

## HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

### હોસ્પિટલ કેશ બેનીફિટ ક્લેઈમ ફોર્મ

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

મુખ્ય ઈન્સ્યોર્ડ અને સેકન્ડરી ઈન્સ્યોર્ડ (પોતાના અને બાળકના જીવન માટે) દ્વારા ભરવામાં આવનાર

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

નોંધ છેલ્લે આપેલા દરેક પૃષ્ઠો પર હસ્તાક્ષર કરો

#### General instructions:

##### સામાન્ય સૂચનાઓ:

- 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.
- ક્લેઈમ ફોર્મના પ્રશ્નોના જવાબ આપતા અને ક્લેઈમના સંદર્ભમાં અન્ય કોઈ માહિતી પૂરી પાડતા ક્લેઈમ કરનારે દરેક અગત્યની માહિતીની સંપૂર્ણ અને નિખાલસ જાહેરાત કરવાની રહેશે.
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.
- પોલિસી હેઠળ લાભ મેળવવા માટે કૃપા કરીને પોલિસી દસ્તાવેજ સંભાળપૂર્વક વાંચો.
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
- ક્લેઈમ ફોર્મમાં કરવામાં આવેલા સુધારાઓમાં આખી કાઉન્ટર સહી કરવાની રહેશે.
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
- જો જગ્યા અપૂરતી હોય તો કૃપા કરીને આ ફોર્મ સાથે બીડાણ જોડો.
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.
- ઝડપી પ્રોસેસિંગ માટે ક્લેઈમ ફોર્મ સાથે કંપનીએ માંગેલા આવશ્યક દસ્તાવેજો સુપરત કરો.
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.
- ક્લેઈમની પ્રક્રિયા માટે જો વધુ પુરાવાની જરૂર પડશે તો કંપની કોલ કરવાનો અધિકાર ધરાવે છે.
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.
- અમારા દ્વારા સમર્થન આપવામાં આવેલી સુપરતગી ક્લેઈમ દાખલ કર્યો હોવાનું પ્રસ્થાપિત કરતી નથી.
- (\*) Mandatory fields
- (\*) ફરજિયાત ક્ષેત્ર

#### 1. Particulars of Life Assured:

જેનો વીમો ઉતારવામાં આવ્યો છે તેની વિગતો:

Policy Number*:	_____
પોલિસી નંબર*:	_____
Name of the Life Assured*:	_____
જેનો વીમો ઉતારેલ છે તેનું નામ*:	_____
Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life):	_____
વીમો ઉતારેલ મુખ્ય વ્યક્તિનું નામ (જેનો વીમો ઉતારેલ છે તે જો બાળક અથવા સેકન્ડરી લાઈફ હોય તો):	_____
Date of Birth: _____ Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	
જન્મ તારીખ: _____ જાતિ: પુરૂષ મહિલા	
Address: _____	
સરનામું: _____	
Tel/Mobile number: _____ Email: _____	
ટેલિ/મોબાઈલ નંબર: _____ ઈ મેઈલ: _____	
Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)	
શું તમે વીમો ઉતારેલ વ્યક્તિના નામે ચુકવણી લેવાની ઈચ્છા રાખો છો: હા ના	
ક્લેઈમ કરનાર/વીમો ઉતારેલ મુખ્ય વ્યક્તિ (લાગુ પડતું હોય તેમ)	
Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*: _____	
દાવેદાર/ મુખ્ય વીમાધારક (લાગુ પડતું હોય તેમ) બેંક ખાતું નં.*: _____	
Name of the Bank, Address*: _____	
બેંકનું નામ, સરનામું*: _____	

**2. Particulars of Complaints and Symptom**  
**ફરિયાદો અને લક્ષણોની વિગતો**

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: \_\_\_\_\_  
 દાખલ કર્યા હોય તે હોસ્પિટલનું નામ સરનામું અને સંપર્ક વિગતો: \_\_\_\_\_

II. Reason for Hospitalization: \_\_\_\_\_  
 દાખલ થવાનું કારણ: \_\_\_\_\_

III. Date of disease (first diagnosis/surgery): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
 રોગ થયાની તારીખ (પ્રથમ નિદાન/સર્જરી): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (તારીખ/મહિનો/વર્ષ)

IV. Date and time of admission: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 દાખલ થયાની તારીખ અને સમય: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (તારીખ/મહિનો/વર્ષ) \_\_\_:\_\_\_ (24 કલાકના સ્વરૂપમાં)

V. Exact diagnosis /condition(s): \_\_\_\_\_  
 ચોકકસ નિદાન/સ્થિતિ: \_\_\_\_\_

VI. Investigations undergone: \_\_\_\_\_  
 હાથ ધરાયેલી તપાસ: \_\_\_\_\_

VII. Date and time of discharge: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 ડિસ્ચાર્જ આપ્યાની તારીખ અને સમય: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (તારીખ/મહિનો/વર્ષ) \_\_\_:\_\_\_ (24 કલાકના સ્વરૂપમાં)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s): \_\_\_\_\_  
 વ્યવસાય, સરનામાંની વિગતો અને રોજગારદાતાના ટેલીફોન નંબર્સ: \_\_\_\_\_

IX. ICU Benefit Availed: Yes  No  Recuperation Benefit availed: Yes  No   
 મેળવેલ આઈસીયુ લાભ: હા ના સ્વાસ્થ્ય પ્રાપ્તિ લાભ મેળવેલ: હા ના

X. Date and time of Admission into ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 આઈસીયુમાં દાખલ થયેલી તારીખ અને સમય: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (તારીખ/મહિનો/વર્ષ) \_\_\_:\_\_\_ (24 કલાકના સ્વરૂપમાં)

XI. Date & time of Discharge from ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 આઈસીયુમાં ડિસ્ચાર્જ આપ્યાની તારીખ અને સમય: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (તારીખ/મહિનો/વર્ષ) \_\_\_:\_\_\_ (24 કલાકના સ્વરૂપમાં)

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

નીચે જણાવેલા સારવાર અથવા ઓપરેશન દરમિયાન અને પહેલાં લેવાયેલા રિપોર્ટ્સ અને દસ્તાવેજ:

a) Copy of Admission Notes   
 દાખલ થવાની નોટિસની નકલ

b) Copy of Discharge Summary   
 રજા મળ્યાની નકલ

c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill   
 આખરી હોસ્પિટલ રોકડ ચુકવેલ બીલની નકલ

d) Any others. Please mention: \_\_\_\_\_  
 અન્ય કોઈ. મહેરબાની કરીને દર્શાવો: \_\_\_\_\_

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)  
 (ઉપરના તમામ દસ્તાવેજો હોસ્પિટલના અધિકૃતતા દ્વારા પ્રમાણિત થવા જોઈએ અથવા મૂળ દસ્તાવેજો શાખા ઓફિસે બીએસએમ દ્વારા પ્રમાણિત કરવા રજૂ થવા જોઈએ)

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

જ્યાં વીમિત વ્યક્તિને હાલમાં અથવા અન્ય કોઈ જૂની માંદગી માટે દાખલ કરાયો હતો તે હોસ્પિટલ/મેડિકલ સેન્ટર અને સલાહકાર ડૉક્ટરની વિગતો:

Sr. No અનુક્રમાંક	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ડૉક્ટર્સ/હોસ્પિટલ/મેડિકલ સેન્ટરના નામ	Date of first consultation પહેલી મુલાકાતની તારીખ	Address સરનામું	Registration no. of Doctors/ Hospitals ડૉક્ટર અને હોસ્પિટલના નોંધણી નંબર	Date of Admission & operation દાખલ અને ઓપરેશનની તારીખ	Date of Discharge રજા મળ્યાની તારીખ

**5. DECLARATION AND AUTHORISATION:"**

**જાહેરાત અને પ્રમાણિકતા:**

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

હું \_\_\_\_\_ ગંભીરતાપૂર્વક એ જાહેર કરું છું અને ખાતરી આપું છું કે આગળના જવાબો તમામ અને સંપૂર્ણ બાબતોમાં સાચા અને પૂરા છે.

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.

હું અહીંથી કોઈપણ તબીબી વ્યવસાયકારી અથવા હોસ્પિટલ અથવા નર્સિંગ હોમ અથવા મેડિકલ ક્લિનિક કે જેમણે અથવા જેને ઉપર લાજરી આપી હોય અથવા મને/વીમિત વ્યક્તિને કોઈપણ રોગ અથવા માંદગી માટે કોઈપણ જ્ઞાન પીએનબી મેટલાઈફ અથવા તેની કોઈ ઓફીસ અથવા કાયદાની કોર્ટ અથવા કોઈપણ ફરીયાદ નિવારણ ફોરમ પ્રત્યે જાહેર કરવા અથવા મારા વીમિત જીવન માટે આરોગ્ય વિશેની માહિતી જાહેર કરવા અધિકૃત કરું છું કે જે તે/તેણી/તેઓએ વીમાની પોલીસી ઈસ્યુ કર્યા પહેલાં કે પછી મેળવેલ હોય. હું અહીંથી એ ખાતરી આપું છું કે અધિકૃતતા કોઈ કાયદો ન હોવા છતાં રૂઢિ અથવા ઘણા લાંબા સમયથી ઉપયોગમાં હોવા છતાં ગુપ્તાના ધોરણસર વ્યક્તિને તપાસની કે ચેક કરની વખતે તેના/તેણીના/તેઓના દ્વારા મેળવાયેલ કોઈપણ માહિતી અથવા જ્ઞાન કોઈ ફિઝિશિયન અથવા હોસ્પિટલને જાહેર કરવાથી રોકી શકશે નહીં.

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.

વધુમાં હું અહીંથી કોઈ વિમાની કંપની સરકારી સંસ્થા, એમ્પ્લોયર, અન્ય સંસ્થા, સંસ્થા અથવા વ્યક્તિને પીએનબી મેટલાઈફ ઈન્સ્યોરન્સને અથવા તેના કોઈ યોગ્ય અધિકૃત પ્રતિનિધિઓને મારા/વીમિત વ્યક્તિના કોઈ પણ રેકોર્ડ કે જ્ઞાન જાહેર કરવા અધિકૃત કરું છું હું અહીંથી એ ખાતરી આપું છું કે એવી માહિતી કોઈપણ મર્યાદા વિના મારી/વીમિત વ્યક્તિની તબિયત વિશેની માહિતી સહિત (કોઈપણ ડ્રગ્સ કે આલ્કોહોલ, એઈડ્સ અથવા માનસિક કે શારીરિક ઈતિહાસ સ્થિતિ અથવા સલાહ અથવા સારવાર વગેરે સહિત) ઉપજો અથવા વીમાકાય હિતનો સમાવેશ કરે છે.

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.

હું અહીંથી એ જાહેર કરું છું કે ઉપરની અધિકૃતતા કરવા હકદાર/અધિકૃત છું. હું પીએનબી મેટલાઈફ લાઈફ ઈન્સ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ અથવા યોગ્ય અધિકારી પ્રતિનિધિને ઉક્ત માહિતી અથવા અન્ય કોઈ માહિતી કે જે કંપનીને આ દાવાની પ્રક્રિયામાં અને તે માહિતીને કોઈપણ રીતે જે રીતે દાવાની પ્રગતિ માટે યોગ્ય લાગે તે મેળવવામાં મદદ રજૂ કરવા સંમત થાઉં છું.

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.

હું/અમે આ દ્વારા આગળ સંમતિ આપું છું/આપીએ છીએ, અને પીએનબી મેટલાઈટને મારી/અમારી એકત્રિત કરેલી અથવા પીએનબી મેટલાઈટ પાસે ઉપલબ્ધ કોઈપણ વ્યક્તિગત અને સંવેદનશીલ માહિતીનો ઉપયોગ કરવા, સંગ્રહ કરવા, શેર કરવા, સ્થાનાંતરિત કરવા અને જાહેર કરવા માટે (બલે આ દસ્તાવેજમાં સમાવિષ્ટ હોય અથવા અન્યથા પ્રાપ્ત કરેલ હોય) જેમાં મારા KYC દસ્તાવેજોનો સમાવેશ થઈ શકે છે પરંતુ તેના સુધી મર્યાદિત નથી આ દાવાની પ્રક્રિયા કરવાના હેતુથી અને /અથવા અનુગામી સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે રિઈન્શ્યોર્સ, ક્લેમ ઈન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, વિકેતાઓ અને ઈન્ડસ્ટ્રી એસોસિએશન્સ/ ફેરેશન સહિત પીએનબી મેટલાઈટ સાથે સંકળાયેલ અથવા સંલગ્ન અથવા સંલગ્ન કોઈપણ વ્યક્તિ/સંસ્થા/ એન્ટિટી માટે યોગ્ય રીતે અધિકૃત કરું છું /કરીએ છીએ.

Signature / Thumb impression of the Claimant: \_\_\_\_\_

દાવેદારની સહી/અંગૂઠાની છાપ: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

સ્થળ: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_

Signature of the Witness/Declarant: \_\_\_\_\_ Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_

સાક્ષી/નિવેદકની સહી: \_\_\_\_\_ સાક્ષી/નિવેદકનું નામ: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

સ્થળ: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_

6. **VERNACULAR DECLARATION:** (To be given if claim form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.)

**સ્થાનિક જાહેરાત:** (તો જ આપવાનું રહેશે જે દાવાપત્રક સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરાયેલ હોય અથવા દાવેદારે સહીના બદલે અંગૂઠાની છાપનો ઉપયોગ કર્યો હોય.)

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.

મેં આ દાવાપત્રકનાં સમાવિષ્ટોને દાવેદારને \_\_\_\_\_ (ભાષા)માં સમજાવ્યા છે અને તેના/તેણીના દ્વારા સમાવિષ્ટો સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવ્યા છે તેની ખાતરી કરી છે. જે દાવાપત્રકમાં જે માહિતી શોધવાની છે તે માટે દાવેદારના જવાબોને ચોકસાઈથી રેકોર્ડ કર્યા છે. મેં દાવેદારને જવાબો વાંચી સંભળાવ્યા છે અને તેણે/તેણીએ ખાતરી આપી છે કે તેઓ સાચા છે અને તેને જ પૂરી રીતે સમજ્યા પછી તેના/તેણીના અંગૂઠાની છાપ લગાડેલ છે.

Signature of the Witness/Declarant: \_\_\_\_\_ Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_

સાક્ષીની/નિવેદકની સહી: \_\_\_\_\_ સાક્ષી/નિવેદકનું નામ: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

સરનામું: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

સ્થળ: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_