

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

হাসপাতাল থেকে দেওয়া সারাটিকিফেট

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

প্রধান বীমাকৃত দ্বারা সম্পন্ন করা হবে (যে চিকিৎসকের অধীনে ছিলেন তিনি পূরণ করবেন)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

দ্রষ্টব্য: অনুগ্রহ করে নীচের সমস্ত পৃষ্ঠাগুলিতে সাইন ইন করুন।

General instructions:

সাধারণ নির্দেশনা:

- 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. দাবি ফর্ম প্রদানের উত্তর দেওয়ার সময় এবং দাবির বিষয়ে অন্য কোনও তথ্য প্রদান করার সময়, দাবিকারীকে অবশ্যই সমস্ত বস্তুগত তথ্যের সম্পূর্ণ এবং খোলামেলা প্রকাশ করতে হবে।
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy. পলিসির অধীনে সুবিধাগুলি পেতে অনুগ্রহ করে পলিসি ডকুমেন্টটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন।
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full. দাবি ফর্ম করা সমস্ত সংশোধনগুলি সম্পূর্ণরূপে যথাযথভাবে প্রতিস্বাক্ষর করতে হবে।
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form. যদি প্রদত্ত স্থান অপূর্ণ হয়, অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সাথে সংযুক্ত সংযুক্ত করুন।
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing. দ্রুত প্রক্রিয়াকরণের জন্য দয়া করে দাবি ফর্মের সাথে প্রয়োজনীয় নথি জমা দিন।
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim. কোম্পানি দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় আরও প্রমাণের জন্য কল করার অধিকার বজায় রাখে।
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim. আমাদের দ্বারা যথাযথভাবে স্বীকৃত ফর্ম জমা দাবী স্বীকার করার পরিমাণ নয়।
- (*) Mandatory fields
- (*) বাধ্যতামূলক ক্ষেত্র

1. Particulars of Life Assured:

লাইফ অ্যাসুরেডের বিশেষ বিবরণ:

Policy Number*: _____
পলিসি নম্বর *: _____

Name of the Life Assured*: _____
জীবন বীমাকৃত ব্যক্তির নাম *: _____

Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life): _____
প্রধান বিমাকৃত ব্যক্তির নাম (যদি বীমাকৃত ব্যক্তি একটি ছোট জীবন বা মাধ্যমিক জীবন হয়): _____

Date of Birth: _____ Sex: Male Female
জন্ম তারিখ: _____ লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা

Address: _____
ঠিকানা: _____

Tel/Mobile number: _____ Email: _____
টেলিফোন/মোবাইল নম্বর: _____ ই-মেইল: _____

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes No
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
আপনি কি মূল বীমাকৃতের পক্ষে অর্থপ্রদান করতে চান: হ্যাঁ না

(লাইফ অ্যাসিওড সেকেন্ডারি ইন্স্যুরেড হলে প্রযোজ্য)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no. *: _____
দাবিদার/প্রধান বীমাকৃত (প্রযোজ্য হিসাবে) ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর *: _____

Name of the Bank, Address *: _____
ব্যাংকের নাম, ঠিকানা *: _____

2. Particulars of Complaints and Symptom

অভিযোগ এবং উপসর্গের বিবরণ

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: _____
ভর্তি হাসপাতালের নাম, ঠিকানা এবং যোগাযোগের বিবরণ: _____

II. Reason for Hospitalization: _____
হাসপাতালে ভর্তির কারণ: _____

III. Date of disease (first diagnosis/surgery): ___/___/____ (DD/MM/YYYY)
 রোগের তারিখ (প্রথম নির্ণয়/সার্জারি): ___/___/____ (তারিখ/মাস/বছর)

IV. Date and time of admission: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ভর্তির তারিখ ও সময়: ___/___/____ (তারিখ/মাস/বছর) ___:___ (24 ঘন্টা ফরম্যাটে)

V. Exact diagnosis /condition(s): _____
 সঠিক রোগ নির্ণয়/শর্ত (গুলি): _____

VI. Investigations undergone: _____
 তদন্ত করা হয়েছে: _____

VII. Date and time of discharge: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ডিসচার্জের তারিখ এবং সময়: ___/___/____ (তারিখ/মাস/বছর) ___:___ (24 ঘন্টা ফরম্যাটে)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s) : _____
 পেশা, ঠিকানা এবং টেলিফোনের বিশদ বিবরণ। নিয়োগকর্তার :

IX. ICU Benefit Availed: Yes No Recuperation Benefit availed: Yes No
 আইসিইউ সুবিধা পাওয়া গেছে: হ্যাঁ না পুনরুদ্ধার সুবিধা পাওয়া গেছে: হ্যাঁ না

X. Date and time of Admission into ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ICU-তে ভর্তির তারিখ ও সময়: ___/___/____ (তারিখ/মাস/বছর) ___:___ (24 ঘন্টা ফরম্যাটে)

XI. Date & time of Discharge from ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ICU থেকে ছাড়ার তারিখ ও সময়: ___/___/____ (তারিখ/মাস/বছর) ___:___ (24 ঘন্টা ফরম্যাটে)

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

চিকিৎসা বা অপারেশনের আগে এবং সময় নেওয়া নিম্নলিখিত রিপোর্ট এবং নথিগুলি সংযুক্ত করা হয়েছে:

a) Copy of Admission Notes
 ভর্তি নোটের কপি

b) Copy of Discharge Summary
 ডিসচার্জ সারাংশের অনুলিপি

c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill
 চূড়ান্ত হাসপাতালের নগদ পরিশোধিত বিলের অনুলিপি

d) Any others. Please mention: _____
 অন্য কেউ 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 নথিগুলি হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ দ্বারা সত্যায়িত করতে হবে বা BSM দ্বারা যাচাইকরণের জন্য মূল শাখায় উত্পাদিত করতে হবে)

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

ডাক্তারদের সাথে পরামর্শ করা এবং হাসপাতাল/মেডিকেল সেন্টার যেখানে লাইফ অ্যাসিওর্ড বর্তমানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতার জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বিবরণ:

Sr. No সিনিম্বর না	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ডাক্তার/হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম	Date of first consultation প্রথম পরামর্শের তারিখ	Address ঠিকানা	Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর. ডাক্তার/হাসপাতালের	Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিখ	Date of Discharge স্রাবের তারিখ

5. DECLARATION AND AUTHORIZATION:

ঘোষণা এবং অনুমোদন:

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

আমি _____ গম্ভীরভাবে ঘোষণা করছি এবং নিশ্চিত করছি যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সব দিক থেকে সত্য এবং 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.

আমি এর দ্বারা যে কোনও মেডিকেল প্র্যাকটিশনার বা হাসপাতাল বা নার্সিংহোম বা মেডিকেল ক্লিনিককে অনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমাকে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা করেছেন বা চিকিৎসা করেছেন/কোনও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য লাইফ অ্যাসিওর্ড আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ডের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি জারির আগে বা পরে অর্জন করতে পারেন, পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লাইফ ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড, এর কোনও অফিস বা আদালত বা কোনও অভিযোগ নিষ্পত্তি ফোরামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত করছি যে এই অনুমোদন টি কোন আইন, কাস্টম বা ব্যবহার সত্ত্বেও যে কোন চিকিৎসক বা হাসপাতালকে গোপনীয়তার ভিত্তিতে কোনও ব্যক্তির সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্ষেত্রে তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান বা তথ্য, কোনও জ্ঞান বা তথ্যের উদ্ভাবন থেকে নিষিদ্ধ করা হচ্ছে।

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, আমি এর মাধ্যমে যে কোনও বীমা সংস্থা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগকর্তা, অন্যান্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা ব্যক্তিকে পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড বা তার যথাযথভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধিদের আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ড সম্পর্কে কোনও রেকর্ড বা জ্ঞান প্রকাশ করার অনুমতি জানাই। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত করি যে এই ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ডের স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে (ড্রাগ বা অ্যালকোহল, এইডস, বা মানসিক ও শারীরিক ইতিহাস, অবস্থা, পরামর্শ বা চিকিৎসা), উপার্জন বা অন্যান্য বীমা সুবিধা সম্পর্কিত কোনও তথ্য সহ।

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.

আমি এর দ্বারা ঘোষণা করি যে আমি উপরোক্ত অনুমোদনগুলি করার অধিকারী। আমি পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লাইফ ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড বা এর যথাযথভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধিদের উল্লিখিত তথ্য বা এমন কোনও তথ্য সংগ্রহ করতে সহায়তা করতে সম্মত হয়েছি যা সংস্কারকে এই দাবি প্রক্রিয়া করতে সহায়তা করতে পারে এবং দাবির আরও এগিয়ে যাওয়ার জন্য উপযুক্ত বলে মনে করা যেতে পারে এমন যে কোনও উপায়ে তথ্য ব্যবহার করতে।

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, পুনর্বীমাকারী সহ, অনুসন্ধানী সংস্থা, বিক্রেতা এবং শিল্প সমিতি/ফেডারেশনগুলি দাবি করুন, এই দাবিপ্রক্রিয়াকরণের উদ্দেশ্যে এবং / অথবা পরবর্তী পরিশেবাপ্রদানের জন্য।

Signature / Thumb impression of the Claimant: _____

দাবিদারের স্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাপ: _____

Place: _____ Date: _____

স্থান: _____ তারিখ: _____

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____

সাক্ষি/ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর: _____ সাক্ষি/ ঘোষণাবাদীর 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.)

স্বাভাষিক ভাষা ঘোষণা: (যদি দাবি ফর্ম স্বাভাষিক ভাষায় স্বাক্ষরিত হয় বা দাবিদার স্বাক্ষরের পরিবর্তে বুড়ো আঙুলের ছাপ ব্যবহার করে থাকে তবে দেওয়া হবে।)

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.

আমি দাবিদারকে এই দাবি ফর্মের বিষয়বস্তু _____ আমি দাবি ফর্মে চাওয়া তথ্যের দাবিদারের প্রতিক্রিয়াসঠিকভাবে রেকর্ড করেছি। আমি দাবিদারের প্রতিক্রিয়াগুলি পড়েছি এবং তিনি নিশ্চিত করেছেন যে সেগুলি সঠিক এবং এটি পুরোপুরি বোঝার পরে তার বুড়ো আঙুলের ছাপ টি লাগান।

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____

দাবিদারের স্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাপ: _____ সাক্ষি/ ঘোষণাবাদীর নাম: _____

Address: _____

ঠিকানা: _____

Place: _____ Date: _____

স্থান: _____ তারিখ: _____