

#### **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: <a href="www.pnbmetlife.com">www.pnbmetlife.com</a>, Email: <a href="mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in">indiaservice@pnbmetlife.co.in</a> 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

#### पीएनबी मैटलाईफ इंडिया इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117

CI No. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल, टैक्रीप्लेक्स - 1, टैक्रीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईबोबर के निकट, गोरेगांव (पश्चिम), सुम्बई - 400062, फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

असमर्थता दावा फॉर्म											
NUMBER / पॉलिसी संख्या											
	असमर्थता दा										

#### **Important instructions:**

#### महत्वपूर्ण निर्देश:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

दावेदार द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाना चाहिए।

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. Countersign where amendments/alterations are made in the form.

सभी प्रश्नों के उत्तर दें, उसे खाली छोड़ने के बजाय जहाँ उपयुक्त हो "लागू नहीं" N/A)का उपयोग करें। फॉर्म में संशोधन/परिवर्तन करने की जगहों पर जवाबी-हस्ताक्षर करें।

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing. CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

गवाह के हस्ताक्षर अनिवार्य हैं। गवाह एक राजपत्रित अधिकारी/नोटरी पब्लिक/न्यायाधीश या स्थानीय प्रतिष्ठित व्यक्ति होना चाहिए। दावेदारों को सभी पृष्ठों पर नीचे हस्ताक्षर

The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our Company. No agent has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

इस दावा फॉर्म को भरने को हमारी कंपनी की ज़िम्मेदारियों की स्वीकृति नहीं समझा जाना चाहिए। किसी भी एजेंट को कंपनी की ओर से किसी ज़िम्मेदारी को स्वीकार करने के लिए न अधिकृत किया गया है और न वह अधिकृत है।

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

कृपया निकटतम शाखा कार्यालय या ऊपर दिए गए पते पर फॉर्म और आवश्यक दस्तावेज़ जमा करें।

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest. आवश्यक दस्तावेज़ों की शीघ्र और पूर्ण प्रस्तुति कंपनी को जल्द से जल्द दावों पर कार्रवाई करने में सक्षम बनाएगी।

#### **CLAIMANT DETAILS:**

#### दावेदार का विवरणः

Name of the Insured: बीमाकृत व्यक्ति का नाम:	
Address:	
पताः	
Contact No.:	E-mail address:
संपर्क नं.:	ई-मेल पता:
Bank Account Number of the Claimant*:	
(favoring which the claim cheque is to be issued)	
दावेदार की बैंक खाता संख्या*:	
(यह बताते हुए कि चेक किसके नाम जारी करना है)	
Name & Address of the Bank*:	
बैंक का नाम और पता*:	

# DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABLITY:

असमयता के लिए बामाकृत व्यक्ति का इलाज करने वाल	।चाकत्सक/अस्पताल का ।ववरणः	
Name of the Doctor:		
Name of the Hospital: अस्पताल का नाम:		
Address:		
पता:		
Contact No.:	E-mail address:	
संपर्क नं.:	ई-मेल पता:	

### SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):

स्पष्ट करें कक कौन-सी असमथाता लागू होती है (पॉडलसी की पररभाषाओं के अनुसार सूचीबद्ध करें):

 	, ,	
Loss of sight of one Eye एक आँख से कदखाई न देना	Loss on use of one Limb एक अंग न चलना	Loss of sight of both the eyes दोनों आँखों से कदखाई न देना
Loss of Hearing बहरापन	Loss of use of two limbs दो अंग न चलना	Loss of one limb & loss of sight of one eye
Loss of speech and hearing गूॉगापन और बहरापन	Loss of Speech गूाँगापन	एक अंग न चलना और एक आँख से कदखाई न देना

<u>Note:</u> In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability <u>नोट:</u> दुर्घटना के कारण होने वाली अशक्तता के लिए, कृपया दुर्घटनाजन्य अशक्तता के लिए उपलब्ध अतिरिक्त चिकित्सक का प्रमाणपत्र भरें

# DETAILS OF ACCIDENT:

## दुर्घटना का विवरण:

Cause of Accident: दुर्घटना का कारण: Date of Accident:			
दुर्घटना की डतडथ: Is FIR lodged: क्या FIR दजा की गई है:	□ Yes हााँ	<b>□</b> No नहीं	

1 4 1/4 (6)1 (1) 1/41 (4) -10/11 (1) 1/3/16	इलडप सं	लग्न करें:				
2 3 31	3/10/1/1	(1 <b>7</b> 17 ).				
HISTORY इंडतहास						
Date of appearance of first symptom पहली बार लक्षण कदखाई देने की डतडथ:	ns:					
Have you ever had the similar condit				J No		
क्या आपने पहले कभी इससे डमलती-जुलत				नहीं		
(If "yes," state when and provide det	tails):					
(यकद "हााँ" तो यह बताएं कक कब और ड	इववरण व					
PRESENT CONDITION: वतामान अवस्था:						
Present symptoms:						
वतामान लक्षण:						
Findings (include results of current X-	-					
डनष्कषा (वतामान एक्स-रे, ईसीजी या क	कन्हीं अ	न्य डवशेष परीक्षणों के परर	णाम शाडमल व	करें):		
rreatment: इलाज:						
Date of first visit to Hospital/Doctor i इस संबंध अस्पताल/डचककत्सक के साथ प	in this r	egard: गकात की डतडथ <sup>.</sup>				
OP Number/Hospital No/Indoor Patie						
OP संख्या/अस्पताल सं./आंतररक रोगी सं						
Date of last visit:			(Weekly/Mor	nthly/Other):		
अंडतम मुलाकात की डतडथः		मुलाकातों की आवृडत्त	'(साप्ताडहक/मा	डसक/अन्य):		
Date of Last examination: अंडतम जााँच की डतडथ:						
अडतम जा।च का डतडय						
PROGRESS: गडत:						
<b>5</b> . No constant						
□ Recovered स्वस्थ		Improved बेहतर		Unimproved कोई सुधार नहीं		Retrogressed ज्यादा बीमार
स्वस्थ DECLARATION:						
स्वस्थ DECLARATION: मोषणा: do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he Ilness to divulge any knowledge or inf	e staten ereby a	बेहतर nents are true and com uthorize the physician o	plete. I unde or hospital wh	कोई सुधार नहीं rstand that in furnish o has attended upon	ing claim form or examined or	ज्यादा बीमार  PNB MetLife has not admit
स्वस्थ DECLARATION: बोषणा: do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he Ilness to divulge any knowledge or info ssued by PNB MetLife.	e staten ereby a formatio	बेहतर nents are true and com uthorize the physician o on regarding my state of	plete. I unde or hospital wh f health which	कोई सुधार नहीं rstand that in furnish o has attended upon n he/they may have a	ing claim form or examined or cquired whethe	ज्यादा बीमार  PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy v
स्वस्थ DECLARATION: बोषणा: do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he Ilness to divulge any knowledge or info ssued by PNB MetLife. मैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ	e staten ereby a formatio जपर कदण	बेहतर ments are true and com uthorize the physician c on regarding my state of गए सभी बयान सही और	pplete. I unde or hospital wh f health which पूणा हैं। मैं यह	कोई सुधार नहीं rstand that in furnish o has attended upon n he/they may have a समझता/समझती हाँ कव	ing claim form or examined or cquired whethe s दावा फॉमा पर व	ज्यादा बीमार  PNB MetLife has not admit  treated me for any ailmen r before or after the policy w
स्वस्थ  DECLARATION: घोषणा: I do hereby declare that all the above liability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or infissued by PNB MetLife.  मैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जााँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा	e staten ereby a formatio प्रपर कदए ई अडिक ास््य डा	बेहतर nents are true and com uthorize the physician o on regarding my state of ा गए सभी बयान सही और र नहीं छोडे हैं। मैं एतदद्वार	iplete. I unde or hospital wh f health which पूणा हैं। मैं यह रा उस डचककत	कोई सुधार नहीं rstand that in furnish o has attended upon n he/they may have a समझता/समझती हाँ कव सक या अस्पताल को, डज	ing claim form or examined or cquired whethe ज्दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका	ज्यादा बीमार  PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy v  कारावाई करने में PNB MetLif र या रोग के डलए मेरी देखभाल
स्वस्थ  DECLARATION:  बोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or info ssued by PNB MetLife.  मैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हं /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual	e staten ereby a formatio ज्यर कदण ई अडिक हो। y author n PNB M I / orga	बेहतर ments are true and comuthorize the physician con regarding my state of एंग्ए सभी बयान सही और एंग्ट्रिंग छोडे हैं। मैं एतदद्वार अबत के बारे में ककसी भी ize, PNB MetLife to use letLife (whether contain nization / entity associ	pplete. I under or hospital wh f health which पूणा हैं। मैं यह रा उस डचककत बात या जानक e, store, share ned in this doc lated or affilia	rstand that in furnish o has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कब समझता/समझती हाँ कब या अस्पताल को, डजारी का खुलासा करने का , transfer and disclose cument or obtained o ated with or engage	ing claim form or examined or cquired whethe त दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL	PNB MetLife has not admit r treated me for any ailment r before or after the policy v कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल ो हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, cl
स्वस्थ  DECLARATION: बोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or infissued by PNB MetLife.  मैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई है /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind	e staten ereby a formatio ज्यर कदण ई अडिक स्ट्य डग् हो। y author n PNB M l / orga dustry as	बेहतर  ments are true and com uthorize the physician o on regarding my state of ा गए सभी बयान सही और ार नहीं छोडे हैं। मैं एतदद्वार स्थडत के बारे में ककसी भी size, PNB MetLife to use letLife (whether contain nization / entity associ	pplete. I under or hospital wh f health which पूणा हैं। मैं यह रा उस डचककत बात या जानक e, store, share ned in this doc lated or affilia for the purpo	rstand that in furnish o has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव या अस्पताल को, डज् ारी का खुलासा करने का , transfer and disclose cument or obtained o ated with or engage se of processing this c	ing claim form or examined or cquired whethe त दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy v कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल ो हाँ, जो उन्हें PNB MetLife इ sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, cl. providing subsequent service
स्वस्थ  DECLARATION: बोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he ilness to divulge any knowledge or infessued by PNB MetLife.  वें एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई नाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई है ///////////////////////////////////	e staten ereby a formatio ज्पर कदण् ई अडिक हो। ए authon n PNB M I / orga gustry as	बेहतर  ments are true and com puthorize the physician of puthorize the physician of puthorize the physician of puthorize the physician of puthorize the first state of puthorize the selection of the puthorize the selection of the puthorize the puthorize the selection of the puthorize the puthori	pplete. I under or hospital wh f health which पूणा हैं। मैं यह रा उस डचककत बात या जानक e, store, share ned in this doo iated or affilia for the purpo लाइफ के पास र	rstand that in furnish o has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव वा अस्पताल को, डज् ारी का खुलासा करने का transfer and disclose cument or obtained o ated with or engage se of processing this course	ing claim form or examined or cquired whethe त्र दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy of कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, clar providing subsequent service ल जानकारी का उपयोग करने, स
स्वस्थ  DECLARATION: बोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or info ssued by PNB MetLife.  मैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हं /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind मेरी/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/हकरने, साझा करने, स्थानांतररत करने और	e staten ereby a formatio ज्यर कदण् ई अडिक हो। y author n PNB M I / orga dustry as हमारे द्वा प्रकट कर	बेहतर ments are true and comuthorize the physician con regarding my state of एक सभी बयान सही और एक नहीं छोडे हैं। मैं एतदद्वार अबत के बारे में ककसी भी ize, PNB MetLife to use letLife (whether contain nization / entity associations/federations, एा एकत्रित या पीएनबी मेट हो के त्रलए आगे सहमत्रत	pplete. I under or hospital wh f health which पूणा हैं। मैं यह रा उस डचककत बात या जानक e, store, share ned in this doc iated or affilia for the purpo लाइफ के पास उ देते हैं, और त्रव	rstand that in furnish o has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव या अस्पताल को, डज्जारी का खुलासा करने का , transfer and disclose cument or obtained o ated with or engage se of processing this course a sand भी व्यति व्यावित अत्रधकृत करते व	ing claim form or examined or equired whethe क दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी हैं (चाहे इस दस्ता	PNB MetLife has not admit treated me for any ailment treated me for any ailment to before or after the policy to the triangle करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, clar providing subsequent service of जानकारी का उपयोग करने, र वेज़ में त्रनत्रहत हो या अन्यथा
स्वस्थ  DECLARATION: बोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he llness to divulge any knowledge or infossued by PNB MetLife.  में एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई माँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हैं  /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind तैं/हम एतद्वारा पीएनवी मेटलाइफ को मेरी/ह करने, साझा करने, स्थानांतररत करने और ककया गया हो) त्रजसमें इस दावे को संसात्रध मा संबद्ध या उससे जुडे ककसी भी व्यत्रि/संग	e staten ereby a formatio ज्यर कदण् ई अडिक हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वा प्रकट कर् प्रत करने	aerits are true and com uthorize the physician our regarding my state of एगए सभी बयान सही और एग नहीं छोडे हैं। मैं एतदद्वार खडत के बारे में ककसी भी ize, PNB MetLife to use lettife (whether contain ization / entity associations/federations, ए एकत्रित या पीएनबी मेट ने के त्रलए आगे सहमत्रत के उद्देश्य से पुनबीमाकता। के	pplete. I under or hospital what feelth which the left with the left wi	rstand that in furnish o has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव या अस्पताल को, डज् रिका खुलासा करने का , transfer and disclose tument or obtained o pated with or engage se of processing this coronave a कस्ती भी व्यति व्यक्ति अत्रधकृत करते व्यक्तिस्ताओं और स्विम्नियाँ, त्रवक्रेताओं स्विम्नियाँ, त्रवक्रेताओं स्विम्नियाँ, त्रविम्नियाँ, त्रविम्नियं, त्रविम्न	ing claim form or examined or cquired whethe क दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों	PNB MetLife has not admit treated me for any ailment before or after the policy of th
स्वस्थ  DECLARATION: गोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or infossued by PNB MetLife.  में एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ उममेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई नाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हं /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind में/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/ह करने, साझा करने, स्थानांतररत करने और किया गया हो) त्रजसमें इस दावे को संसात्रध्वा संबद्ध या उससे जुड़े ककसी भी व्यत्रि/संग क त्रलए।	e staten ereby a formatio ज्यर कदण ई अडिक स्स््य डा हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वाः प्रकट कप् ग्रकट कप् ग्रकट कप् ग्रकट कप् ग्रकट स्थार विज्ञानिक्स	बेहतर ments are true and comuthorize the physician of th	aplete. I under or hospital who feel the which the alth which the grand and although the purpoon of the purpoo	rstand that in furnish o has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव समझता अस्पताल को, डज्या अस्पताल को, डज्या अस्पताल को का स्वाप्त करने का समझता करने का समझता अस्पताल को उपलब्ध करती भी व्यत्रि अस्पत्वध्य अस्पत्वस्य अस्पत्य अस्पत्वस्य अस्पत्य अस्य अस्पत्य अस्य अस्पत्य अस्पत्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस	ing claim form or examined or equired whethe क दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशीः हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों हीं तक सीत्रमत न	PNB MetLife has not admite treated me for any ailment reference or after the policy of the policy o
स्वस्थ  DECLARATION: गोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or infossued by PNB MetLife.  में एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ उममेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई नाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हं /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind में/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/ह करने, साझा करने, स्थानांतररत करने और किया गया हो) त्रजसमें इस दावे को संसात्रध्वा संबद्ध या उससे जुड़े ककसी भी व्यत्रि/संग क त्रलए।	e staten ereby a formatio ज्यर कदण ई अडिक स्स््य डा हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वाः प्रकट कप् ग्रकट कप् ग्रकट कप् ग्रकट कप् ग्रकट स्थार विज्ञानिक्स	बेहतर ments are true and comuthorize the physician of th	aplete. I under or hospital who feel the which the alth which the grand and although the purpoon of the purpoo	rstand that in furnish o has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव समझता/समझती हाँ कव समझता अस्पताल को, डज्या अस्पताल को, डज्या अस्पताल को का स्वाप्त करने का समझता करने का समझता अस्पताल को उपलब्ध करती भी व्यत्रि अस्पत्वध्य अस्पत्वस्य अस्पत्य अस्पत्वस्य अस्पत्य अस्य अस्पत्य अस्य अस्पत्य अस्पत्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस	ing claim form or examined or equired whethe क दावा फॉमा पर व सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशीः हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों हीं तक सीत्रमत न	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy of कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, clar ife, providing subsequent service of जानकारी का उपयोग करने, र वेज़ में त्रनत्रहत हो या अन्यथा सत्रहत पीएनबी मेटलाइफ से सं हीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान व
स्वस्थ  DECLARATION: श्रोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or infossued by PNB MetLife.  हैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ उजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हं /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind हैं/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/ह करने, साझा करने, स्थानांतररत करने और किकया गया हो) त्रजसमें इस दावे को संसात्रध्या संबद्ध या उससे जुड़े ककसी भी व्यत्रि/संग के त्रलए।  Signature/Left Thumb impression of classical के हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का डनशान: Name & Signature of Witness:	e staten ereby a formatio प्रपर कदए ई अडिक ास््य डः हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वाः प्रकट कः प्रकट कः प्रत करने ion-/संस्थ	बेहतर ments are true and computhorize the physician of t	pplete. I under from hospital who feel the which the alth which the graph of the purpoon of the	rstand that in furnish to has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता अस्पताल को, transfer and disclose tument or obtained of ated with or engages so of processing this countries of processing this countries are of the processing the	ing claim form or examined or equired whethe ह दावा फॉमा पर ह सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों हीं तक सीत्रमत न  Date:	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy of कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, clar providing subsequent service ल जानकारी का उपयोग करने, र वेज़ में त्रनत्रहत हो या अन्यथा सत्रहत पीएनबी मेटलाइफ से सं हीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान व
स्वस्थ  DECLARATION: श्रोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or infossued by PNB MetLife.  हैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ उजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हं /We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind हैं/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/ह करने, साझा करने, स्थानांतररत करने और किकया गया हो) त्रजसमें इस दावे को संसात्रध्या संबद्ध या उससे जुड़े ककसी भी व्यत्रि/संग के त्रलए।  Signature/Left Thumb impression of classical के हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का डनशान: Name & Signature of Witness:	e staten ereby a formatio प्रपर कदए ई अडिक ास््य डः हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वाः प्रकट कः प्रकट कः प्रत करने ion-/संस्थ	बेहतर ments are true and computhorize the physician of t	pplete. I under from hospital who feel the which the alth which the graph of the purpoon of the	rstand that in furnish to has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता अस्पताल को, transfer and disclose tument or obtained of ated with or engages so of processing this countries of processing this countries are of the processing the	ing claim form or examined or equired whethe ह दावा फॉमा पर ह सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों हीं तक सीत्रमत न  Date:	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy of the triangly at a triangly at a triangly training the triangly at a triangly training to the triangly at a triangly sonal and sensitive informated and sensitive informated training the triangly at a triangly training trainin
स्वस्थ  DECLARATION: बोषणा:  do hereby declare that all the above iability or waived any of its rights. I he liness to divulge any knowledge or infossued by PNB MetLife.  मैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वाजारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हैं //We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual nvestigative agencies, vendors and ind मैं/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/ह करने, साझा करने, स्थानांतररत करने और ककया गया हो) त्रजसमें इस दावे को संसात्रध्या संबद्ध या उससे जुडे ककसी भी व्यत्रि/संगक त्रलए।  Signature/Left Thumb impression of classical के हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का डनशान: Name & Signature of Witness:  Inair का नाम और हस्ताक्षर:	e staten ereby a formatio प्रपर कदए ई अडिक ास््य डः हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वाः प्रकट कः प्रकट कः प्रत करने ion-/संस्थ	बेहतर ments are true and computhorize the physician of t	pplete. I under from hospital who feel the which the alth which the graph of the purpoon of the	rstand that in furnish to has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता अस्पताल को, transfer and disclose tument or obtained of ated with or engages so of processing this countries of processing this countries are of the processing the	ing claim form or examined or equired whethe ह दावा फॉमा पर ह सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों हीं तक सीत्रमत न  Date:	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy of कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, clar providing subsequent service ल जानकारी का उपयोग करने, र वेज़ में त्रनत्रहत हो या अन्यथा सत्रहत पीएनबी मेटलाइफ से सं हीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान व
स्वस्थ  DECLARATION:  बोषणा:  I do hereby declare that all the above liability or waived any of its rights. I he illness to divulge any knowledge or infessued by PNB MetLife.  मैं एतदद्वारा घोषणा करता/करती हाँ कक ऊ इजम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई जाँच की या मेरा इलाज ककया है, मेरी स्वा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हैं।  I/We hereby further consent, and duly of mine/our collected or available with my KYC documents to any individual investigative agencies, vendors and ind मैं/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/ह करने, साझा करने, स्थानांतररत करने और ककया गया हो) त्रजसमें इस दावे को संसात्रध या संबद्ध या उससे जुडे ककसी भी व्यत्रि/संग के त्रलए।  Signature/Left Thumb impression of clasticative के हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का डनशान:  Name & Signature of Witness:  Juant का नाम और हस्ताक्षर:	e staten ereby a formatio प्रपर कदए ई अडिक ास््य डः हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वाः प्रकट कः प्रकट कः प्रत करने ion-/संस्थ	बेहतर ments are true and computhorize the physician of t	pplete. I under from hospital who feel the which the alth which the graph of the purpoon of the	rstand that in furnish to has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता अस्पताल को, transfer and disclose tument or obtained of ated with or engages so of processing this countries of processing this countries are of the processing the	ing claim form or examined or equired whethe ह दावा फॉमा पर ह सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों हीं तक सीत्रमत न  Date:	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy of कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, clar providing subsequent service ल जानकारी का उपयोग करने, र वेज़ में त्रनत्रहत हो या अन्यथा सत्रहत पीएनबी मेटलाइफ से सं हीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान व
	e staten ereby a formatio प्रपर कदए ई अडिक ास््य डः हो। y author n PNB M l / orga dustry as हमारे द्वाः प्रकट कः प्रकट कः प्रत करने ion-/संस्थ	बेहतर ments are true and computhorize the physician of t	pplete. I under from hospital who feel the which the alth which the graph of the purpoon of the	rstand that in furnish to has attended upon he/they may have a समझता/समझती हाँ कव समझता अस्पताल को, transfer and disclose tument or obtained of ated with or engages so of processing this countries of processing this countries are of the processing the	ing claim form or examined or equired whethe ह दावा फॉमा पर ह सने ककसी डवका अडिकार देता/देर्त e any of the pers therwise) which d by PNB MetL laim and / or for गत और संवेदनशी हैं (चाहे इस दस्ता र उद्योग संघों/संघों हीं तक सीत्रमत न  Date:	PNB MetLife has not admit treated me for any ailmen r before or after the policy of कारावाई करने में PNB MetLife र या रोग के डलए मेरी देखभाल हाँ, जो उन्हें PNB MetLife ह sonal and sensitive informat may include but not limited ife, including reinsurers, clar providing subsequent service ल जानकारी का उपयोग करने, र वेज़ में त्रनत्रहत हो या अन्यथा सत्रहत पीएनबी मेटलाइफ से सं हीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान व

 $language\ by\ an\ English\ knowing\ person\ who\ shall\ also\ sign\ to\ the\ effect\ that\ he\ has\ fully\ explained\ the\ contents\ of\ the\ above\ form\ to\ claimant.$ **नोट:** भारतीय भाषाओं में हस्ताक्षर के नीचे उसका अंग्रेजी अनुवाद डलखा जाना चाडहए। इसके अडतररक्त ककसी भारतीय भाषा में हस्ताक्षर करने वाले दावेदार को

भारतीय भाषा में एक घोषणा करनी होगी कक वह उपरोक्त फॉमा की सामग्री पूरी तरह और उडचत ढंग से समझ चुका/ चुकी है जैसे अंग्रेजी जानने वाले ककसी ऐसे व्यडक्त

ने उसे वह समझाई है, डजसे इसके संबंध में हस्ताक्षर भी करने होंगे कक उसने दावेदार को उपरोक्त फॉमा की सामग्री पूरी तरह समझा दी है।