

Milkar life aage hadhaein 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

पीएनबी मैटलाईफ इंडिया इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड,

पंजीकृत कार्यालयः 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 ग्रात्मिण संख्या यू66010केए2001पीएलसी 028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाईट ः www.pnbmetlife.com, ईमेल : indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल, कैकीप्लेक्स - 1, कैकीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरेगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062 . फ्रोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स : +91-22-41790203

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 निर्देशः

- 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 भौतिक 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 पूर्णत: 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 फील्ड्स

1. Particulars of Life Assured:

Policy Number*:	
पॉलिसी संख्या*:	
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	Female
जन्मतिथिः लिंगः पुरुष	स्री
Address:	
पताः	
Tel/Mobile number:	Email:
टेली./मोबाइल नंबरः	. ईमेलः
Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: (Applicable if Life Assured is Secondary Insured)	Yes No No
क्या आप चाहते हैं कि भुगतान मुख्य बीमाकृत व्यक्ति के नाम से किया जाएः	हाँ नहीं
(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 *:	
वैंक का नाम, पता*:	

	Particulars of Complaints and Symptom शिकायतों और लक्षणों का विवरण					
l.	Name, address & contact details of Hosp	ital admitted:				
	भर्ती किए जाने वाले अस्पताल का नाम, पता अ	और संपर्क विवरणः				
II.	Reason for Hospitalization:					
	अस्पताल में भर्ती होने का कारणः					
	Date of disease (first diagnosis/surgery): रोगी (प्रथम रोगी-निदान/सर्जरी) की तिथिः					
	Date and time of admission:/			format)		
	भर्ती होने की तिथि व समयः//					
	Exact diagnosis /condition(s):					
	सही रोग-निदान/अवस्था(एं):					
	Investigations undergone: किए गए परीक्षणः					
VII.	Date and time of discharge:/					
	छुट्टी होने की तिथि व समयः//					
VIII.	Details of occupation, address and tel. no	umbers of the employer(s):				
	व्यावसायिक विवरण, नियोजक(नियोजकों) का	पता और टेली. नंबरः				
		No Recuperation				
	आईसीयू का लाभ लिया गयाः हाँ Date and time of Admission into ICU:	नहीं स्वास्थ्यलाभ का / / (DD				
	आईसीयू में भर्ती करने की तिथि व समयः					
	Date & time of Discharge from ICU:					
	आईसीयू से छुट्टी होने की तिथि व समयः	_/ / (दिदि/	/मम/वववव): (24	1 घंटे के स्वरूप में)		
	इलाज से पहले या उसके दौरान ली गई निम्न ि a) Copy of Admission Notes दाखिला नोट्स की प्रतिलिपि	रेपोर्ट्स और दस्तावेज संलग्न हैं:	b) Copy of Discharge S छुट्टी के सारांश की प्रतिलि	विष		
	c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill		• •	mention: करें:		
	(All above decuments needs to be attes	tad by Haspital Authorities	or Original poods to be pre			
4.	iviedical Centres	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre whe	्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address	oduced at Branch for verification b ाए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals	y BSM) ाने चाहिए) previous illness:	Date of Discharge
4. Sr.	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre whe ल/चिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first	्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान मे	oduced at Branch for verification b ाए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/	/ BSM) ाने चाहिए) previous illness: किया गया था: Date of Admission &	Date of Discharge छुट्टी होने की तिथि
4. Sr. No	(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताव Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre when त/चिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation	्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address	oduced at Branch for verification b ाए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की	y BSM) ाने चाहिए) previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation	•
4. Sr. No	(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताव Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre when त/चिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation	्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address	oduced at Branch for verification b ाए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की	y BSM) ाने चाहिए) previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation	-
4. Sr. No	(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताव Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre when त/चिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation	्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address	oduced at Branch for verification b ाए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की	y BSM) ाने चाहिए) previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation	-
4. Sr. No क्रम सं	(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों . का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION:	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre when त्रिचिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि	्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता	oduced at Branch for verification b ाए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की	y BSM) ाने चाहिए) previous illness: किया गया थाः Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि	छुट्टी होने की तिथि
4. Sr. No क्रम सं	(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों . का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION:	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre when त्रिचिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि	या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता	oduced at Branch for verification b ाए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या	y BSM) गि चाहिए) previous illness: किया गया थाः Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि	छुट्टी होने की तिथि
Sr. No 新甲 ゼ	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण:	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher अिविकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि do solemnly d पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o	ह या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता	oduced at Branch for verification b ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या	previous illness: किया गया थाः Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an auance of the policy, to PNB MetLi	<mark>सुट्टी होने की तिथि</mark> ects. ny ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd,
Sr. No 那中 帖	(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरणः	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher अिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि do solemnly ddraw तैर पर यह hospital or nursing home offe Assured's state of health evance redressal forum. I he	ह या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता leclare and confirm that the ह घोषणा और पृष्टि करता/करती or medical clinic who or which which he/she/they may he ereby confirm that this auth	oduced at Branch for verification b ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकत्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या	previous illness: किया गया थाः Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an auance of the policy, to PNB MetLifew, custom or usage for the time	<mark>सुट्टी होने की तिथि</mark> ects. ny ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd,
Sr. No 新中 杭 市 · I · I · I · I · I · I · I · I · I ·	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा ऐसे किसी भी चिकित्सारा पेशेवर या अस्पताल के अधिकारियों द्वारा अस्पताल के अधिकारियों द्वारा के अधिकारियों द्वारा स्थान के अस्पताल के अधिकारियों द्वारा स्थान अस्पताल के अधिकारियों द्वारा स्थान के अस्पताल के अधिकारियों द्वारा स्थान के अस्पताल के अधिकारियों द्वारा स्थान के अधिकारियों द्वारा स्थान अस्पताल के अधिकारियों द्वारा स्थान के अधिकारियों के अधिकारियों द्वारा स्थान के अधिकारियों के अधिकारियों के अधिकारियों द्वारा स्थान के अधिकारियों के अधिकारियों द्वारा स्थान के अधिकारियों के अ	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher अविकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health evance redressal forum. I he edge or information, acquire	ह्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a हाँ बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता leclare and confirm that the ह घोषणा और पृष्टि करता/करती or medical clinic who or which on which he/she/they may have reby confirm that this authed by him/ her/them in atte	oduced at Branch for verification brown and attended the segment of the segment	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an auance of the policy, to PNB MetLiaw, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला	<mark>छुट्टी होने की तिथि</mark> ects. ny ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any
Sr. No 新中 花	(सभी दस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: by 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 knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law are information regarding my/Life its offices or a Court of law are information regarding my/Life its offices or a Court of law are information regarding my/Life its offices or a Court of law are information regarding my/Life its offices or a Court of law are information regarding my/Life its offices or a Court of law are information regarding my/Life its offices or a Court of law are	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher वा विकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home of ife Assured's state of health vance redressal forum. I he edge or information, acquire runne या नर्सिंग होम या चिकि हार्यालय या अदालत, या किसी	ह्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a ग़ैं बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता leclare and confirm that the इ घोषणा और पृष्टि करता/करती or medical clinic who or whi or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atte	oduced at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an unance of the policy, to PNB MetLife, where the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संवंधित किसी भी बात या जानका	छुट्टी होने की तिथि ects. The part of illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any जिस्सा का अधिकार की
Sr. No 新年 转	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरणः bby 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 are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life its offices or a Court of law are information regarding my/Life its offices or a Court of law ar	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher वाचिकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home of fice Assured's state of health exance redressal forum. I he edge or information, acquire प्रताल या नर्सिंग होम या चिकि कार्यालय या अदालत, या किसी था उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं	ह्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was a ग्रैं बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता leclare and confirm that the ह्योषणा और पृष्टि करता/करती or medical clinic who or which in which he/she/they may ha ereby confirm that this auth ed by him/ her/them in atte करतीय क्लीनिक, जिसने किसी ध्र शिकायत निवारण फोरम को, एतदद्वारा यह पृष्टि करता/कर्रत	oduced at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an enunce of the policy, to PNB MetLife, continued for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला से संबंधित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत	छुट्टी होने की तिथि ects. The part of illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any जिस्सा का अधिकार की
Sr. No कम सं	परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा शिकारियां का नाम Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरणः पेश 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 किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्य इन्थ्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी बिती हूँ जो उसे/उन्हें पॉलिसी जारी करने से पहले मा निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी व्यारा एंसे किसी भी चित्रेखण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वारियां वारायों वारायों करने से पहले मा निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वारायों वारा	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher व्यक्तिक्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health reance redressal forum. I he edge or information, acquire redressal forum. I he redge of the redseance of the redge of	erin the Life Assured was an rein the Life Assured was an affiliating a with a filiating and a filiating a with a filiating and a filiating a with a which he/she/they may he reby confirm that this authed by him/her/them in attended by him/her/them in at	oduced at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या के किए पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही औ ch has attended upon or examined ave acquired before or after the issemoirzation is notwithstanding any light ending upon or examining a person भी बीमारी या रोग के लिए मेरा/बीमाकृ मेरी/बीमाकृत व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति ही हूँ कि यह प्रमाणीकरण, गोपनीयता के , किसी कानून, प्रथा या वर्तमान में लागू anization, institution or person to reat such information shall without	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetLies, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला से संबंधित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत् उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab	खुट्टी होने की तिथि ects. ry ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any जिस्ता किया था, को, PNB MetLife रि का खुलासा करने का अधिकार ताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की cance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health
Sr. No कम सं	परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा शिक्ष करने पर पता चलने वाली, किसी भ विविद्यारा से स्वरं करें। DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरणः DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरणः केंग्र अस्पतालंगिय पेशेवर या अस्व किसी भ विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व इत्थ्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी भ विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व इत्थ्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी भ विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व इत्थ्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी भ विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व इत्थ्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी भ विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व किसी भ विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व किसी भ विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व किसी भ विविद्यारा पेशेवर या अस्व किसी भी चिक्स किसी किसी भी चिक्स किसी किसी किसी किसी किसी किसी किसी किस	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher व्यक्तिक्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health reance redressal forum. I he edge or information, acquire प्रवाल या नर्सिंग होम या चिकि कार्याल या जसका वाद प्राप्त हुई हो। मैं II वात या जानकारी का खुलास apany, government organize byledge about my/Life Ass if drugs or Alcohol, AIDS, or	erin the Life Assured was an in the Life and Li	oduced at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या है कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही औ ch has attended upon or examined ave acquired before or after the ischorization is notwithstanding any lightly and the service of the	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetLife Mey, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत् उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefits	खुट्टी होने की तिथि ects. The property of t
Sr. No 新井 枝	परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा शिकारियां का नाम Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरणः पेश 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 किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्य इन्थ्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी बिती हूँ जो उसे/उन्हें पॉलिसी जारी करने से पहले मा निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी व्यारा एंसे किसी भी चित्रेखण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वारियां वारायों वारायों करने से पहले मा निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वारायों वारा	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher अभिकेत्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health evance redressal forum. I he edge or information, acquire स्पताल या नर्सिंग होम या चिकि हार्याल या जसकारी का खुलास मा उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं भी बात या जानकारी का खुलास inpany, government organize is wild government organize is fidrugs or Alcohol, AIDS, or is रकारी संगठन, नियोजक, अन्य	erin the Life Assured was an in all an and property of the pr	e foregoing answers and statements हैं कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही औ ch has attended upon or examined ave acquired before or after the isshorization is notwithstanding any lending upon or examining a person भी बीमारी या रोग के लिए मेरा/बीमाकृत व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति हैं कि यह प्रमाणीकरण, गोपनीयता के किसी कानून, प्रथा या वर्तमान में लागू anization, institution or person to rat such information shall without or, condition, advice or treatment), e	previous illness: किया गया थाः Date of Admission & operation भतीं होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an auance of the policy, to PNB MetLife, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefit: il लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधि	खुट्टी होने की तिथि ects. The property of t
Sr. No क्रम सं	प्रामर्थ देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्थ देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल hose of the Doctors/Hospitals/Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: प्रोच्या और प्रमाणीकरण: प्रोच्या और प्रमाणीकरण: प्रोच्या केंद्रा असे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस् इत्थयोरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी विती हूँ जो उसे/उन्हें पॉलिसी जारी करने से पहले वा निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वित्रिक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वित्रक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वित्रक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी वित्रक्षण information relating to the use of अतिरिक्त में एतदद्वारा किसी भी वीमा कंपनी, र के बारे में कोई भी रिकॉर्ड या जानकारी जारी ऐड्स, या मानसिक और शारीरिक इतिहास, अर	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre where अविकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health eadge or information, acquire rune या नर्सिंग होम या चिकि हार्यालय या अदालत, या किसी या उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं शि वात या जानकारी का खुलास spany, government organiza bwledge about my/Life Ass of drugs or Alcohol, AIDS, or strantो संगठन, नियोजक, अन्य करने का अधिकार देता/देती हूँ। वस्था, सलाह या इलाज से संबंधि	प्या BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was an it बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता Reclare and confirm that the grain which he/she/they may have be by confirm that this author which he/she/they may have by confirm that this author which he/she/them in atteed by him/ her/them in atteed by him/	educed at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती सिछांचां के लिए भर्ती सिछांचां के लिए भर्ती सिछांचां के लिए भर्ती पिछली बीमारी के लिए भर्ती पंजीकरण संख्या पंजीकरण संख्या के से स्वान्य सही और वयान सही और के से किस वस्थाली के किस वस्थाली के किस वस्थाली हो हो के से	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation मर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an unance of the policy, to PNB MetLife, and the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका समार्थित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefits in लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधि ता के बिना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास्त जानकारी शामिल होगी।	खुट्टी होने की तिथि ects. Pry ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any Ism किया था, को, PNB MetLife हरी का खुलासा करने का अधिकार ताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की sance Company Ltd or its duly nout my/Life Assured's health s. श्रेकृत प्रतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत श्र्यतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत श्र्यतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत श्र्यतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत
Sr. No क्रम सं	प्रामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Mame of the Doctors/Hospitals/Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: bby 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 are information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge are information regarding my/Life किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्व किसी भी निर्माश करने पर पता चलने वाली, किसी भी हिंदी में निर्माश करने पर पता चलने वाली, किसी भी हिंदी में एतदद्वारा किसी भी वीमा कंपनी, रक्ते वारे में कोई भी रिकार्ड या जानकारी जारी	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher अविकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि do solemnly d पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health eadge or information, acquire rune या नर्सिंग होम या चिक कार्यालय या अदालत, या किसी या उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं शि बात या जानकारी का खुलास ripany, government organize by object of drugs or Alcohol, AIDS, or art करने का अधिकार देता/देती हूँ। वस्था, सलाह या इलाज से संबंधि e above authorizations. I al	ear BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was an it बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता declare and confirm that the galum और पृष्टि करता/करती or medical clinic who or which he/she/they may have by confirm that this authed by him/ her/them in atte world a reflect and for making the first and for the	e foregoing answers and statements ह कि पूर्ववर्ती उत्तर और वयान सही औ ch has attended upon or examined ave acquired before or after the ise horization is notwithstanding any landing upon or examining a person भी वीमारी या रोग के लिए मेरा/वीमाकृ सेरी/वीमाकृत व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति ह कि यह प्रमाणीकरण, गोपनीयता के , किसी कानून, प्रथा या वर्तमान में लाग् anization, institution or person to rat such information shall without to, condition, advice or treatment), e PNB MetLife इंडिया इन्थ्योरेन्स कंपन् रुत्ती हूँ कि ऐसी जानकारी में किसी सीम् , आमदनी या अन्य वीमा लाभों के बारे में PNB MetLife India Life Insurance	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetLiaw, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका सं आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefit: ो लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधि तो की बीना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास् की बीना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास् की बानकारी शामिल होगी। Co Ltd or its duly authorized repro	खुट्टी होने की तिथि ects. Proposition of illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any of किया था, को, PNB MetLife हरी का खुलासा करने का अधिकार ताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की sance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. श्रेकृत प्रतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत स्थ्य (नशीली दवाइयों या शराब के esentatives to gather the saideseentatives the saideseentatives to gather the saideseentatives the saideseentatives to gather the saideseentatives
Sr. No क्रम सं	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा Particulars of doctors consulted and hos परामर्श देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres चिकित्सकों/अस्पतालों/चिकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: प्रेस असाणीकरण: परेस किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस् इन्क्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी व ती हूँ जो उसे/उन्हें पॉलिसी जारी करने से पहले पा निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भ्र हा, I hereby authorize any insurance com rized representatives any record or knowled any information relating to the use of अतिरिक्त में एतदद्वारा किसी भी बीमा कंपनी, स्के बारे में कोई भी रिकॉर्ड या जानकारी जारी ऐड्स, या मानसिक और शारीरिक इतिहास, अर्थ क्षेष्ठ declare that I am entitled to make the	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher अविकित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health vance redressal forum. I he edge or information, acquire rune या नर्सिंग होम या चिकि कार्यालय या अदालत, या किसी या उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं शि वात या जानकारी का खुलास कार्यालय से अंदोल अंदोल अंदोल अंदोल केंद्र केंद्	ear BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was an it बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता Address पता Reclare and confirm that the grain which lee's a standard or medical clinic who or which which he/she/they may have by confirm that this auther by the standard of the standard from the saction, employer, other organical, in करने से प्रतिबंधित करने वाले, ation, employer, other organical, in करने से प्रतिबंधित करने वाले, ation, employer, other organical, in करने से प्रतिबंधित करने वाले, ation, employer, other organical, in करने से प्रतिबंधित करने वाले, ation, संस्थान या व्यक्ति को संगठन, संस्थान या व्यक्ति को में एतदद्वारा यह पृष्टि करता/क को संगठन, संस्थान या व्यक्ति को में एतद्वारा यह पृष्टि करता/क को तकसी भी जानकारी सहित), so agree to render help to claim and to use the inform	e foregoing answers and statements हैं कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही और ते का प्रवासाय के निर्माण कराया हैं कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही और ते कि व्यक्ति विमारी के लिए मर्जी पंजीकरण संख्या e foregoing answers and statements हैं कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही और ते कि का अध्यान सही और ते कि का अध्यान के कि का अध्यान सही और ते कि का अध्यान के कि का अध्यान सही और ते कि का अध्यान के कि स्वास्थ्य स्थिति हैं कि यह प्रमाणीकरण, गोपनीयता के किसी कानून, प्रथा या वर्तमान में लागू का अध्यात्रां के किसी कानून, प्रथा या वर्तमान में लागू का अध्यात्रां के किसी कानून, प्रथा या वर्तमान में लागू का अध्यात्रां के किसी का का अध्यात्रां के किसी का किसी का किसी का किसी की किसी साम्बर्ग के प्रमाणीकरण, जो किसी साम्बर्ग के प्रमाणीकरण, वर्ण के प्रमाणीकरण, वर्ण के किसी जानकारी में किसी सीम्बर्ग के प्रमाणीकरण, वर्ण के प्रमाणीकरण, वर्ण के किसी जानकारी में किसी सीम्बर्ग के प्रमाणीकरण, वर्ण के प्र	previous illness: किया गया थाः Date of Admission & operation मर्ती होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an unance of the policy, to PNB MetLife, and the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका समाधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefit: त लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधि ता के बिना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास i जानकारी शामिल होगी। Co Ltd or its duly authorized reproduce deemed to be fit in furtherance of the sur and the sur	खुट्टी होने की तिथि ects. Pry ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any Is किया था, को, PNB MetLife हरी का खुलासा करने का अधिकार ताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की rance Company Ltd or its duly rout my/Life Assured's health s. श्रेकृत प्रतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत स्वय (नशीली दवाइयों या शराब के esentatives to gather the said of the claim.
Sr. No 新中 花	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा एकं विकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा अस्पताल देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा अस्पताल देने वाले चिकित्सकों और उस अस्पताल अस्पताल के अस्पताल	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher व्यक्तित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health reance redressal forum. I he edge or information, acquire redressal forum. I he and या जसिंग होम या चिकि कार्याल या नर्सिंग होम या चिकि कार्यालय या अदालत, या किसी या उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं शि बात या जानकारी का खुलास apany, government organize by by by by by by aranti संगठन, नियोजक, अन्य करने का अधिकार देता/देती हूँ। वस्था, सलाह या इलाज से संबंधि e above authorizations. I al the company to process this spical survey survey survey survey spical survey survey survey spical survey su	ear BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was an it बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता Address पता declare and confirm that the gair and	educed at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या et foregoing answers and statements of हैं कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही औ ch has attended upon or examined ave acquired before or after the istending upon or examining a person which all all all all all all all all all al	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भतीं होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetLife, we, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefit: iो लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधि हो के बिना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास् जानकारी शामिल होगी। Co Ltd or its duly authorized reproduced elemed to be fit in furtherance NB MetLife इंडिया इन्थ्योरेन्स कंपनी	खुट्टी होने की तिथि ects. Py ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any जि किया था, को, PNB MetLife हरी का खुलासा करने का अधिकार ताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की sance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. श्वेकृत प्रतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत श्वेत (नशीली दवाइयों या शराब के esentatives to gather the said of the claim. ो लिमिटेड या उसके उचित रूप से
Sr. No क्रम सं	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा ऐसे किसी भी चिकित्सावें गोर उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा विकित्सकों और उस अस्पताल पेक्स अस्पताल के अधिकारियों द्वारा विकित्सकों और उस अस्पताल किस्तावें विकित्सकों और उस अस्पताल किस्तावें विकित्सकों अस्पतालों विकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: प्रेम्स किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्य इन्स्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्य इन्स्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी भी निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी हिं, I hereby authorize any insurance comprized representatives any record or know and any information relating to the use of अतिरिक्त मैं एतदद्वारा किसी भी बीमा कंपनी, रक्ते वारे में कोई भी रिकॉर्ड या जानकारी जारी ऐड्स, या मानसिक और शारीरिक इतिहास, अस्व केप declare that I am entitled to make the nation or any information that may help to stagist घोषणा करता/करती हैं कि मैं उपरोक्त अद्वारा घोषणा करता/करती हैं कि मैं उपरोक्त अ	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher व्यक्तित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health reance redressal forum. I he edge or information, acquire redressal forum. I he and या जसिंग होम या चिकि कार्याल या नर्सिंग होम या चिकि कार्यालय या अदालत, या किसी या उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं शि बात या जानकारी का खुलास apany, government organize by by by by by by aranti संगठन, नियोजक, अन्य करने का अधिकार देता/देती हूँ। वस्था, सलाह या इलाज से संबंधि e above authorizations. I al the company to process this spical survey survey survey survey spical survey survey survey spical survey su	ear BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was an it बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता Address पता declare and confirm that the gair and	educed at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या et foregoing answers and statements of हैं कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही औ ch has attended upon or examined ave acquired before or after the istending upon or examining a person which all all all all all all all all all al	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भतीं होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetLife, we, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefit: iो लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधि हो के बिना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास् जानकारी शामिल होगी। Co Ltd or its duly authorized reproduced elemed to be fit in furtherance NB MetLife इंडिया इन्थ्योरेन्स कंपनी	खुट्टी होने की तिथि ects. Py ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any जि किया था, को, PNB MetLife हरी का खुलासा करने का अधिकार ताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की sance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. श्वेकृत प्रतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत श्वेत (नशीली दवाइयों या शराब के esentatives to gather the said of the claim. ो लिमिटेड या उसके उचित रूप से
Sr. No 新中 花	(सभी वस्तावेज अस्पताल के अधिकारियों द्वारा ऐसे किसी भी चिकित्सावें गोर उस अस्पताल के अधिकारियों द्वारा विकित्सकों और उस अस्पताल पेक्स अस्पताल के अधिकारियों द्वारा विकित्सकों और उस अस्पताल किस्तावें विकित्सकों और उस अस्पताल किस्तावें विकित्सकों अस्पतालों विकित्सा केंद्रों का नाम DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: DECLARATION AND AUTHORISATION: घोषणा और प्रमाणीकरण: प्रेम्स किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्य इन्स्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी विविद्यारा ऐसे किसी भी चिकित्सीय पेशेवर या अस्य इन्स्योरेन्स कंपनी लिमिटेड, या उसके किसी भी निरीक्षण करने पर पता चलने वाली, किसी भी हिं, I hereby authorize any insurance comprized representatives any record or know and any information relating to the use of अतिरिक्त मैं एतदद्वारा किसी भी बीमा कंपनी, रक्ते वारे में कोई भी रिकॉर्ड या जानकारी जारी ऐड्स, या मानसिक और शारीरिक इतिहास, अस्व केप declare that I am entitled to make the nation or any information that may help to stagist घोषणा करता/करती हैं कि मैं उपरोक्त अद्वारा घोषणा करता/करती हैं कि मैं उपरोक्त अ	अनुप्रमाणित किए जाने चाहिए spital / medical centre wher व्यक्तित्सा केंद्र का विवरण जह Date of first consultation प्रथम परामर्श की तिथि पक्के तौर पर यह hospital or nursing home o ife Assured's state of health reance redressal forum. I he edge or information, acquire redressal forum. I he and या जसिंग होम या चिकि कार्याल या नर्सिंग होम या चिकि कार्यालय या अदालत, या किसी या उसके बाद प्राप्त हुई हो। मैं शि बात या जानकारी का खुलास apany, government organize by by by by by by aranti संगठन, नियोजक, अन्य करने का अधिकार देता/देती हूँ। वस्था, सलाह या इलाज से संबंधि e above authorizations. I al the company to process this spical survey survey survey survey spical survey survey survey spical survey su	ear BSM द्वारा सत्यापन के लि rein the Life Assured was an it बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान में Address पता Address पता declare and confirm that the gair and	educed at Branch for verification bit ए असली दस्तावेज शाखा में पेश किए ज dmitted currently or for any other में या किसी पिछली बीमारी के लिए भर्ती Registration no. of Doctors/ Hospitals चिकित्सकों/अस्पतालों की पंजीकरण संख्या et foregoing answers and statements of हैं कि पूर्ववर्ती उत्तर और बयान सही औ ch has attended upon or examined ave acquired before or after the istending upon or examining a person which all all all all all all all all all al	previous illness: किया गया था: Date of Admission & operation भतीं होने और ऑपरेशन की तिथि are true and complete in all respect सभी पहलुओं में पूरे हैं। or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetLife, we, custom or usage for the time on the ground of secrecy. त व्यक्ति की जाँच या निरीक्षण या इला सं संबंधित किसी भी बात या जानका आधार पर किसी चिकित्सक या अस्पत उपयोग के बावजूद है। elease to PNB MetLife India Insur limitation include information ab arnings or other insurance benefit: iो लिमिटेड या उसके उचित रूप से अधि हो के बिना मेरे/बीमाकृत व्यक्ति के स्वास् जानकारी शामिल होगी। Co Ltd or its duly authorized reproduced elemed to be fit in furtherance NB MetLife इंडिया इन्थ्योरेन्स कंपनी	खुट्टी होने की तिथि ects. Py ailment or illness to divulge fe India Life Insurance Co Ltd, being in force prohibiting any जि किया था, को, PNB MetLife हरी का खुलासा करने का अधिकार ताल को, उसे/उन्हें किसी व्यक्ति की sance Company Ltd or its duly bout my/Life Assured's health s. श्वेकृत प्रतिनिधियों को मेरे/बीमाकृत श्वेत (नशीली दवाइयों या शराब के esentatives to gather the said of the claim. ो लिमिटेड या उसके उचित रूप से

Version 2.2 संस्करण 2.2

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 संबद्ध या उससे जुड़े किसी भी व्यक्ति/संगठन/संस्था के लिए मेरे केवाईसी दस्तावेज शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान करने के लिए।

दावेदार के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशानः	
Place:	
स्थानः	
Signature of the Witness/Declarant:	
गवाह/घोषक के हस्ताक्षरः	गवाह/घोषक का नामः
Place:	
स्थानः	्दिनांकः
, ,	form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.) फॉर्म पर मातृ भाषा में हस्ताक्षर किए गए हैं या यदि दावेदार ने हस्ताक्षर के बजाय अंगुठे के निशान का उपयोग किया है।)
and are a season to the large and a season and	20 1 1 1 1 6 1 1 1 1 6 1 1 1 1 1 1 1 1 1
I have explained the contents of this claim form to the C	laimant in (language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 co
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respondent affixed his/her thumb impression after fully understa	laimant in(language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 co- landing the same.
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respondent affixed his/her thumb impression after fully understated the capacity को	laimant in (language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 co
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respondent affixed his/her thumb impression after fully understated the capacity को	laimant in(language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 co inding the same. (भाषा) में इस दावा फॉर्म की सामग्री का विवरण दिया है और यह सुनिश्चित किया है कि वह सामग्री को पूरी तरह से
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respond affixed his/her thumb impression after fully understath दोवेदार को	laimant in(language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 con inding the same. (भाषा) में इस दावा फॉर्म की सामग्री का विवरण दिया है और यह सुनिश्चित किया है कि वह सामग्री को पूरी तरह से दार 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
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respond affixed his/her thumb impression after fully understated and affixed his/her thumb impression after fully understated and affixed his/her thumb impression after fully understated affixed and affixed his/her thumb impression after fully understated affixed and affixed affixed affixed and affixed affixed affixed and affixed affixed affixed and affixed	laimant in(language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 con inding the same. (भाषा) में इस दावा फॉर्म की सामग्री का विवरण दिया है और यह सुनिश्चित किया है कि वह सामग्री को पूरी तरह से दार 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 Name of Witness/ Declarant:
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respond affixed his/her thumb impression after fully understated and affixed his/her thumb impression after fully understated and affixed his/her thumb impression after fully understated affixed and affixed his/her thumb impression after fully understated affixed and affixed affixed affixed and affixed affixed affixed and affixed affixed affixed and affixed	laimant in(language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 con inding the same(भाषा) में इस दावा फॉर्म की सामग्री का विवरण दिया है और यह सुनिश्चित किया है कि वह सामग्री को पूरी तरह से स् दार 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 Name of Witness/ Declarant:
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respond affixed his/her thumb impression after fully understa मैंने दावेदार को	laimant in(language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 considing the same. (भाषा) में इस दावा फॉर्म की सामग्री का विवरण दिया है और यह सुनिश्चित किया है कि वह सामग्री को पूरी तरह से ग दार 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 Name of Witness/ Declarant:
I have explained the contents of this claim form to the C him/her. I have accurately recorded the Claimant's respond affixed his/her thumb impression after fully understath दोवेदार को चुका/चुकी है। मैंने दावा फॉर्म में मांगी गई जानकारी के प्रति दावे अपने अंगूठे का निशान लगाया है। Signature of the Witness/Declarant:	laimant in(language) and ensured that the contents have been fully understoo inses 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 considing the same. (भाषा) में इस दावा फॉर्म की सामग्री का विवरण दिया है और यह सुनिश्चित किया है कि वह सामग्री को पूरी तरह से ग दार 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 Name of Witness/ Declarant: