

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 ইন্ডিয়া ইন্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজস্টার্ডঅফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওমেস্ট উইং, রাহেজা টাও্মার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর –560001। ইন্যুবেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117।

সি আই লং U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি লম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুল, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com,ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠাল এখালে 1ম তলা, টেকলিপ্লেক্স –1, টেকলিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাভারকার ক্লাইওভারের বিপরীতে, গোরেগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই – 400062. ফোল: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM হাসপাতাল থেকে দেওয়া সারটিফিকেট

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 কর্মে প্রশ্নের 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 পড়ন
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
 দাবি ফর্মে করা সমস্ত সংশোধনগুলি সম্পূর্ণরূপে যথাযথভাবে প্রতিশ্বাক্ষর করতে হবে।
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
 - যদি প্রদত্ত স্থান অপর্যাপ্ত হয়, অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সাথে সংযুক্তি সংযুক্ত করুন।
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing. ক্ৰুত প্ৰক্ৰিয়াক্রণের জন্য দ্য়া করে দাবি কর্মের 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 কর্ম জমা দাবী স্বীকার করার পরিমাণ নয়।
- (*) Mandatory fields
 - (*) বাধ্যতামূলক ক্ষেত্ৰ
- Particulars of Life Assured:
 লাইফ অ্যাসুর্ডের বিশেষ বিবরণ:

Policy Number*:
পলিসি নাশ্বার *:
Name of the Life Assured*:
জীবন বীমাক্ত 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 Female
জন্ম তারিথ: লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা
Address:
र्ठिकानाः
Tel/Mobile number:
টেলিফোল/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 বীমাক্তের পক্ষে অর্থপ্রদান করতে চান: হ্যাঁ না
(লাইফ অ্যাসিওড সেকেন্ডারি ইন্সুরড 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:
া. Reason for nospitalization
ודאויד אטוט ויזוטוויזוץ

	~	, ,	(22 to 12 to			
III.	Date of disease (first diagnosis/surgery): রোগের তারিথ (প্রথম নির্ণয়/সার্জারি): _					
IV.	রোগের ভারিম (প্রমন নিশ্ন/সাজার): _ Date and time of admission: /			rmat\		
10.	ভর্তির তারিখ ও সম্ম://_					
V.	Exact diagnosis /condition(s):					
	সঠিক রোগ নির্ণয়/শর্ত(গুলি):					
VI.	Investigations undergone:					
	তদন্ত করা হয়েছে:					
VII.	Date and time of discharge:/ ডিসচার্জের তারিথ এবং সম্ম:/					
VIII.	Details of occupation, address and tel. nu					
	পেশা, ঠিকানা এবং টেলিফোলের বিশদ বিব	রণ। ।নথোগকভার——া: _				
IX.	ICU Benefit Availed:	Yes No	Recuperation	Benefit availed: Yes N	No	
	আইসিইউ সুবিধা পাওয়া গেছে:	হ্যাঁ না	•		ग	
X.	Date and time of Admission into ICU:					
	ICU-তে ভর্তির তারিথ ও সম্ম:/_					
XI.	Date & time of Discharge from ICU: ICU থেকে ছাডার তারিথ ও সময়:/					
	ICU (খকে ছাড়ার ডাার্য ও সম্ব:/	/ (ଡାାଶ୍ୟ/	শাস/বহুর): (2 ²	1 ¹ 1 ¹ 1 ¹ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
3.	Following reports and documents taken চিকিত্সা বা অপারেশনের আগে এবং সম					
	a) Copy of Admission Notes ভর্তি লোটের কপি		b) Copy of Discharge Su ডিসচার্জ সারাংশের	-		
	c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill	7		વર્ષા માન nention:		
	চূড়ান্ত হাসপাতালের নগদ পরিশোধিত	— বিলের অনুলিপি		রুণ:		
	(All above documents needs to be attest			•	•	
	(উপরের সমস্ত নথিগুলি হাসপাতাল কর্তৃগ	হয় দাবা সভোষতে কবতে হ				
4	Particulars of doctors consulted and hos					
4.	Particulars of doctors consulted and hos ডাকারদের সাথে প্রামর্শ করা এবং হাস	pital / medical centre whe	rein the Life Assured was ad	mitted currently or for any other p	revious illness:	বিব্ৰণ:
Sr.	ডাক্তারদের সাথে প্রামর্শ করা এবং হাস	pital / medical centre whe গাভাল/মেডিকেল সেন্টার যে Date of first	rein the Life Assured was ad খোনে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/	revious illness:	
	ডাক্তারদের সাথে প্রামর্শ করা এবং হাস Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres	pital / medical centre whe গাতাল/মেডিকেল সেন্টার যে I	rein the Life Assured was ad	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা I	revious illness: র জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ f Date of Admission & operation	বিবরণ: Date of Discharge স্রাবের ভারিখ
Sr.	ডাক্তারদের সাথে পরামর্শ করা এবং হাস Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ডাক্তার/হাসপাতাল/চিকিৎসা	pital / medical centre whe গাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন পূৰ্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals	revious illness: র জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ f Date of Admission &	Date of Discharge
Sr. No সিনি	ডাক্তারদের সাথে পরামর্শ করা এবং হাস Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ডাক্তার/হাসপাতাল/চিকিৎসা	pital / medical centre whe গাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অমুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর.	revious illness: র জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ f Date of Admission & operation	Date of Discharge
Sr. No সিনি: না	ডাজারদের সাথে পরামর্শ করা এবং হাস Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ডাজার/হাসপাভাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম	pital / medical centre whe গাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অমুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর.	revious illness: র জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ f Date of Admission & operation	Date of Discharge
Sr. No সিনি	ডাক্তারদের সাথে পরামর্শ করা এবং হাস Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ডাক্তার/হাসপাতাল/চিকিৎসা	pital / medical centre whe গাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অমুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর.	revious illness: র জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ f Date of Admission & operation	Date of Discharge
Sr. No সিনি: না	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ঘর ডাজার/হাসপাভাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম	pital / medical centre whe fাতাল/মেডিকেল সেন্টার যে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের ভারিথ	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকানা	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অমুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর.	revious illness: র জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ f Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ	Date of Discharge স্রাবের ভারিখ
Sr. No সিনি: না	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ঘর ডাজার/হাসপাভাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম	pital / medical centre whe nাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly d	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ড Address ঠিকালা	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর. ডাক্তার/হাসপাতালের	revious illness: র জন্য ভর্তি চ্চিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিখ	Date of Discharge স্রাবের ভারিখ
Sr. No সিনি: না 5.	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres থ্য ডাক্তার/হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন:	pital / medical centre whe nাভাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম পরামর্শের ভারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো	rein the Life Assured was ad থাৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the i ষণা করছি এবং নিশ্চিত করা	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোল পূৰ্বের অমুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর. ডাক্তার/হাসপাতালের foregoing answers and statements :	revious illness: র জন্য ভর্তি চ্চিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিখ are true and complete in all respe ব দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an	Date of Discharge স্রাবের ভারিখ cts.
Sr. No সিলি: লা 5. I আমি I here any k	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres যর আজার/হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: bby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grief	pital / medical centre whe গতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের ভারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he	rein the Life Assured was ad থোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকানা leclare and confirm that the i যেশা করছি এবং নিশ্চিত করা r medical clinic who or which n which he/she/they may havereby confirm that this author	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর. ডাক্তার/হাসপাতালের কি যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি স্ক n has attended upon or examined of re acquired before or after the issu	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respe ব দিক থেকে সভ্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB Mettina, custom or usage for the time	Date of Discharge স্লাবের তারিখ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd,
Sr. No সিনি: না 	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres থব ভাজার/হাসপাডাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন:	pital / medical centre whe Iাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire	rein the Life Assured was ad থোনে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the i ষেণা করছি এবং নিশ্চিত করা r medical clinic who or which n which he/she/they may have ereby confirm that this authored by him/ her/them in atten	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর. ডাক্তার/হাসপাতালের হি যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি স্থ n has attended upon or examined of ve acquired before or after the issu- prization is notwithstanding any law ding upon or examining a person o	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all resper বি দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an iance of the policy, to PNB Mettime, custom or usage for the time in the ground of secrecy.	Date of Discharge স্রাবের ভারিখ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any
Sr. No সিলি: লা 5. I আমি I here any k any c physi আমি	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ব্যর ডাজার/হাসপাতাল/চিকিংসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: eby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of the country of the	pital / medical centre whe none/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is বা হাসপাতাল বা নার্সিং নিওর্ড আমার/লাইফ অ্যাসিও	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the relative part in a series and in the relative part in the series and in th	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর. ডাক্তার/হাসপাতালের কৈ যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃত্তি স্কা h has attended upon or examined of we acquired before or after the issuerization is notwithstanding any law iding upon or examining a person o অনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিম are true and complete in all resper বি দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an iance of the policy, to PNB Mettine, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি	Date of Discharge স্ত্রাবের ভারিথ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/ চ জারির আগে বা পরে অর্জন
Sr. No সিলি: লা 5. I আমি I here any k any c physi আমি কেলেম্	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres বর ত্যান্ত্যার/হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: bby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle এর দ্বারা যে কোনও মেডিকেল প্র্যান্ডিশন ব্রাক্ষ্যান্ত্র অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য লাইফ ব্যার্নি প্রারেন, পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লাইফ	pital / medical centre whe none/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire fa বা হাসপাভাল বা নার্সিং নিওর্ড আমার/লাইফ অ্যাসিও ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড, এঃ	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকানা leclare and confirm that the in the interpretation of the properties of the propertie	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কিং যে পূর্বেক্তি উত্তর এবং বিবৃতি স্ক্রিন has attended upon or examined of ve acquired before or after the issurption is notwithstanding any lawding upon or examining a person of আনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পত্তি ফোর	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respe ব দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি লমে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর	Date of Discharge স্ত্রাবের তারিথ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/ চ জারির আগে বা পরে অর্জন ছি যে এই অনুমোদন টি কোন
Sr. No সিলি: লা 5. I আমি I here any k any c physi আমি (কাল্ম করতে	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ব্যর ডাজার/হাসপাতাল/চিকিংসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: eby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of the country of the	pital / medical centre whe none/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire fa বা হাসপাভাল বা নার্সিং নিওর্ড আমার/লাইফ অ্যাসিও ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড, এঃ	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকানা leclare and confirm that the in the interpretation of the properties of the propertie	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কিং যে পূর্বেক্তি উত্তর এবং বিবৃতি স্ক্রিন has attended upon or examined of ve acquired before or after the issurption is notwithstanding any lawding upon or examining a person of আনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পত্তি ফোর	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respe ব দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি লমে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর	Date of Discharge স্ত্রাবের তারিথ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/ চ জারির আগে বা পরে অর্জন ছি যে এই অনুমোদন টি কোন
Sr. No Fine: any I here any k any c any	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres বর তার্যার্যার্যার্যার্যার্যার্যার্যার্যার্য	pital / medical centre whe nাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is বা হাসপাতাল বা নার্সিং ইন্স্রেন্স কো লিমিটেড, এর সক বা হাসপাতালকে গোপনী pany, government organiza	rein the Life Assured was ad Purin লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the Purine Purin	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন পূৰ্বের অমুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাকার/হাসপাতালের কি যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃত্তি সক্র কা has attended upon or examined of per acquired before or after the issurbitation is notwithstanding any law ding upon or examining a person o অনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিঙ্গান্তি ফোর বা যোন প্রস্থান বা স্বীক্ষা করার ক্ষেব্রেক্তার্যান্ত, institution or person to resident, and situation, institution or person to resident and situation or person to resident and situation or person to resident and situation.	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respect of দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপন্থিত করেছেন বা পরীক্ষা ক্ষা জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি লামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান	Date of Discharge স্থাবের তারিখ cts. ry ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিংসা করেছেল/ ত জারির আগে বা পরে অর্জন ছি যে এই অনুমোদন টি কোন বা ভখ্য, কোনও জ্ঞান বা ভখ্য,
Sr. No FARE: লা 5. U আমি I here any k any c physi আমি কেরতে আইল (ার Furth autho (include)	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres যর যর যর যর চাত্তার/হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: যেষণা এবং অনুমোদন: by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle এর দ্বারা যে কোনও মেডিকেল প্র্যাকটিশন ও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য লাইফ অ্যার্টি পারেন, পিএনবি মেটলাইফ ইন্টিয়া লাইফ ব্যার্টি পারেন, পিএনবি মেটলাইফ ইন্টিয়া লাইফ কাস্টম বা ব্যবহার সত্বেও যে কোন চিকিং ডিভলগিং থেকে নিমিদ্ধ করা হচ্ছে। er, I hereby authorize any insurance comorized representatives any record or knowling any information relating to the use of	pital / medical centre whe nাতাল/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I had dge or information, acquire is বা হাসপাতাল বা নার্সিং। ইন্সুরেন্স কো লিমিটেড, এঃ সক বা হাসপাতালকে গোপনী pany, government organize wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or	rein the Life Assured was ad Purine লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the interpretation of the purpose of the p	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন শূৰ্বের অমুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্বর. ডাক্তার/হাসপাতালের কি যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি স্কা h has attended upon or examined of ve acquired before or after the issurization is notwithstanding any law ding upon or examining a person o অনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পত্তি ফোর বা সোখে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্ষেম্মেনার কোনার মেনার ক্রামেনার	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respect of the vertical formulation of the policy, to PNB MetLine, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি লামে। আমি এর ঘারা নিশ্চিত কর তার ঘারা অর্জিত কোনও জ্ঞান	Date of Discharge স্ত্রাবের তারিথ cts. ry ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/ চ জারির আগে বা পরে অর্জন ছি যে এই অনুমোদল টি কোন বা তথ্য, কোনও জ্ঞান বা তথ্য ance Company Ltd or its duly out my/Life Assured's health
Sr. No FARE: লা 5. I	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres যর যর তার্বার্রাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: যেষণা এবং অনুমোদন: bby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle এর দ্বারা যে কোনও মেডিকেল প্র্যাকটিশন ও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য লাইফ আর্গ্রান্ত পারেন, পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লাইফ কাস্টম বা ব্যবহার সত্ত্বেও যে কোন চিকিং ডিভলগিং থেকে নিষিদ্ধ করা হচ্ছে। er, I hereby authorize any insurance comorized representatives any record or knowling any information relating to the use of 13, আমি এর মাধ্যমে যে কোনও বীমা সং	pital / medical centre whe INGI লি (মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের ভারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire রে বা হাসপাভাল বা নার্সিং নিওর্ড আমার/লাইফ অ্যাসিও ইন্সুরেন্স কো লিমিটেড, এঃ সক বা হাসপাভালকে গোপনী pany, government organize wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or খ্যা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগর	rein the Life Assured was ad খোৰে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকানা leclare and confirm that the in the interest of the in	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কি মে পূর্বেক্তি উত্তর এবং বিবৃতি সক্তি has attended upon or examined a ve acquired before or after the issurbation is notwithstanding any lawding upon or examining a person o আনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পত্তি কোর ব সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্ষেত্তে nization, institution or person to restrict institution or person to restruction, advice or treatment), ea বা ব্যক্তিকে পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডি	previous illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respe ব দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি আমে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর বি তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান elease to PNB MetLife India Insur mitation include information ab rnings or other insurance benefits য়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড ব	Date of Discharge স্ত্রাবের তারিথ cts.
Sr. No FARE: an 5. U আমি I here any k any c physi আমি কেরভে ভাইন Cার Furth autho (inclu-	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres যর যর যর যর চাত্তার/হাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: যেষণা এবং অনুমোদন: by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle এর দ্বারা যে কোনও মেডিকেল প্র্যাকটিশন ও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য লাইফ অ্যার্টি পারেন, পিএনবি মেটলাইফ ইন্টিয়া লাইফ ব্যার্টি পারেন, পিএনবি মেটলাইফ ইন্টিয়া লাইফ কাস্টম বা ব্যবহার সত্বেও যে কোন চিকিং ডিভলগিং থেকে নিমিদ্ধ করা হচ্ছে। er, I hereby authorize any insurance comorized representatives any record or knowling any information relating to the use of	pital / medical centre whe none/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের ভারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I had dge or information, acquire fa বা হাসপাতাল বা নার্সিং ইন্স্রেন্স কো লিমিটেড, এর সক বা হাসপাতালকে গোপনী pany, government organiza wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or স্থা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগক iনও রেকর্ড বা জ্ঞান প্রকাশ	rein the Life Assured was ad Purine লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the relation in the lecture and confirm that the relation which he/she/they may have rerby confirm that this author he/she/they may have rerby confirm that this author he/she/them in attential at INBC কল ক্লিককে বে কোলও অফিস বা আদালত ব্যক্তির বাজ্যের অবস্থা সম্পর্কের কোলও অফিস বা আদালত ব্যক্তির কলেও অফিস বা আদালত ব্যক্তির বাকোর, employer, other organured. I hereby confirm that mental and physical history, ফর্ডা, অন্যাল্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠাল করার অনুমতি জালাই। আ	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন শূৰ্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাকার/হাসপাতালের কি যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্ষ করার বাবেলিও অভিযোগ নিজ্পার বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিজ্পার কোর বা কোনও অভিযোগ নিজ্পার কোর ক্যে বেছালে কার্যানির কারার ক্ষেরে কার্যানির কারার ক্ষিত্রানির কারার কারার কার্যানির কারার কার্যানির কারার কার্যানির কারার ক্ষিত্রানির কারার কারার কার্যানির কারার কিরিত করি যে এই	previous illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respect of দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা কি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি লামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভারে দ্বারা আর্জিত কোনও জ্ঞান ভারেছেল বা পরীক্ষা ক্ষা তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভারেছেল বা পরীক্ষা ক্ষা তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভারেছেল বা পরীক্ষা ক্ষা তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভারেছেল বা পরীক্ষা ক্ষা ক্ষা তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভারেছেল বা পরীক্ষা ক্ষা ক্ষা ক্ষা ক্ষা ক্ষা ক্ষা ক্ষা	Date of Discharge স্ত্রাবের তারিথ cts.
Sr. No Fries I I here any k any k any c physi আমি কেলে করভে Furth autho (inclu এছাড় প্রতিভি সম্প্র্যে I here	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ব্যৱ ডাজার/হাসপাডাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: Eby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of information relating any information from the information relating to the use of the county of the information relating to the use of the information relating to the use of the information of the information relating to the use of the information relating to the use of the information relating to the use of the information relating to the information relating to the information relating to the use of the information relating to the information relating to the use of the information relating to the information relating to the information relating to the use of the information relating to the information relating	pital / medical centre whe none in to in	rein the Life Assured was ad Purin লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the relation parks এবং নিশ্চিত করা r medical clinic who or which he/she/they may have reby confirm that this authored by him/ her/them in attent হোম বা মেডিকেল ক্লিনিককে ডের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কের বোকাও অফিস বা আদালত বিকার বিকারও অফিস বা আদালত বিকারে কালও অফিস বা আদালত বাকো, employer, other organured. I hereby confirm that mental and physical history, কর্তা, অন্যান্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা করার অনুমতি জালাই। আরীরিক ইতিহাস, অবস্থা, প্রামণ্ডি organis বিভাগি, অবস্থা, প্রামণ্ডি organis বিভাগি বিভাগি, বিভাগি, অবস্থা, প্রামণ্ডি organis বিভাগি, বিভাগ	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন শূৰ্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাকার/হাসপাতালের কি যে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্ষি করার বাবালের কার্যারালির বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিষ্পত্তি ফোর বা কোকও কার্যারা কিন্টিত করি যে এই বা ব্যক্তিকে পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডি: মি এর দ্বারা নিন্টিত করি যে এই বা চিকিভ্সা), উপার্জন বা অন্যান PNB MetLife India Life Insurance C	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিম are true and complete in all respe ব দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an ance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা কি উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা কি তারে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর তার দ্বারা আর্জিত কোনও জ্ঞান blease to PNB MetLife India Insur mitation include information ab rrnings or other insurance benefits বা ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব	Date of Discharge স্থাবের ভারিথ cts. c
Sr. No Final Final Final Final Furth autho (inclu এছাড় প্রভিতি সম্প্রে I here	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ব্যৱ ডাজার/হামপাভাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: bby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any information with the law any medical practice. Thereby authorize any insurance comprized representatives any record or know of the country information relating to the use of the country of the law and th	pital / medical centre whe none/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম পরামর্শের ভারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is বা হাসপাভাল বা নার্সিং নিওর্ড আমার/লাইফ অ্যাসিও ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড, এর সক বা হাসপাভালকে গোপনী pany, government organizz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or হা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগৰ লাও রেন্কর্ড বা জ্ঞান প্রকাশল, এইডস, বা মানসিক ও শ e above authorizations. I a ne company to process this	rein the Life Assured was ad Purial লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা Reclare and confirm that the reclare and confirm that the reclar and confirm that the reclar and confirm that the reclar and confirm that this author he/she/they may have reeby confirm that this author he/she/they may have reeby confirm that this author he/she/they may have reeby confirm that this confirm that and in the reclar and physical history, reclar and physi	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন শূৰ্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাকার/হাসপাতালের কি মে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্ষ্যিক প্রবিধান করার প্রাপ্তালির করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পত্তি করার বা কারিক করার ক্ষেপ্তেলিক পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিন বা ব্যক্তিকে পিএনবি মেটলাইফ বিডিন বা চিকিত্সা), উপার্জন বা অন্যান PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may b	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিম are true and complete in all respe a দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an alance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি লামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর ক্র তার দ্বারা আর্জিত কোনও জ্ঞান elease to PNB MetLife India Insurmitation include information ab remispas or other insurance benefits ব্যাইম্পুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব্যাইম্পুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব্যাইম্পুরেন্স কোম্পর্কিত কোনও জ্ঞাত Ltd or its duly authorized represe deemed to be fit in furtherance	Date of Discharge স্থাবের তারিথ cts. c
Sr. No Final Fina	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres पत पत पत पत पत पत पत पत पत प	pital / medical centre whe none/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম প্রামর্শের ভারিথ do solemnly d গম্ভীরভাবে ঘো nospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire র বা হাসপাভাল বা নার্সিং। ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড, এর সক বা হাসপাভালকে গোপনী pany, government organiza wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or স্থা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগক লও রেকর্ড বা জ্ঞান প্রকাশল, এইডস, বা মানসিক ও শ e above authorizations. I a ne company to process this অনুমোদনগুলি করার অধিক	rein the Life Assured was ad Purin লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address ঠিকালা leclare and confirm that the lector and confirm that this author and confirm that this author and confirm that the lector and confirm that and possible and confirm that mental and physical history, confirm that mental and physical history, confirm that mental and physical history, confirm that mental and physical history, confirm that this author and physical history, confirm that this author and confirm that this author and confirm that the lector and physical history.	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন শূৰ্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর্ন. ডাকার/হাসপাতালের কি যে পূর্বাক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্ষা করার বাবেলিও অলিবা যদি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পান কিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পান ক্রিয়ান করার স্কেলে করার ক্রেয়ান করার স্কেলেও করার ক্রেয়ান করার ক্রিয়ান কর্নিচত করি যে এই ক্রিয়ান ক্রিক্তিসা), উপার্জন বা অন্যান PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may b ইন্ডিয়া লাইফ ইন্স্যুরেন্স কো নিমিটে	previous illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ are true and complete in all respect of দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an alloce of the policy, to PNB MetLife Assured for an alloce of the policy, to PNB MetLife in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতিলামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর আর দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর আর দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান আমি আমি এর দ্বারা নিশ্চিত বি ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই বি ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা হাড়াই বি ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা হাড়াই বি ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা হাড়াই বি ধরনের তথ্য সামাবদ্ধতার আনুমানিত	Date of Discharge স্ত্রাবের তারিথ cts.
Sr. No Fries I I I I I I I I I I I I I	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres पत पत पत पत पत DECLARATION AND AUTHORISATION: (पाষণা এবং অনুমোদন: DECLARATION AND AUTHORISATION: (पाষণা এবং অনুমোদন:	pital / medical centre whe none in to a solemnly described in the solemnia of	rein the Life Assured was ad Parice লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত Address কিলা leclare and confirm that the relation করছি এবং নিশ্চিত করা reduced clinic who or which which he/she/they may have reby confirm that this author by him/her/them in attent হোম বা মেডিকেল ক্লিনিককে ডের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কের বাকোও অফিস বা আদালত বিয়ার ভিত্তিতে কোলও ব্যক্তির বাকো, employer, other organ ured. I hereby confirm that mental and physical history, কর্তা, অন্যান্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠান ল করার অনুমতি জানাই। আরারিকি ইতিহাস, অবস্থা, প্রামণ lso agree to render help to claim and to use the informal ill আমি শিগুনবি মেটলাইফ এই দাবি প্রক্রিয়া করতে সহ	mitted currently or for any other p মাৰে বা অন্য কোন শূৰ্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাকার/হাসপাতালের কি মে পূর্বোক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সং কি ব্রহ্মান্দন দিই মিনি বা মিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিষ্পত্তি ফোর বা কোনও অভিযোগ নিষ্পত্তি ফোর বা সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার স্কেনে কাইর্যানে, institution or person to re হ such information shall without li condition, advice or treatment), ea বা ব্যক্তিকে পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডি: মি এর দ্বারা নিন্দিত করি যে এই বি বা চিকিত্সা), উপার্জন বা অন্যান PNB MetLife India Life Insurance C ation in whatever manner as may b ইন্ডিয়া লাইফ ইন্সুরেন্স কো নিমিটে; মেতা করতে পারে এবং দাবির আরং	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিম are true and complete in all resperse from the life Assured for an ance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা কি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি লামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর ক্র তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভালিভালে কি জ্যান আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর ক্র তার দ্বারা আর্জিত কোনও জ্ঞান ভালিভালে কি মিটেড ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা হ ব মুমাদিত ত্ব ব এর মথামথভাবে অনুমোদিত ত্ব এগিয়ে যাওয়ার জন্য উপযুক্ত বা	Date of Discharge স্থাবের তারিথ cts. ct
Sr. No FAFE: I আমি I here any k any c physi আমি কেলন করতে আইল (ার I here infori আমি এঘাড় প্রভিন্ সম্পর্ I here infori আমি এমন ব্য বে I/We MetL engal	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres पत	pital / medical centre whe insier/মেডিকেল সেন্টার মে Date of first consultation প্রথম পরামর্শের ভারিথ do solemnly despite a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire a বা হাসপাতাল বা লার্সিং। নিওও আমার/লাইফ অ্যাসিও ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড, এই সেক বা হাসপাতালকে গোপনী pany, government organize wledge about my/Life Asset drugs or Alcohol, AIDS, or স্থা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগৰ লাও রেকর্ড বা জ্ঞান প্রকাশল, এইডস, বা মানসিক ও শ e above authorizations. I a ne company to process this অনুমোদলগুলি করার অধিক সন্মাত হমেছি যা সংস্থাটিকে ize, PNB MetLife to use, stor obtained otherwise) whi	rein the Life Assured was ad প্রানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত বিশানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত কিলা leclare and confirm that the result of the safe এবং নিশ্চিত করা redical clinic who or which which he/she/they may have reby confirm that this authored by him/ her/them in attent (যেম বা মেডিকেল ক্লিনিককে ডের স্থাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কের বোনাও অফিস বা আদালত বিয়তার ভিত্তিতে কোনও ব্যক্তির বাকো, employer, other organured. I hereby confirm that mental and physical history, কর্তা, অন্যান্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠান ল করার অনুমতি জানাই। আরারীরিক ইতিহাস, অবস্থা, প্রামাধারি ইতিহাস, অবস্থা, প্রামাধার বাকার বা	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কি মে পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্তার প্রমাপাতালের কি মে পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্তার প্রমাপাতালের কি মে পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্তার প্রমাপাতালের লাভার লাভার প্রকাশ করার বা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্ষেত্রেক্তার সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্রেক্তার সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্ষেত্রেক্তার সিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিন্ মি এর দ্বারা নিন্দিত করি মে এই বা চিকিত্সা), উপার্জন বা অন্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিয়া লাইফ ইন্স্যুরেন্স কো নিমিটেং মেতা করতে পারে এবং দাবির আরং close any of the personal and sense ted to my KYC documents to any in	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিম কাল true and complete in all respect of দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা বি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি আমে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান elease to PNB MetLife India Insurmitation include information ab rnings or other insurance benefits য়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ব ভাবাধনের স্বাধ্বনির অনুমাদিত র এগিয়ে যাওয়ার জন্য উপযুক্ত বা ditive information of mine/our co	Date of Discharge স্থাবের তারিখ cts. cts. cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/চ জারির আগে বা পরে অর্জনছি যে এই অনুমোদল টি কোল বা তথ্য, কোনও জ্ঞান বা তথ্য ance Company Ltd or its duly out my/Life Assured's health s. া তার যথাযথভাবে অনুমোদিত আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ডের স্বাস্থ্য সহ। esentatives to gather the said of the claim. প্রতিনিধিদের উল্লিখিত তথ্য বালে মনে করা যেতে পারে এমন
Sr. No FAFE: I আমি I here any k any c physi আমি কেলন করতে আইল (ার Furth autho (inclu এছাড় প্রভিন্ সম্পর্টে I here infori আমি এমল (ম বে I/We MetL engal servic	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres বর তার্রারাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowle এর দ্বারা যে কোনও মেডিকেল প্র্যাকটিশন ও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য লাইফ আর্গ্রালির, পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লাইফ কাস্টম বা ব্যবহার মত্বেও যে কোন চিকিৎ ডিভলগিং থেকে নিমিদ্ধ করা হচ্ছে। ber, I hereby authorize any insurance comorized representatives any record or knowling any information relating to the use of all কাম	pital / medical centre whe none in which was a solemnly of selection and selection an	rein the Life Assured was ad lance end confirm that the confirm that this authors are confirm that and confirm that and confirm that mental and physical history, confirmed. I hereby confirm that mental and physical history, confirmed and physical history, confirmed and physical history, confirmed and physical history, confirmed and confirmed and physical history, confirmed and confirmed and confirmed and confirmed and confirmed and confirmed and to use the information and the confirmed an	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কৈ পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃত্তি সকা has attended upon or examined of ve acquired before or after the issurbitation is notwithstanding any lawding upon or examining a person of অনুমোদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও ক্রিযোগ নিম্পত্তি ফোরে বা সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্ষেয়ে কোনারের্বাতা, institution or person to resistation, institution or person to resistation, institution or person to resistation, advice or treatment), ea বা ব্যক্তিকে পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিনি এর দ্বারা নিশ্চিত করি যে এই বি বা চিকিত্সা), উপার্জন বা অন্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিয়া লাইফ ইন্সুরেন্স কো নিমিটেয়েতা করতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বিত্তি বা ক্রিয়েতা করতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বা ক্রিয়েতা করতে পারে এবং দাবির আর্থ্য close any of the personal and sense ted to my KYC documents to any in pociations/federations, for the purpositions/federations, for the purpositions/federations, for the purpositions/federations, for the purpositions	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিম কি ও অপারেশনের তারিম কি থিকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। কি থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। কি থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। কি থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। কি যেকাত or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপস্থিত করেছেন বা পরীক্ষা কি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি ক্রামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর ত্র তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভাষিত্র কি কি পানিও কি কাম কি জার বিদ্যালয় কি তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান ভাষিত্র কি কি পানি কি	Date of Discharge স্থাবের তারিথ cts. cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিংসা করেছেল/চ জারির আগে বা পরে অর্জনছি যে এই অলুমোদল টি কোল বা তথ্য, কোনও জ্ঞান বা তথ্য ance Company Ltd or its duly out my/Life Assured's health s. া তার যথাযথভাবে অলুমোদিত আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ডের শ্বাস্থায় সহ। esentatives to gather the said of the claim. প্রতিনিধিদের উল্লিখিত তথ্য বালে মলে করা যেতে পারে এমল
Sr. No FA Fa: an I here any k any c physi আমি কেলন করতে আইল (ার I here inform আমি এমল (ম বে I/We MetL engal servic আমি	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres पत पत पत पत पत पत पत पत पत प	pital / medical centre whe none in the interest consultation প্রথম প্রামর্শের তারিথ do solemnly despite a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is a বা হাসপাতাল বা নার্সিং। নিওও আমার/লাইফ অ্যাসিও ইন্স্যুরেন্স কো লিমিটেড, এই স্মুরেন্স কো লিমিটেড, এই স্মুরেন্স কো লিমিটেড, এই সম্বা হাসপাতালকে গোপনী pany, government organizz wledge about my/Life Asset of drugs or Alcohol, AIDS, or হা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগন লাও রেকর্ড বা জ্ঞান প্রকাশল, এইডস, বা মানসিক ও শহা e above authorizations. I a ne company to process this অনুমোদনগুলি করার অধিক সম্মাত হমেছি যা সংস্থাটিকে ize, PNB MetLife to use, stor obtained otherwise) whic claim investigative agencie যথভাবে অনুমোদিত, পিএনবি	rein the Life Assured was ad প্রানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত বিশ্বানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত কিলা Address ঠিকালা leclare and confirm that the relation who are which he/she/they may have reby confirm that this authored by him/ her/them in attent (হাম বা মেডিকেল ক্লিনিককে ডের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কের কোনও অফিস বা আদালত বিয়তার ভিত্তিতে কোনও ব্যক্তির বাকোর, employer, other organured. I hereby confirm that mental and physical history, কর্তা, অন্যান্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা করার অনুমতি জালাই। আরারিরিক ইভিহাস, অবস্থা, প্রনামণ বার আছিল ইভিহাস, অবস্থা, প্রনামণ বার প্রক্রিয়া করার অনুমতি জালাই। আরারিরিক ইভিহাস, অবস্থা, প্রনামণ বার প্রক্রিয়া করার তাই দাবি প্রক্রিয়া করাতে সহ বাকে share, transfer and disk the may include but not limit as, vendors and industry asso	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কৈ পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃত্তি সকা has attended upon or examined of ve acquired before or after the issurization is notwithstanding any law ding upon or examining a person of আনুমাদন দিই যিনি বা যিনি আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও অভিযোগ নিম্পত্তি কোর বা সোথে দেখা বা পরীক্ষা করার ক্ষেত্রেক্তান কারে কারে কারে কারে কারে কারে কারে কারে	revious illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিম কাল true and complete in all respect of দিক থেকে সত্য এবং সম্পূর্ণ। or treated me/Life Assured for an lance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time in the ground of secrecy. কে উপন্থিত করেছেন বা পরীক্ষা কি জন্য যা তিনি/তিনি/তারা নীতি কামে। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত কর তার দ্বারা অর্জিত কোনও জ্ঞান elease to PNB MetLife India Insurmitation include information ab rnings or other insurance benefits য়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা ছাড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা আড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা আড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা আড়াই ব ধরনের তথ্য সীমাবদ্ধতা কাল্য ত ত Ltd or its duly authorized represe deemed to be fit in furtherance of বা এর মখামখন্ডাবে অনুমোদিত ব বা এর মখামখন্ডাবে অনুমোদিত ব বা এর মখামুক্ত বা তাল্যেয়ার জন্য উপমূক্ত বা লাগেথা / organization / entity a ose of processing this claim and ,	Date of Discharge স্থাবের তারিখ cts. ct
Sr. No FAFA: an I I here any k any c physi আমি কেরতে যহন (ারclu এছাড় প্রতিনি সম্পর্টে I here infori আমি এমন বে I/We MetL enga; servic আমি খাকরে	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres বর তার্রারাসপাতাল/চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম DECLARATION AND AUTHORISATION: ঘোষণা এবং অনুমোদন: by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowle এর দ্বারা যে কোনও মেডিকেল প্র্যাকটিশন ও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য লাইফ আর্গ্রালির, পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া লাইফ কাস্টম বা ব্যবহার মত্বেও যে কোন চিকিৎ ডিভলগিং থেকে নিমিদ্ধ করা হচ্ছে। ber, I hereby authorize any insurance comorized representatives any record or knowling any information relating to the use of all কাম	pital / medical centre whe its instance in a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of instance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of instance redressal forum. I he dge or information, acquire is a stayling in a stayling is a stayling in a stayling is a stayling in a stayling in a stayling is a stayli	rein the Life Assured was ad থানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত বিশানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত কিলান Address ঠিকালা leclare and confirm that the interpretation of the properties of the	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কি মে পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্তার প্রবালের ভারের এবং বিবৃতি সক্তার প্রবাদিন আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার স্কেরে বা কোনও কালের কালের মানে দেখা বা পরীক্ষা করার স্কেরে বা কালিক সিএনবি মেটলাইফ ইন্ডির বা ভিকিত্সা), উপার্জন বা তাল্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিরা লাইফ ইন্ড্যারেন্স করাতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বা চিকিত্সা), উপার্জন বা তাল্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিরা লাইফ ইন্ড্যারেন্স কো নিমিটের তাল করতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বাতের কালে প্রবাদিক করে সেরা করিক করে বা তাল্যান করেন্স করেন সামের্থাক বা আনুমানিত বা স্ক্র মাথে যুক্ত বা অনুমোন্ডিত বা উপ্বানিম্যুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করিক আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিয়াৰ করা ন	previous illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ ক্রান্থ বিশ্ব কর্মান্ত্রেল কর্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্রমান্ত্র্মান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্মান্ত্রমান্ত্	Date of Discharge স্থাবের তারিখ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/চ জারির আগে বা পরে অর্জন ছি যে এই অনুমোদল টি কোল বা তথ্য, কোনও জ্ঞান বা তথ্য ance Company Ltd or its duly out my/Life Assured's health s. া তার যথাযথভাবে অনুমোদিত আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ডের স্বাস্থা সহ। esentatives to gather the said of the claim. প্রতিনিধিদের উল্লিখিত তথ্য বালে মনে করা যেতে পারে এমন বালে করা যেতে পারে এমন বালে করা যেতে পারে এমন পার বালে করা যেতে পারে এমন পার বালে মার বালে মার বালা বালা বালা বালা বালা বালা বালা বা
Sr. No Friend Price of the Control	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres पत पत पत पत पत पत पत पत पत प	pital / medical centre whe its instance in a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of instance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of instance redressal forum. I he dge or information, acquire is a stayling in a stayling is a stayling in a stayling is a stayling in a stayling in a stayling is a stayli	rein the Life Assured was ad থানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত বিশানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত কিলান Address ঠিকালা leclare and confirm that the interpretation of the properties of the	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কি মে পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্তার প্রবালের ভারের এবং বিবৃতি সক্তার প্রবাদিন আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার স্কেরে বা কোনও কালের কালের মানে দেখা বা পরীক্ষা করার স্কেরে বা কালিক সিএনবি মেটলাইফ ইন্ডির বা ভিকিত্সা), উপার্জন বা তাল্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিরা লাইফ ইন্ড্যারেন্স করাতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বা চিকিত্সা), উপার্জন বা তাল্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিরা লাইফ ইন্ড্যারেন্স কো নিমিটের তাল করতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বাতের কালে প্রবাদিক করে সেরা করিক করে বা তাল্যান করেন্স করেন সামের্থাক বা আনুমানিত বা স্ক্র মাথে যুক্ত বা অনুমোন্ডিত বা উপ্বানিম্যুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করিক আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিয়াৰ করা ন	previous illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ ক্রান্থ বিশ্ব কর্মান্ত্রেল কর্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্রমান্ত্র্মান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্মান্ত্রমান্ত্	Date of Discharge স্থাবের তারিখ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/চ জারির আগে বা পরে অর্জন ছি যে এই অনুমোদল টি কোল বা তথ্য, কোনও জ্ঞান বা তথ্য ance Company Ltd or its duly out my/Life Assured's health s. া তার যথাযথভাবে অনুমোদিত আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ডের স্বাস্থা সহ। esentatives to gather the said of the claim. প্রতিনিধিদের উল্লিখিত তথ্য বালে মনে করা যেতে পারে এমন বালে করা যেতে পারে এমন বালে করা যেতে পারে এমন পার বালে করা যেতে পারে এমন পার বালে মার বালে মার বালা বালা বালা বালা বালা বালা বালা বা
Sr. No Friend Price of the Control	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres पत	pital / medical centre whe its instance in a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of instance redressal forum. I he dge or information, acquire is a state of instance redressal forum. I he dge or information, acquire is a stayling in a stayling is a stayling in a stayling is a stayling in a stayling in a stayling is a stayli	rein the Life Assured was ad থানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত বিশানে লাইফ অ্যাসিওরড বর্ত কিলান Address ঠিকালা leclare and confirm that the interpretation of the properties of the	mitted currently or for any other p মানে বা অন্য কোন পূর্বের অসুস্থতা Registration no. of Doctors/ Hospitals নিবন্ধন নম্মর. ডাক্তার/হাসপাতালের কি মে পূর্বেক্ত উত্তর এবং বিবৃতি সক্তার প্রবালের ভারের এবং বিবৃতি সক্তার প্রবাদিন আমা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার বা কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার সাথে দেখা বা পরীক্ষা করার স্কেরে বা কোনও কালের কালের মানে দেখা বা পরীক্ষা করার স্কেরে বা কালিক সিএনবি মেটলাইফ ইন্ডির বা ভিকিত্সা), উপার্জন বা তাল্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিরা লাইফ ইন্ড্যারেন্স করাতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বা চিকিত্সা), উপার্জন বা তাল্যান PNB MetLife India Life Insurance Coation in whatever manner as may b ইন্ডিরা লাইফ ইন্ড্যারেন্স কো নিমিটের তাল করতে পারে এবং দাবির আর্থ্য বাতের কালে প্রবাদিক করে সেরা করিক করে বা তাল্যান করেন্স করেন সামের্থাক বা আনুমানিত বা স্ক্র মাথে যুক্ত বা অনুমোন্ডিত বা উপ্বানিম্যুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করিক আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিম্যান করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপ্বানিক বি করা করা নিয়াৰ করা ন	previous illness: ব জন্য ভর্তি ছিলেন তার বিশেষ বি Date of Admission & operation ভর্তি ও অপারেশনের তারিথ ক্রান্থ বিশ্ব কর্মান্ত্রেল কর্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্তর্মান্তর্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্র্মান্ত্রমান্ত্র্মান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্রমান্ত্মান্ত্রমান্ত্	Date of Discharge স্থাবের তারিখ cts. y ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any করেছেল বা চিকিৎসা করেছেল/চ জারির আগে বা পরে অর্জন ছি যে এই অনুমোদল টি কোল বা তথ্য, কোনও জ্ঞান বা তথ্য ance Company Ltd or its duly out my/Life Assured's health s. া তার যথাযথভাবে অনুমোদিত আমার/লাইফ অ্যাসিওর্ডের স্বাস্থা সহ। esentatives to gather the said of the claim. প্রতিনিধিদের উল্লিখিত তথ্য বালে মনে করা যেতে পারে এমন বালে করা যেতে পারে এমন বালে করা যেতে পারে এমন পার বালে করা যেতে পারে এমন পার বালে মার বালে মার বালা বালা বালা বালা বালা বালা বালা বা

শাবিশারের শ্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাস:	
Place:	
স্থান:	ভারিখ:
Signature of the Witness/Declarant:	Name of Witness/ Declarant:
সাক্ষি/ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর:	সাক্ষি/ ঘোষণাবাদীর নাম:
Place:	
স্থান:	
শ্বানীয় ভাষা ঘোষণা: (যদি দাবি ফর্ম শ্বানীয় ভাষায় স্ব I have explained the contents of this claim form to the Claim him/her. I have accurately recorded the Claimant's response:	n is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.) াষ্করিত হম বা দাবিদার স্বাক্ষরের পরিবর্তে বুড়ো আঙুলের ছাপ ব্যবহার করে থাকে তবে দেওমা হবে।) ant 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
শ্বানীয় ভাষা ঘোষণা: (যদি দাবি ফর্ম শ্বানীয় ভাষায় স্ব 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 understandin আমি দাবিদারকে এই দাবি ফর্মের বিষয়বস্ত প্রতিক্রিয়াগুলি পড়েছি এবং তিনি নিশ্চিত করেছেন যে সেগুলি ফ Signature of the Witness/Declarant: দাবিদারের শ্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাপ:	াস্করিত হম বা দাবিদার স্বাক্ষরের পরিবর্তে বুড়ো আঙুলের ছাপ ব্যবহার করে থাকে তবে দেওয়া হবে।) ant in
স্বানীয় ভাষা ঘোষণা: (যদি দাবি ফর্ম স্বানীয় ভাষায় স্ব I have explained the contents of this claim form to the Claim him/her. I have accurately recorded the Claimant's responses and affixed his/her thumb impression after fully understandii আমি দাবিদারকে এই দাবি ফর্মের বিষয়বস্ত প্রতিক্রিয়াগুলি পড়েছি এবং তিনি নিশ্চিত করেছেন যে সেগুলি দ Signature of the Witness/Declarant: দাবিদারের স্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাপ: Address:	াষ্করিত হম বা দাবিদার স্বাক্ষরের পরিবর্জে বুড়ো আঙুলের ছাপ ব্যবহার করে থাকে তবে দেওয়া হবে।) ant 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 ng the same আমি দাবি কর্মে চাওয়া তখ্যের দাবিদারের প্রতিক্রিয়াসঠিকভাবে রেকর্ড করেছি। আমি দাবিদারের গঠিক এবং এটি পুরোপুরি বোঝার পরে তার বুড়ো আঙুলের ছাপ টি লাগান। Name of Witness/ Declarant: সাক্ষি/ ঘোষণাবাদীর নাম:
শ্বানীয় ভাষা ঘোষণা: (যদি দাবি কর্ম শ্বানীয় ভাষায় স্ব 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 understandin আমি দাবিদারকে এই দাবি কর্মের বিষয়বস্তু প্রভিক্রিয়াগুলি পড়েছি এবং ভিনি নিশ্চিত করেছেন যে সেগুলি ফ Signature of the Witness/Declarant: দাবিদারের স্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাপ: Address:	াষ্করিত হম বা দাবিদার স্বাক্ষরের পরিবর্তে বুড়ো আঙুলের ছাপ ব্যবহার করে থাকে তবে দেওমা হবে।) ant in
স্বানীয় ভাষা ঘোষণা: (যদি দাবি ফর্ম স্বানীয় ভাষায় স্ব I have explained the contents of this claim form to the Claim him/her. I have accurately recorded the Claimant's responses and affixed his/her thumb impression after fully understandii আমি দাবিদারকে এই দাবি ফর্মের বিষয়বস্ত প্রতিক্রিয়াগুলি পড়েছি এবং তিনি নিশ্চিত করেছেন যে সেগুলি দ Signature of the Witness/Declarant: দাবিদারের স্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাপ: Address:	াষ্করিত হম বা দাবিদার স্বাক্ষরের পরিবর্জে বুড়ো আঙুলের ছাপ ব্যবহার করে থাকে তবে দেওয়া হবে।) ant in