



Mitkar life aage badhain

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 ନେଗୋସିଏଟ୍‌ସ୍‌ ଲିମିଟେଡ୍ ଭାରତୀୟ ଜନସ୍ଵରାଜ୍ୟ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ଵ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍‌ଜି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବାମା 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, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

ଟିକିଆଳୟରେ କ୍ୟାସ୍ ବେନିଫିଟ୍ ଦାବି ଫର୍ମ

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)

ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ପୂରା କରାଯିବ (ନିଜେ ଓ ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ ବୀମିତ) ଏବଂ ମାଧ୍ୟମିକ ବୀମିତ (ନିଜ ପାଇଁ)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ନୋଟ୍: ଦୟାକରି ତଳେ ସବୁ ପୃଷ୍ଠାରେ ସ୍ଵାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ

General instructions:

ସାଧାରଣ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ:

- 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.
ଦାବିପତ୍ରରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦେବା ସମୟରେ, ଦାବି ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ଅନ୍ୟ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା, ଦାବିଦାରଙ୍କୁ ସମସ୍ତ ବସ୍ତୁତତ ତଥ୍ୟ ଖୋଲାଖୋଲି ପ୍ରକାଶ କରିବା ଉଚିତ।
Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.
ପଲିସି ଅନ୍ତର୍ଗତ ଲାଭ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା ପାଇଁ ପଲିସି ଦସ୍ତାବିଜକୁ ଧ୍ୟାନ ସହିତ ପଢନ୍ତୁ।
All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
ଦାବିପତ୍ରରେ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ସଂଶୋଧନ ପୂରା ବିଧିବଦ୍ଧ ଭାବରେ ପ୍ରତିସ୍ଵାକ୍ଷର କରାଯିବ।
If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
ଯଦି ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନ ଅପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ଅଛି, ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ସଂଯୋଗକାରୀ (ଆନେକ୍ସର) ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ।
Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.
ଦୟାକରି ଶୀଘ୍ର ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବା ପାଇଁ ଦାବିପତ୍ର ସହିତ ଆବଶ୍ୟକ ଦସ୍ତାବିଜ ଜମା କରନ୍ତୁ।
The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.
କମ୍ପାନୀ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ଅଧିକ ପ୍ରମାଣ ପାଇଁ କଲ୍ କରିବା ସକାଶେ ଅଧିକାର ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିଛି।
Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.
ଆମ ଦ୍ଵାରା ବିଧିବଦ୍ଧ ସ୍ଵୀକୃତ ଫର୍ମର ଉପସ୍ଥାପନ ଦାବିର ସ୍ଵୀକୃତ ପାଇଁ ରାଶି ଦରକାର କରେ ନାହିଁ।
(\*) Mandatory fields
(\*) ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ କ୍ଷେତ୍ର

1. Particulars of Life Assured:

ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ:

Policy Number\*: \_\_\_\_\_

ପଲିସି ନମ୍ବର\*: \_\_\_\_\_

Name of the Life Assured\*: \_\_\_\_\_

ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ନାମ\*: \_\_\_\_\_

Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life): \_\_\_\_\_

ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ନାମ (ଯଦି ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତି ଏକ ଅପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ କିମ୍ବା ମଧ୍ୟମ ବୟସ୍କ ଅଟନ୍ତି): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: Male  Female

ଜନ୍ମ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_ ଲିଙ୍ଗ: ପୁରୁଷ  ମହିଳା

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

\_\_\_\_\_

ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel/Mobile number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

ଟେଲିଫୋନ୍/ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_ ଇମେଲ୍: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes  No

(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)

କଣ ଆପଣ ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ପରିଶୋଧ କରାଯିବା ପାଇଁ ଚାହାନ୍ତି କି: ହଁ  ନାହିଁ

(ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଯଦି ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତି ମଧ୍ୟମ ବୀମିତ ଅଟନ୍ତି)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.\*: \_\_\_\_\_

ଦାବିଦାର/ମୁଖ୍ୟ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ (ଉପଯୁକ୍ତ ଭାବରେ) ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାର ନଂ\*: \_\_\_\_\_

Name of the Bank, Address\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ, ଠିକଣା\*: \_\_\_\_\_

**2. Particulars of Complaints and Symptom**  
ଅଭିଯୋଗ ଓ ଲକ୍ଷଣର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: \_\_\_\_\_  
 ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ, ଠିକଣା ଓ ଯୋଗାଯୋଗ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ: \_\_\_\_\_

II. Reason for Hospitalization: \_\_\_\_\_  
 ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର କାରଣ: \_\_\_\_\_

III. Date of disease (first diagnosis/surgery): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
 ରୋଗର ତାରିଖ (ପ୍ରଥମ ନିଦାନ/ସର୍ଜରୀ) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)

IV. Date and time of admission: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 ଭର୍ତ୍ତି ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)

V. Exact diagnosis /condition(s): \_\_\_\_\_  
 ସଠିକ ନିଦାନ/ଅବସ୍ଥା: \_\_\_\_\_

VI. Investigations undergone: \_\_\_\_\_  
 ଯାଞ୍ଚ ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ଯାଇଛନ୍ତି: \_\_\_\_\_

VII. Date and time of discharge: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 ଡିସଚାର୍ଜ ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s): \_\_\_\_\_  
 ନିଯୁକ୍ତିଦାତା (ମାନଙ୍କ)ର ବ୍ୟବସାୟ, ଠିକଣା ଓ ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବରର ବିବରଣୀ: \_\_\_\_\_

IX. ICU Benefit Availed: Yes  No  Recuperation Benefit availed: Yes  No   
 ଆଇସିୟୁ ଲାଭ ପ୍ରାପ୍ତ କରିଥିଲେ: ହଁ ନା ଆରୋଗ୍ୟ ଲାଭ ପ୍ରାପ୍ତ କରିଥିଲେ: ହଁ ନା

X. Date and time of Admission into ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 ଆଇସିୟୁରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର ତାରିଖ ଓ ସମୟ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)

XI. Date & time of Discharge from ICU: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_:\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 ଆଇସିୟୁରୁ ବିଦାୟ ନେବାର ତାରିଖ ଓ ସମୟ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) \_\_\_:\_\_\_ (24 ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)

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

ତିକିସା କିମ୍ବା ଅପରେସନ୍ ପୂର୍ବରୁ କିମ୍ବା ମଧ୍ୟରେ ନିଆଯାଇଥିବା ନିମ୍ନଲିଖିତ ରିପୋର୍ଟକୁ ଭର୍ତ୍ତି କରାଯାଇଛି:

- a) Copy of Admission Notes  ଆଡମିସନ ନୋଟ୍ସ ପ୍ରତିଲିପି
- b) Copy of Discharge Summary  ଡିସଚାର୍ଜ (ବିଦାୟ ବିବରଣୀ) ସମ୍ବନ୍ଧରେ କପି
- c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill  ଅନ୍ତିମ ଡାକ୍ତରଖାନା କ୍ୟାସ୍ ପରିଶୋଧ ବିଲ୍ ପ୍ରତିଲିପି
- d) Any others. Please mention: \_\_\_\_\_  
 ଅନ୍ୟ କିଛି, ଦୟାକରି ସୂଚିତ କରନ୍ତୁ: \_\_\_\_\_

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)  
 (ଉପର ସମସ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ ଡାକ୍ତରଖାନା ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ କିମ୍ବା ମୂଳ ବିସ୍ତରଣ ଦ୍ୱାରା ସତ୍ୟତା ପ୍ରମାଣିତ ପାଇଁ ଶାଖାରେ ଉପସ୍ଥାପିତ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ)

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

ବିଶେଷଜ୍ଞ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଏବଂ ଡାକ୍ତରଖାନା/ତିକିସାକେନ୍ଦ୍ର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ, ଯେଉଁଠାରେ ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତି ବର୍ତ୍ତମାନ କିମ୍ବା କୌଣସି ପୂର୍ବ ରୋଗ ପାଇଁ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିଲେ:

Sr. No କ୍ରମିକ ସଂଖ୍ୟା	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ଡାକ୍ତର/ ଡାକ୍ତରଖାନା/ମେଡିକାଲ ସେଣ୍ଟରର ନାମ	Date of first consultation ପ୍ରଥମ ପରାମର୍ଶର ତାରିଖ	Address ଠିକଣା	Registration no. of Doctors/ Hospitals ଡାକ୍ତର/ ଡାକ୍ତରଖାନାର ପଞ୍ଜିକରଣ ନଂ.	Date of Admission & operation ଭର୍ତ୍ତି ଏବଂ ଅପରେସନ୍ ତାରିଖ	Date of Discharge ଡିସଚାର୍ଜ (ବିଦାୟ) ତାରିଖ

**5. DECLARATION AND AUTHORISATION:"**

ଘୋଷଣାପତ୍ର ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ:

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

ମୁଁ \_\_\_\_\_ ଔପଚାରିକ ଭାବରେ ଘୋଷଣା ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ଉତ୍ତର ଏବଂ ବିବୃତି ସତ୍ୟ ଓ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ।

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.

ମୁଁ ଏହାଦ୍ୱାରା କୌଣସି ଡିକ୍ରିସନ, ଡିକ୍ରିସନ କିମ୍ବା ନର୍ସିଂହୋମ୍ କିମ୍ବା ଘରୋଇ ଡିକ୍ରିସନକୁ କ୍ଷମତା ପ୍ରଦାନ କରୁଛି ଯିଏ ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଅବସ୍ଥା/ମୋ ସମ୍ବନ୍ଧରେ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ କରିବା ପାଇଁ କୌଣସି ପାଠା କିମ୍ବା ରୋଗ ପାଇଁ ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ /ମୋର ଧ୍ୟାନ ରଖୁଛନ୍ତି କିମ୍ବା ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଡିକ୍ରିସନ କରିଛନ୍ତି ଯେଉଁଥିରେ ସେ/ସେମାନେ ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍, ଏହାର କୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ କିମ୍ବା ଏକ ଆଇନ ପଲିସି ଜାରି କରିବା ପୂର୍ବରୁ କିମ୍ବା ପରେ ଲାଭ କରିପାରନ୍ତି। ମୁଁ ଏହାଦ୍ୱାରା ଏହି ପ୍ରାଧିକରଣକୁ ଗୋପନୀୟତା ଆଧାରରେ ଏକ ବ୍ୟକ୍ତିର ଯାଞ୍ଚରେ କିମ୍ବା ସେବା ପାଇଁ ଉପସ୍ଥିତ ହେବାରେ ତାଙ୍କ/ତାଙ୍କ/ସେମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଲାଭ କରାଯାଇଥିବା ତଥ୍ୟ, ପ୍ରକାଶିତ ହେବାରେ କୌଣସି ଡିକ୍ରିସନ କିମ୍ବା ଡିକ୍ରିସନ ଉପରେ ନିଷେଧ ଜାରି କରିବା, ଅତସମୟ କୌଣସି ଆଇନ, ପ୍ରଥା ଏବଂ ଉପଯୋଗ ସତ୍ତ୍ୱେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରୁଛି।

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.

ଅତିରିକ୍ତ, ମୁଁ ଏହାଦ୍ୱାରା ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ କିମ୍ବା ଏହାର ବିଧିବଦ୍ଧ କର୍ମଚାରୀଙ୍କୁ କ୍ଷମତା ପ୍ରଦାନ କରୁଛି କିମ୍ବା ମୋର/ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବିଷୟରେ କୌଣସି ରେକର୍ଡ କିମ୍ବା ଜାଣିଥିବା ବିଷୟକୁ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ, ସରକାରୀ ସଂଗଠନ, ନିଯୁକ୍ତକର୍ତ୍ତା, ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସଂଗଠନ, ସଂସ୍ଥା କିମ୍ବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ମୁକ୍ତ କରିବା ପାଇଁ କ୍ଷମତା ପ୍ରଦାନ କରୁଛି, ମୁଁ ଏହାଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରୁଛି ଯେ ଏହାର ତଥ୍ୟ ମୋର/ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ (ନିଶ୍ଚିତ, ମତ୍ୟ, ଏତସ୍ କିମ୍ବା ମାନସିକ ଏବଂ ଶାରୀରିକ ଇତିହାସ, ଅବସ୍ଥା ପରାମର୍ଶ କିମ୍ବା ଡିକ୍ରିସନ) ଆଉ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବୀମା ଲାଭ ବିଷୟରେ ତଥ୍ୟ କୌଣସି ବିନା ସୀମାବଦ୍ଧରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରୁଛି।

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.

ମୁଁ ଏହାଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପର ପ୍ରାଧିକରଣ କରିବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକୃତ ଅଟେ। ମୁଁ ମଧ୍ୟ ସହଯୋଗ କରିବା ପାଇଁ କୌଣସି ତଥ୍ୟ ଏକତ୍ର କରିବା ପାଇଁ ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ କିମ୍ବା ଏହାର ବିଧିବଦ୍ଧ କର୍ମଚାରୀଙ୍କୁ ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ ସାହାଯ୍ୟ କରିବା ପାଇଁ ସହମତ ହେଉଛି ଯାହା ଏହି ଦାବି ଅଗ୍ରଗତ କରିବା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ସାହାଯ୍ୟ କରିପାରେ ଏବଂ ଯେ କୌଣସି ପ୍ରକାରରେ ତଥ୍ୟ ଉପଯୋଗ କରିବାକୁ ଦାବି ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ହେବା ପାଇଁ ବିବେଚନା କରାଯାଇପାରେ।

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 ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ ଯେ ପିଏନ୍‌ଏମ୍‌ଏଲ୍ ଲାଇଫ୍ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ / ଆମଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥିବା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ହାସଲ କରାଯାଇଥିବା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ) କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛୁ, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ପିଏନ୍‌ଏମ୍‌ଏଲ୍ ଲାଇଫ୍ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟରତ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଜଡ଼ିତ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେଥୁଲକ୍ଷ୍ୟ ଦଲିଲ୍ ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନୁକୂଳ କରେ ପୁନଃ ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ଭେଣ୍ଡର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତା ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ।

Signature / Thumb impression of the Claimant: \_\_\_\_\_  
ଦାବିଦାରଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଟିପ୍ପ ଚିହ୍ନ: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

Signature of the Witness/Declarant: \_\_\_\_\_ Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_  
ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: \_\_\_\_\_ ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

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

**ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଘୋଷଣାପତ୍ର:** (ଯଦି ଦାବିପତ୍ର ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର ହୋଇଛି କିମ୍ବା ଦାବିଦାର ସ୍ୱାକ୍ଷର ପରବର୍ତ୍ତୀ ଟିପ୍ପ ଚିହ୍ନ ବ୍ୟବହାର କରିଛନ୍ତି ଦେବାକୁ ହେବ।)

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.

ମୁଁ \_\_\_\_\_ (ଭାଷାରେ) ଦାବିଦାରଙ୍କ ପାଇଁ ଏହି ଦାବିପତ୍ରର ବିଷୟବସ୍ତୁ ବୁଝାଇ ଏବଂ ସୁନିଶ୍ଚିତ ଯେ ବିଷୟବସ୍ତୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ତାଙ୍କ/ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବୁଝାଯାଇ ଦିଆଯାଇଛି। ମୁଁ ଦାବିପତ୍ରରେ ମଗାଯାଇଥିବା ତଥ୍ୟ ପାଇଁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଉତ୍ତର ସଠିକ୍ ଭାବରେ ରେକର୍ଡ୍ କରାଯାଇଛି। ମୁଁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଉତ୍ତର ପଢ଼ି ଏବଂ ସେ/ସେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନିଶ୍ଚିତ ଯେ ସେମାନେ ଠିକ୍ ଅଛନ୍ତି ଏବଂ ତାହାକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୁଝିସାରିବା ପରେ ତାଙ୍କର ଟିପ୍ପ ଚିହ୍ନ ଲଗାଇଛନ୍ତି।

Signature of the Witness/Declarant: \_\_\_\_\_ Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_  
ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: \_\_\_\_\_ ସାକ୍ଷୀ/ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

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

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_