter in গুলুমান কা কোনো চিকিত্সক বা চিকিত্সলাম্যক কোনো আইন ation, employer, other orgal sured. I hereby confirm that mental and physical history, অনুমোদন কৰা প্ৰতিনিধি বা পিএনবি মেট stalam and to use the inform ন প্ৰচেছ কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি I tore, share, transfer and distich may include but not limit es, vendors and industry ass বা শিএনবি মেটলাইফৰ ওচৰা বু বিধিগতভাৱে কৰ্ত্বপ্ল প্ৰদান বিধানকৰ্তা, ক্লেইফ	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization, institution or person to respond of the such information shall without a condition, advice or treatment), ex interest হিন্তু হৈ কিছে বিজ্ঞা ইন্দুৰেল কোম্পানী লিমিটেডলৈ বিলি i বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যৱস্থা (ইয়াত অন্তৰ্ভুক্ত P N B MetLife India Life Insurance of ation in whatever manner as may be so তথ্যসমূহ বা অন্য কোনো তথ্য আহৰণ কৰাৰ লগ close any of the personal and sen ted to my KYC documents to any i ociations/federations, for the purp is উপলব্ধ থকা যিকোনো ব্যক্তিগত ত is উপলব্ধ থকা যিকোনো ব্যক্তিগত ত is ভিন্তু বিলেগে সেয়া দম্ভাবেজত অন্ত is অনুসন্ধান সংখ্যা, বিক্ৰেত আৰু আ	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respect of the policy, to PNB MetLife was under of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ৷ মই elease to PNB MetLife India Insurimitation include information abaranings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সৰিশেষ বা শাৰীৰি তি Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance inco আৰু ক্লেইমৰ পৰৱৰ্তী পৰ্যায়ত প্ৰয়োজন হ'ব sitive information of mine/our condividual / organization / entity a lose of processing this claim and sing মুম্বৰ্দে প্ৰায়ৰ্বী তথ্য ব্যৱহাৰ কৰি তুক্ত থাকক বা অন্য ধ্বণে প্ৰায়ৰ্বী	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge life India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. ন, নিয়োগকৰ্তা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা ৰক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim. r পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি bllected or available with PNB associated or affiliated with or / or for providing subsequent addie, মজুত ৰাখিবলৈ, আদাল— হওক) য'ত এই দাবী প্ৰচেছিং
No ক্র. নং	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন: by authorize any medical practitioner or law lowledge or information regarding my/Lii its offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or state of law, or any law	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ প্রহণৰ তাৰিখ do solemnly বৈ এ সম্পূৰ্ব্পে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I h dge or information, acquir in চিকিত্সাজনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ in উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or দৰ্ভত কোনো তথ্য বা জান সঠিকভাৱে i তথ্যৰ কোনো সীমাবদ্ধতা নাথাকিব, ই i e above authorizations. I a the company to process this কৰিবলৈ স্বত্বপ্ৰাপ্ত। মই লগতে ক্লেইমখ মোদিত কোনো প্ৰতিনিধিক সহায় কবিম ize, PNB MetLife to use, si or obtained otherwise) wh claim investigative agencie মাৰ পৰা লৈ একত্ৰিত কৰা ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ মূ—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ মূ—সন্মতি দিখোঁ, আৰ	চিকনা declare and confirm that the lent কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter la শুক্রা কৰা কোনো চিকিত্সক বা বিএনিই বা পিএনিই মেট বাইকি বা পিএনিই মেট বা উল্লেখি বা কিলেই কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি বা কোনা বা চিকেত্সক বা কিলেই কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি বা পিএনিই বা	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization, institution or person to respond of the such information shall without it condition, institution or person to rest such information shall without it condition, advice or treatment), ex influence of the supplies and select to the supplies and select to my kYC documents as may be consumpted in an information of the personal and sen ted to my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen ted to my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between the personal and sen the persona	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respect of the policy, to PNB MetLife was under of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ৷ মই elease to PNB MetLife India Insurimitation include information abaranings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সৰিশেষ বা শাৰীৰি তি Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance inco আৰু ক্লেইমৰ পৰৱৰ্তী পৰ্যায়ত প্ৰয়োজন হ'ব sitive information of mine/our condividual / organization / entity a lose of processing this claim and sing মুম্বৰ্দে প্ৰায়ৰ্বী তথ্য ব্যৱহাৰ কৰি তুক্ত থাকক বা অন্য ধ্বণে প্ৰায়ৰ্বী	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge life India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. ন, নিয়োগকৰ্তা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা ৰক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim. r পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি bllected or available with PNB associated or affiliated with or / or for providing subsequent addie, মজুত ৰাখিবলৈ, আদাল— হওক) য'ত এই দাবী প্ৰচেছিং
No ক্র. নং	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন: by authorize any medical practitioner or I nowledge or information regarding my/Lificial interpretation of law, or any grier ian or hospital from divulging any knowled ian or hospital from divulging any knowled ian or hospital from divulging any knowled is left into a জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীক চিকিত্সা কৰা তথ্য যিবোৰ পিএনবি মেটলাইফ বা ইয়াৰ কাৰ্যালয়সমূহ বা তা ৰকাৰ ক্ষেত্ৰত এগৰাকী লোকক পৰীক্ষা কৰা বা তেওঁৰ দ্বাৰ কৰা, মই কাৰ্যালয় কাৰ্যালয় কাৰ্যালয় কৰা যে তেনেধৰণৰ বা চিকিত্সাসমূহ), উপাৰ্জন আৰু অন্যান্য বীমাৰ সা-সুবিধাসমূহ by declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the left ঘোষণা কৰো যে মই উপৰোক্ত অনুমোদনসমূহ জাৰি কি ইন্তিয়া লাইফ ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেডক বা ইয়াৰ অনু hereby further consent, and duly authorife (whether contained in this document of ed by PNB MetLife, including reinsurers, es. 1. মই/আমি পিএলবি মেটলাইফক মেৰ-স্মান কৰিবলৈ, ইয়ান্তৰ কৰিবলৈ আৰু সদৰি কৰিবলা, ইয়ান্তৰ বিৰবলৈ আৰু সদৰি কৰিবলা, ইয়ান্তৰ বিৰবলৈ আৰু সদৰি কৰিবলা, আৰু / বা পৰৱৰ্তী সেৱাসমূহ প্ৰদান কৰিউ, বা প্ৰভাৱী সেৱাসমূহ প্ৰদান কৰিউ, বা পৰৱৰ্তী সেৱাসমূহ প্ৰদান কৰিউ, বা প্ৰভাৱী সেৱাসমূহ প্ৰদান কৰিটি, কাৰ্য কৰিবলৈ আৰু সংগ্ৰাই কৰিবলৈ আৰু সংগ্ৰাই কৰিব	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ প্রহণৰ তাৰিখ do solemnly বৈ এ সম্পূৰ্ব্পে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I h dge or information, acquir in চিকিত্সাজনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ in উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or দৰ্ভত কোনো তথ্য বা জান সঠিকভাৱে i তথ্যৰ কোনো সীমাবদ্ধতা নাথাকিব, ই i e above authorizations. I a the company to process this কৰিবলৈ স্বত্বপ্ৰাপ্ত। মই লগতে ক্লেইমখ মোদিত কোনো প্ৰতিনিধিক সহায় কবিম ize, PNB MetLife to use, si or obtained otherwise) wh claim investigative agencie মাৰ পৰা লৈ একত্ৰিত কৰা ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ মূ—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ মূ—সন্মতি দিখোঁ, আৰ	চিকনা declare and confirm that the lent কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter la শুক্রা কৰা কোনো চিকিত্সক বা বিএনিই বা পিএনিই মেট বাইকি বা পিএনিই মেট বা উল্লেখি বা কিলেই কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি বা কোনা বা চিকেত্সক বা কিলেই কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি বা পিএনিই বা	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization, institution or person to respond of the such information shall without it condition, institution or person to rest such information shall without it condition, advice or treatment), ex influence of the supplies and select to the supplies and select to my kYC documents as may be consumpted in an information of the personal and sen ted to my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen ted to my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between the personal and sen the persona	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respect of the policy, to PNB MetLife was under of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ৷ মই elease to PNB MetLife India Insurimitation include information abaranings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সৰিশেষ বা শাৰীৰি তি Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance inco আৰু ক্লেইমৰ পৰৱৰ্তী পৰ্যায়ত প্ৰয়োজন হ'ব sitive information of mine/our condividual / organization / entity a lose of processing this claim and sing মুম্বৰ্দে প্ৰায়ৰ্বী তথ্য ব্যৱহাৰ কৰি তুক্ত থাকক বা অন্য ধ্বণে প্ৰায়ৰ্বী	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge life India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. ন, নিয়োগকৰ্তা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা ৰক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim. r পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি bllected or available with PNB associated or affiliated with or / or for providing subsequent addie, মজুত ৰাখিবলৈ, আদাল— হওক) য'ত এই দাবী প্ৰচেছিং
No ক্র. নং	Medical Centres চিকিত্সক/চিকিত্সালয়/চিকিত্সা কেন্দ্ৰৰ নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা আৰু অনুমোদন: by authorize any medical practitioner or law lowledge or information regarding my/Lii its offices or a Court of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or hospital from divulging any knowled in the state of law, or any grievian or state of law, or any law	consultation প্রথমবাৰ চিকিত্সা পৰামৰ্শ প্রহণৰ তাৰিখ do solemnly বৈ এ সম্পূৰ্ব্পে ঘোষ hospital or nursing home of fe Assured's state of healtl vance redressal forum. I h dge or information, acquir in চিকিত্সাজনিত পৰীক্ষা কৰা বা মে কোনো আদালত বা কোনো বিবাদ নিশ in উপাৰ্জিত কোনো তথ্যৰ পৰা কোনো pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or দৰ্ভত কোনো তথ্য বা জান সঠিকভাৱে i তথ্যৰ কোনো সীমাবদ্ধতা নাথাকিব, ই i e above authorizations. I a the company to process this কৰিবলৈ স্বত্বপ্ৰাপ্ত। মই লগতে ক্লেইমখ মোদিত কোনো প্ৰতিনিধিক সহায় কবিম ize, PNB MetLife to use, si or obtained otherwise) wh claim investigative agencie মাৰ পৰা লৈ একত্ৰিত কৰা ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ সু—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ মূ—সন্মতি দিখোঁ, আৰ ৰাৰ বাবে সভ্যায়িত কৰাৰ ৰবলৈ মূ—সন্মতি দিখোঁ, আৰ	চিকনা declare and confirm that the lent কৰোঁ আৰু নিশ্চিত কৰোঁ যে উপৰোক্ত or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter la শুক্রা কৰা কোনো চিকিত্সক বা বিএনিই বা পিএনিই মেট বাইকি বা পিএনিই মেট বা উল্লেখি বা কিলেই কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি বা কোনা বা চিকেত্সক বা কিলেই কৰিবলৈ প্ৰয়োজন হোৱা উল্লেখি বা পিএনিই বা	Hospitals চিকিত্সক/চিকিত্সালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং foregoing answers and statements সমূহ উত্তৰ তথা সমূহ বিবৃতি শুদ্ধ আৰু সকলো দিশ h has attended upon or examined we acquired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization is notwithstanding any la iding upon or examining a person of inequired before or after the iss prization, institution or person to respond of the such information shall without it condition, institution or person to rest such information shall without it condition, advice or treatment), ex influence of the supplies and select to the supplies and select to my kYC documents as may be consumpted in an information of the personal and sen ted to my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen ted to my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between when the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between the personal and sen the total my kYC documents to any it pociations/federations, for the purplies between the personal and sen the persona	operation ভৰ্তিকৰণ আৰু অপাৰেশ্যনৰ তাৰিখ are true and complete in all respect of the policy, to PNB MetLife was under of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ত লোকগৰাকীৰ স্বাস্থ্যজনিত কোনো তথ্য বা মে পাৰে সেয়া সদৰি কৰাৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰোঁ৷ মই elease to PNB MetLife India Insurimitation include information abaranings or other insurance benefit কৰিবলৈ কোনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰী প্ৰতিষ্ঠা হৈ থাকিব ড্ৰাগছ বা সুৰাপানৰ সৰিশেষ বা শাৰীৰি তি Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance inco আৰু ক্লেইমৰ পৰৱৰ্তী পৰ্যায়ত প্ৰয়োজন হ'ব sitive information of mine/our condividual / organization / entity a lose of processing this claim and sing মুম্বৰ্দে প্ৰায়ৰ্বী তথ্য ব্যৱহাৰ কৰি তুক্ত থাকক বা অন্য ধ্বণে প্ৰায়ৰ্বী	বিদায় দিয়াৰ ভাৰিষ ects. ny ailment or illness to divulge life India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any ill বা জীৱন বীমাকৃত লোকগৰাকীৰ অসুস্থতা ইয়াৰ দ্বাৰা নিশ্চিত কৰোঁ যে এই অনুমোদন rance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. ন, নিয়োগকৰ্তা, কোনো সংগঠন, প্ৰতিষ্ঠান বা ৰক মানসিক অৱস্থা, পূৰ্বৰ সবিশেষ, চিকিত্সা resentatives to gather the said of the claim. r পৰা কোনো তথ্য আহৰণৰ ক্ষেত্ৰত পিএনবি bllected or available with PNB associated or affiliated with or / or for providing subsequent addie, মজুত ৰাখিবলৈ, আদাল— হওক) য'ত এই দাবী প্ৰচেছিং

Place:	Date:
স্থান :	
Signature of the Witness/Declarant:	
সাক্ষী/ঘোষণাকাৰীৰ স্বাক্ষৰ:	সাক্ষী/ঘোষণাকাৰীৰ নাম:
Place:	
श्रान :	
আঞ্চলিক ভাষাত ঘোষণা : (সাক্ষৰৰ পৰিৱৰ্তে যদি দাবীদাৰে আঞ্চলিক ভাষাত I have explained the contents of this claim form to the Claim him/her. I have accurately recorded the Claimant's response and affixed his/her thumb impression after fully understandi মই দাবীদাৰক এই ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰৰ সবিশেষ বিষয়বন্ত্ৰ	nant in (language) and ensured that the contents have been fully understood by s 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
Signature of the Witness/Declarant:	Name of Witness/ Declarant:
সাক্ষী/ঘোষণাকাৰীৰ স্বাক্ষৰ :	সাক্ষী/ঘোষণাকাৰীৰ নাম:
Address: ঠিকনা :	
Place:	
ञ्चानः	