



Milkar life aage badhavin

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

ପିଏଚ୍‌ସି ନେସ୍‌ଭାଲ୍‌ସ୍‌ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉଚ୍ଚତମ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117, ବିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

Disability Claim Form

ଅସାମର୍ଥ୍ୟ (ବିକଳାଙ୍ଗତା) ଦାବିପତ୍ର

POLICY NUMBER / ପଲିସି ନମ୍ବର

Important Instructions:

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

ବ୍ଲକ୍‌ଲେଟର (ବଡ଼ ଅକ୍ଷର)ରେ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରା କରାଯିବ

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank.

ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ। ଏହାକୁ ଖାଲି ଛାଡ଼ିବା ପରିବର୍ତ୍ତେ "ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ନୁହେଁ" ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତୁ।

Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.

ଫର୍ମରେ ସଂଶୋଧନ/ପରିବର୍ତ୍ତନ କରାଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନରେ ପ୍ରତିସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ।

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing.

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ। ସାକ୍ଷୀ ଗେଜେଟେଡ୍ ଅଫିସର/ଆଇନଗତ ଅଧିକାରୀ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି/ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ କିମ୍ବା ସ୍ଥାନୀୟ ସ୍ଥାୟୀ ବ୍ୟକ୍ତି ହେବା ଉଚିତ୍।

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ତଳେ ସବୁ ପୃଷ୍ଠାରେ ଦାବିଦାର ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିବା ଉଚିତ୍।

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.

ଏହି ଦାବି ପତ୍ର ପୂରଣ କରିବାରେ ଆମ କମ୍ପାନୀର ଦେୟତା ସ୍ୱୀକାରୋକ୍ତି ଭାବରେ ବାଖ୍ୟା କରାଯିବ ନାହିଁ। କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଆମ କମ୍ପାନୀ ତରଫରୁ ଦେୟତା ସ୍ୱୀକାର କରିବାକୁ କ୍ଷମତା ପ୍ରାପ୍ତ ନୁହେଁ।

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

ଦୟାକରି ନିକଟତମ ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ କିମ୍ବା ଉପର ଉଲ୍ଲେଖିତ ଠିକଣାରେ ଫର୍ମ ଓ ଆବଶ୍ୟକ ଦ୍ରବ୍ୟ ଜମା କରନ୍ତୁ।

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

ଆବଶ୍ୟକ ଦ୍ରବ୍ୟ ଶୀଘ୍ର ଓ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସମର୍ପଣ ଶୀଘ୍ରତାରେ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ସକ୍ଷମ ହେବ।

CLAIMANT DETAILS:

ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବରଣୀ:

Name of the Insured:
ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ:
Address:
ଠିକଣା:
Contact No.:
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ.:
E-mail address:
ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା:
Bank Account Number of the Claimant*:
(favoring which the claim cheque is to be issued)
ଦାବିଦାରଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତା ନମ୍ବର*:
(ପୋଷକତା କରୁଥିବା ଲେନ୍ ଟେକ୍ ଡାରି ହେବାକୁ ଅଛି)
Name & Address of the Bank*:
ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ ଓ ଠିକଣା*:

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

ବିକଳାଙ୍ଗତା ପାଇଁ ଦାବିଦାରଙ୍କୁ ଚିକିତ୍ସା କରିଥିବା ଡାକ୍ତର/ହସ୍ପିଟାଲର ବିବରଣୀ:

Name of the Doctor:
ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ:
Name of the Hospital:
ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ:
Address:
ଠିକଣା:
Contact No.:
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ.:
E-mail address:
ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା:

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

ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଯେଉଁ ବିକଳାଙ୍ଗତା ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଅଟେ (ପଲିସି ସଂଜ୍ଞା ଅନୁସାରେ ତାଲିକା କରନ୍ତୁ):

- Loss of sight of one eye
Loss of Hearing
Loss of speech and hearing
Loss on use of one Limb
Loss of use of two limbs
Loss of Speech
Loss of sight of both the eyes
Loss of one limb & loss of sight of one eye

DETAILS OF ACCIDENT:

ଦୁର୍ଘଟଣାର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ:

Cause of Accident:
ଦୁର୍ଘଟଣାର କାରଣ:
Date of Accident:
ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ:
Is FIR lodged:
ଏଫଆଇଆର ରୁକ୍ତ ହୋଇଥିଲା କି:
If "yes" please attach the copy of Accident:
ଯଦି "ହଁ" ଦୁର୍ଘଟଣାର ପ୍ରତିଲିପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ:

HISTORY

ଇତିହାସ

Date of appearance of first symptoms: _____
 ପ୍ରଥମ ଲକ୍ଷଣ ଦେଖାଯିବାର ତାରିଖ: _____
 Have you ever had the similar condition in past: Yes No
 ଅତୀତରେ ଆପଣଙ୍କର ଏହି ସଦୃଶ ଅବସ୍ଥା ଥିଲା କି: ହଁ ନା
 (If "yes," state when and provide details): _____

 (ଯଦି "ହଁ", କୁହନ୍ତୁ କେତେବେଳେ ଓ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ କରିଥିଲେ): _____

PRESENT CONDITION:

ବର୍ତ୍ତମାନ ଅବସ୍ଥା: _____
 Present symptoms: _____
 ବର୍ତ୍ତମାନ ଲକ୍ଷଣ: _____
 Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

 ନିଷ୍ପତ୍ତି (ବର୍ତ୍ତମାନ ଏକ୍ସ-ରେ, ଇସିଜି ଏବଂ କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବିଶେଷ ଯାଞ୍ଚର ଫଳାଫଳ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଟେ): _____

TREATMENT:

ଚିକିତ୍ସା: _____
 Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
 ଏହି ସମ୍ବନ୍ଧରେ ହସ୍ପିଟାଲ/ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ପ୍ରଥମ ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ସାକ୍ଷାତ ତାରିଖ: _____
 OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
 ଓପି ନମ୍ବର/ଡାକ୍ତରଖାନା ନଂ/ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିବା ରୋଗୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା: _____
 Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ଶେଷ ସାକ୍ଷାତ କରିବାର ତାରିଖ: _____ ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ସାକ୍ଷାତ କରିବାର ଆବୃତ୍ତି (ସାପ୍ତାହିକ/ମାସିକ/ଅନ୍ୟାନ୍ୟ): _____
 Date of Last examination: _____
 ଶେଷ ପରୀକ୍ଷା କରିବାର ତାରିଖ: _____

PROGRESS:

ପ୍ରଗତି: _____
 Recovered Improved Unimproved Retrogressed
 ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଲାଭ ହୋଇଛି ଉନ୍ନତି ହୋଇଛି ଅବନତି ହୋଇଛି ପଶ୍ଚାଦ୍ୱାରୀ ହୋଇଛି

DECLARATION:

ଘୋଷଣା:
 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.
 ମୁଁ ଏହାଘୋଷଣା କରୁଛି କି ଉପର ସମସ୍ତ କଥନ ସତ୍ୟ ଓ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ । ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ଯିଏନବି ମେଟଲାଇଫକୁ ଦାବି ପ୍ରଦାନ କରିବାରେ ଏହାର କୌଣସି ଅଧିକାର ଦେୟତା କିମ୍ବା ତ୍ୟାଗ ସ୍ୱୀକାର କରି ନାହିଁ । ମୁଁ ଏହାଘୋଷଣା କିମ୍ବା ଅନୁମତି ଦେବା ପାଇଁ ଡାକ୍ତରଖାନାକୁ ଅନୁମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛି ଯେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥା ସମ୍ବନ୍ଧରେ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା ପ୍ରକାଶ କରି ପାରନ୍ତି ଯିଏ କୌଣସି ଯତ୍ନ କୌଣସି କିମ୍ବା ରୋଗ ପାଇଁ ମୋତେ ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି ଯେପରିକି ଯିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ଦ୍ୱାରା ପରିଷ୍କାର କରାଯାଇଥିଲା ।
 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.
 ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସମ୍ମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ ଯେ ଯିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ / ଆମଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ଉଲ୍ଲେଖ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ହାସଲ କରାଯାଇଥିବା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ) କରିବାକୁ ଅଧିକାର କରୁଛୁ, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ଯିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଜଡ଼ିତ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେଉଁକିମି ବ୍ୟକ୍ତି ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନୁଗୃହ୍ୟ କରେ ପୁନଃ ବ୍ୟବହାର, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ଭେଣ୍ଡର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତା ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ ।

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____
 ଦାବିଦାରଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ବାମ ହାତ ଚିପ ଚିହ୍ନ: _____ ତାରିଖ: _____
 Name & Signature of Witness: _____ Date: _____
 ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷର: _____ ତାରିଖ: _____
 Address of Witness: _____
 ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଠିକଣା: _____
 Official Seal of the Witness: _____
 ସାକ୍ଷୀଙ୍କର ସରକାରୀ ମୋହର: _____

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.
ନୋଟ୍: ଭାରତୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷରଗୁଡ଼ିକର ଇଂରାଜୀ ଅନୁବାଦ ତଳେ ଲେଖା ହେବା ଉଚିତ୍ । ଏହା ଅତିରିକ୍ତ ଦାବିଦାର ଭାରତୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିବା ଭାରତୀୟ ଭାଷାରେ ଏକ ଘୋଷଣାକାର ପତ୍ର ଦେବା ଉଚିତ୍, ଯେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଉପର ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ଇଂରାଜୀ ଭାଷାରେ ତାଙ୍କୁ ଠିକ୍ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଯାହା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବା ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରାଯିବ, ଯେ ତାଙ୍କୁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ପାଇଁ ଉପର ଫର୍ମର ବିଷୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଇଛି ।