

## HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

### अस्पताल नकद लाभ दावा फॉर्म

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)  
मुख्य बीमाकृत व्यक्ति (अपने और नाबालिग के लिए) और गौण बीमाकृत व्यक्ति (अपने लिए) द्वारा भरे जाने के लिए

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

कृपया सभी पृष्ठों पर नीचे हस्ताक्षर करें

#### General instructions:

#### सामान्य निर्देश:

- 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.  
दावा फॉर्म में दिए गए प्रश्नों के उत्तर देते हुए और दावे के संबंध में कोई और जानकारी प्रदान करते हुए, दावेदार को सभी मौखिक तथ्यों का पूरा और सच्चा खुलासा करना होगा।
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.  
कृपया पॉलिसी के अंतर्गत लाभ प्राप्त करने के लिए पॉलिसी दस्तावेज को ध्यान से पढ़ें।
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.  
दावा फॉर्म में किए गए सभी संशोधन पूर्णतः प्रतिहस्ताक्षरित होने चाहिए।
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.  
यदि दी गई जगह अपर्याप्त है, तो कृपया इस फॉर्म के साथ अनुलग्नक संलग्न करें।
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.  
कृपया शीघ्र समाधान के लिए दावा फॉर्म के साथ आवश्यक दस्तावेज जमा करें।
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.  
कंपनी को दावे पर कार्रवाई करने के लिए अतिरिक्त प्रमाण की मांग करने का अधिकार है।
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.  
हमारे द्वारा उचित रूप से फॉर्म जमा करने की स्वीकृति का अर्थ दावे की स्वीकृति नहीं है।
- (\*) Mandatory fields  
(\*) अनिवार्य फ़िल्ड्स

#### 1. Particulars of Life Assured:

#### बीमाकृत व्यक्ति का विवरण:

Policy Number*:	_____
पॉलिसी संख्या*:	_____
Name of the Life Assured*:	_____
बीमाकृत व्यक्ति का नाम*:	_____
Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life):	_____
मुख्य बीमाकृत व्यक्ति का नाम (यदि बीमाकृत व्यक्ति नाबालिग या गौण है):	_____
Date of Birth: _____ Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	
जन्मतिथि: _____ लिंग: पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
Address: _____	
पता: _____	
Tel/Mobile number: _____ Email: _____	
टेली./मोबाइल नंबर: _____ ईमेल: _____	
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)	
क्या आप चाहते हैं कि भुगतान मुख्य बीमाकृत व्यक्ति के नाम से किया जाए: हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	
(यदि बीमाकृत व्यक्ति गौण बीमाकृत व्यक्ति है)	
Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*: _____	
दावेदार/मुख्य बीमाकृत व्यक्ति (जैसे लागू हो) की बैंक खाता सं.*: _____	
Name of the Bank, Address*:	_____
बैंक का नाम, पता*:	_____

2. Particulars of Complaints and Symptom

शिकायतों और लक्षणों का विवरण

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: \_\_\_\_\_  
 भर्ती किए जाने वाले अस्पताल का नाम, पता और संपर्क विवरण: \_\_\_\_\_

II. Reason for Hospitalization: \_\_\_\_\_  
 अस्पताल में भर्ती होने का कारण: \_\_\_\_\_

III. Date of disease (first diagnosis/surgery): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
 रोगी (प्रथम रोगी-निदान/सर्जरी) की तिथि: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (दिदि/मम/वववव)

IV. Date and time of admission: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 भर्ती होने की तिथि व समय: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (दिदि/मम/वववव) \_\_\_:\_\_\_ (24 घंटे के स्वरूप में)

V. Exact diagnosis /condition(s): \_\_\_\_\_  
 सही रोग-निदान/अवस्था(एँ): \_\_\_\_\_

VI. Investigations undergone: \_\_\_\_\_  
 किए गए परीक्षण: \_\_\_\_\_

VII. Date and time of discharge: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 छुट्टी होने की तिथि व समय: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (दिदि/मम/वववव) \_\_\_:\_\_\_ (24 घंटे के स्वरूप में)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s): \_\_\_\_\_  
 व्यावसायिक विवरण, नियोजक(नियोजकों) का पता और टेली. नंबर: \_\_\_\_\_

IX. ICU Benefit Availed: Yes  No  Recuperation Benefit availed: Yes  No   
 आईसीयू का लाभ लिया गया: हाँ नहीं स्वास्थ्यलाभ का लाभ लिया गया: हाँ नहीं

X. Date and time of Admission into ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 आईसीयू में भर्ती करने की तिथि व समय: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (दिदि/मम/वववव) \_\_\_:\_\_\_ (24 घंटे के स्वरूप में)

XI. Date & time of Discharge from ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 आईसीयू से छुट्टी होने की तिथि व समय: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (दिदि/मम/वववव) \_\_\_:\_\_\_ (24 घंटे के स्वरूप में)

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

इलाज से पहले या उसके दौरान ली गई निम्न रिपोर्ट्स और दस्तावेज संलग्न हैं:

a) Copy of Admission Notes

दाखिला नोट्स की प्रतिलिपि

b) Copy of Discharge Summary

छुट्टी के सारांश की प्रतिलिपि

c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill

अंतिम अस्पताल नकद भुगतान बिल

d) Any others. Please mention: \_\_\_\_\_

कोई अन्य। कृपया उल्लेख करें: \_\_\_\_\_

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)

(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए या BSM द्वारा सत्यापन के लिए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए जाने चाहिए)

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

परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल/चिकित्सा केंद्र का विवरण जहाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती किया गया था:

Sr. No क्रम सं.	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम	Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि	Address पता	Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या	Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि	Date of Discharge छुट्टी होने की तिथि

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:

घोषणा और प्रमाणीकरण:

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

मैं \_\_\_\_\_ पक्के तौर पर यह घोषणा और पुष्टि करता/करती हूँ कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही और सभी पहलुओं में पूरे हैं।

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.

मैं एतद्वारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्पताल या नर्सिंग होम या चिकित्सीय क्लिनिक, जिसने किसी भी बीमारी या रोग के लिए मेरा/बीमाकृत व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इलाज किया था, को, PNB MetLife इंडिया इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी कार्यालय या अदालत, या किसी शिकायत निवारण फोरम को, मेरी/बीमाकृत व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति से संबंधित किसी भी बात या जानकारी का खुलासा करने का अधिकार देता/देती हूँ जो उसे/उन्हें पॉलिसी जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं एतद्वारा यह पुष्टि करता/करती हूँ कि यह प्रमाणीकरण, गोपनीयता के आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी बात या जानकारी का खुलासा करने से प्रतिबंधित करने वाले, किसी कानून, प्रथा या वर्तमान में लागू उपयोग के बावजूद है।

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.

इसके अतिरिक्त मैं एतद्वारा किसी भी बीमा कंपनी, सरकारी संगठन, नियोजक, अन्य संगठन, संस्थान या व्यक्ति को PNB MetLife इंडिया इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधिकृत प्रतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के बारे में कोई भी रिकॉर्ड या जानकारी जारी करने का अधिकार देता/देती हूँ। मैं एतद्वारा यह पुष्टि करता/करती हूँ कि ऐसी जानकारी में किसी सीमा के बिना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास्थ्य (नशीली दवाइयों या शराब के सेवन, ऐड्स, या मानसिक और शारीरिक इतिहास, अवस्था, सलाह या इलाज से संबंधित किसी भी जानकारी सहित), आमदनी या अन्य बीमा लाभों के बारे में जानकारी शामिल होगी।

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.

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैं उपरोक्त अधिकार देने के लिए योग्य हूँ। मैं कथित जानकारी या ऐसी कोई भी जानकारी एकत्रित करने के लिए PNB MetLife इंडिया इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधिकृत प्रतिनिधियों की सहायता करने के लिए भी सहमत हूँ जो इस दावे पर कार्रवाई करने और दावे पर आगे कार्रवाई करने के लिए सही समझे जाने वाले किसी भी ढंग से जानकारी का उपयोग करने में कंपनी की सहायता कर सके।

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.

मैं/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/हमारे द्वारा एकत्रित या पीएनबी मेटलाइफ के पास उपलब्ध किसी भी व्यक्तिगत और संवेदनशील जानकारी का उपयोग करने, स्टोर करने, साझा करने, स्थानांतरित करने और प्रकट करने के लिए आगे सहमति देते हैं, और विधिवत अधिकृत करते हैं (चाहे इस दस्तावेज़ में निहित हो या अन्यथा प्राप्त किया गया हो) जिसमें इस दावे को संसाधित करने के उद्देश्य से पुनर्बीमाकर्ताओं, दावा जांच एजेंसियों, विक्रेताओं और उद्योग संघों/संघों सहित पीएनबी मेटलाइफ से संबद्ध या उससे जुड़े किसी भी व्यक्ति/संगठन/संस्था के लिए मेरे केवाईसी दस्तावेज़ शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान करने के लिए।

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

दावेदार के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान: \_\_\_\_\_

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

स्थान: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

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

गवाह/घोषक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ गवाह/घोषक का नाम: \_\_\_\_\_

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

स्थान: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

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

**मातृ भाषा संबंधी घोषणा:** (तभी करने के लिए, यदि दावा फॉर्म पर मातृ भाषा में हस्ताक्षर किए गए हैं या यदि दावेदार ने हस्ताक्षर के बजाय अंगूठे के निशान का उपयोग किया है।)

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.

मैंने दावेदार को \_\_\_\_\_ (भाषा) में इस दावा फॉर्म की सामग्री का विवरण दिया है और यह सुनिश्चित किया है कि वह सामग्री को पूरी तरह से समझ चुका/चुकी है। मैंने दावा फॉर्म में मांगी गई जानकारी के प्रति दावेदार के उत्तरों को सही ढंग से रिकॉर्ड किया है। मैंने दावेदार को उत्तर पढ़कर सुनाए हैं और उसने यह पुष्टि की है कि वे सही हैं और उन्हें पूरी तरह से समझने के बाद अपने अंगूठे का निशान लगाया है।

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

गवाह/घोषक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ गवाह/घोषक का नाम: \_\_\_\_\_

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

पता: \_\_\_\_\_

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

स्थान: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_