

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 मेटलाइफ इंडिया इशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंबणीकृत कार्यालय: सुनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयबार्डीए ऑफ इंडिया नोंबणी क्रमांक 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, बाम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा बाम्हाला लिहा, 1वा मजला, टेक्नीप्लेस, 1, टेक्नीप्लेस कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

Disability Claim Form
विकलांगता दावा अर्ज

POLICY NUMBER / पॉलिसी क्रमांक

Important instructions:

महत्वाच्या सूचना:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

दावेदाराने मोठ्या (ब्लॉक) लिपीत पूर्ण करावचे

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.

कृपया सर्व प्रश्नांची उत्तरे द्या, रिक्ताने न ठेवता "लागू नाही" (एन/ए) वापरा. फॉर्ममध्ये दुरुस्त्या/फेरफार केले गेले आहेत तेथे प्रतिवाद.

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

साक्षीदाराची स्वाक्षरी आवश्यक आहे. साक्षीदार गॅझेटेड अधिकारी / नोटेरी पब्लीक / दंडाधिकारी किंवा स्थानिक महत्वाची व्यक्ती असला पाहिजे. दावेदाराने सर्व पानांवर तळाशी स्वाक्षरी करावी

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.

हा अर्ज भरल्याचा अर्थ आमच्या कंपनीने जबाबदारी स्वीकारली असा होत नाही. कुठल्याही एजंटला अधिकार दिला नव्हता व दिला नाही की त्याने कंपनीच्या वतीने जबाबदारी स्वीकारावी.

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

कृपया अर्ज व आवश्यकता जवळच्या शाखा कार्यालयात किंवा वर नमूद केलेल्या पत्त्यावर सुपूर्त करा.

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

जर आवश्यकतांची सुपूर्तता लवकर व पूर्णपणे केली तर कंपनीला दाव्याची प्रक्रिया लवकरात लवकर करता येईल.

CLAIMANT DETAILS:

दावेदाराचा तापशील:

Name of the Insured: _____
विमाधारकाचे नाव: _____
Address: _____
पत्ता: _____
Contact No.: _____ E-mail address: _____
संपर्क क्रमांक: _____ ई-मेल पत्ता: _____
Bank Account Number of the Claimant*: _____
(favoring which the claim cheque is to be issued)
दावेदाराचा बँक खाते क्रमांक*: _____
(ज्या नावे दाव्याचा धनादेश जारी करायचा आहे)
Name & Address of the Bank*: _____
बँकेचे नाव व पत्ता*: _____

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABILITY:

ज्या डॉक्टर / रुग्णालयाने विमाधारकाच्या गंभीर आजारावर औषधोपचार केले त्यांचे तपशील:

Name of the Doctor: _____
डॉक्टरचे नाव: _____
Name of the Hospital: _____
रुग्णालयाचे नाव: _____
Address: _____
पत्ता: _____
Contact No.: _____ E-mail address: _____
संपर्क क्रमांक: _____ ई-मेल पत्ता: _____

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

कोणते अपंगत्व लागू आहे ते नमूद करा (पॉलिसीमध्ये नमूद केल्याप्रमाणे यादी):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye
एका डोळ्याची दृष्टी गमावली | <input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb
एका अवयवाची क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes
दोन्ही डोळ्यांची दृष्टी गमावली |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing
श्रवण क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs
दोन्ही अवयवांची क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye
एका अवयवाची क्षमता गमावली आणि एका डोळ्याची दृष्टी गमावली |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing
भाषण आणि श्रवण क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of Speech
भाषण क्षमता गमावली | |

Note: In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability

टीप: अपघातामुळे अपंगत्व आल्यास, कृपया अपघाती अपंगत्वासाठी उपलब्ध असलेले डॉक्टरांचे अतिरिक्त प्रमाणपत्र भरा

DETAILS OF ACCIDENT:

अपघाताचा तपशील:

Cause of Accident: _____
अपघाताचे कारण: _____
Date of Accident: _____
अपघाताची तारीख: _____

Is FIR lodged: Yes No

एफआयआर दाखल केला आहे का: होय नाही

If "yes" please attach the copy of Accident: _____

जर "होय", कृपया अपघाताच्या एफआयआरची प्रत जोडा: _____

HISTORY

इतिहास

Date of appearance of first symptoms: _____

पहिली लक्षणं दिसली ती तारीख: _____

Have you ever had the similar condition in past: Yes No

तुम्ही अशाच परिस्थितीतून पूर्वी गेला आहात का: होय नाही

(If "yes," state when and provide details): _____

(जर "होय" असेल तर केव्हा व तपशील पुरवा): _____

PRESENT CONDITION:

सध्याची परिस्थिती:

Present symptoms: _____

सध्याची लक्षणं: _____

Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

निष्कर्ष (सध्याचा क्ष-किरण, इसीजी किंवा दुसऱ्या खास चाचणीचे निष्कर्ष/निकाल): _____

TREATMENT:

औषधोपचार:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____

रुग्णालय /डॉक्टरकडे या संदर्भात पहिल्या भेटीची तारीख: _____

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____

ओपी क्रमांक/रुग्णालय क्रमांक/आंतरिक रुग्ण क्रमांक: _____

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____

शेवटच्या भेटीची तारीख: _____ भेटीची वारंवारता (साप्ताहिक/मासिक/इतर): _____

Date of Last examination: _____

शेवटच्या परिक्षम/तपासणीची तारीख: _____

PROGRESS:

प्रगती:

Recovered
पूर्णतः बरा

Improved
सुधारणा

Unimproved
सुधारणा नाही

Retrogressed
अवनती

DECLARATION:

घोषणा:

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form **PNB MetLife** has not admitted liability or waived any of its rights. I hereby authorize the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by **PNB MetLife**.

मी ह्याद्वारे घोषित करतो/करते की, वरील सर्व विधाने खरी व पूर्ण आहेत. मला समजते की, दावा अर्ज केल्याने **पीएनबी मेटलाइफने** जबाबदारी स्वीकारलेली नाही किंवा त्यांचे हक्क सोडलेले नाहीत. मी ह्याद्वारे चिकित्सक किंवा रुग्णालयात ज्यांनी माझ्याकडे लक्ष दिले किंवा मला तपासले किंवा माझ्यावर कुठल्याही आजाराकरिता औषधोपचार केले, त्यांना मी अधिकार देते/देतो की, त्यांना माझ्या आरोग्याच्या स्थितीबद्दल जी काही जाणकारी व ज्ञान आहे जे त्यांना **पीएनबी मेटलाइफने** पॉलिसी जारी करण्याआधी किंवा नंतर ज्ञात झाले असेल ते त्यांनी उघड करावे.

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.

मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने पीएनबी मेटलाइफशी संबंधित किंवा संलग्न किंवा संलग्न असलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्था / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहिती / पीएनबी मेटलाइफ / आमच्या संग्रहित किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्यासाठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर प्रक्रिया करण्याच्या उद्देशाने आणि / किंवा त्यानंतरच्या सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने पुनर्विमा कंपनी, दावा तपास संस्था, विक्रेते आणि उद्योग संघटना/ महासंघ यांचा समावेश आहे.

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____

Date: _____

दावेदाराची स्वाक्षरी/डाव्या अंगठ्याचा ठसा: _____

तारीख: _____

Name & Signature of Witness: _____

Date: _____

साक्षीदाराचे नाव व स्वाक्षरी: _____

तारीख: _____

Address of Witness: _____

साक्षीदाराचा पत्ता: _____

Official Seal of the Witness: _____

साक्षीदाराची अधिकृत मोहर (सील)

Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian 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.

नोंद: भारतीय भाषेतल्या सहीला त्याचा इंग्रजी अनुवाद त्याच्या खाली लललहलेला असला पालहजे. पुढे जो दावेदार भारतीय भाषेत सही करेल त्याने भारतीय भाषेत घोषणा द्यावी की त्याला/वतला वरील अजाचा मजकूर पूर्णतः व नीट समजला आहे जो त्याला इंग्रजी जाणणाऱ्या व्यक्तीने शारतीय धांपेत पमजावला आहे व ती व्यक्ती देखील मही करेल की तिने दावेदाराला वरील अर्जाची मजकूर पर्णपणे समजावला आहे.