

**HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM**

**ہسپتال کے نقد فائدہ کا دعویٰ کرنے کا فارم**

**To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)**  
پرنسپل بیمہ شدہ کی معرفت مکمل کیا جائے گا (خود اپنے اور نابالغ لائف کے لیے)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

نوٹ: ہر ایسے مہربانی تمام صفحات پر نیچے سائن کریں

**General instructions:**

عام ہدایات:

- 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. دعویٰ فارم میں سوالوں کا جواب دیتے وقت اور دعویٰ کے متعلق کوئی بھی جانکاری فراہم کرتے ہوئے، دعویدار کو تمام مواد کا مکمل اور واضح انکشاف ضرور کرنا چاہیے۔
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy. پالیسی کے تحت فائدے اٹھانے کے لیے ہر ایسے مہربانی دستاویزوں کو احتیاط سے پڑھیں۔
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full. دعویٰ فارم میں کی گئی ہر تصحیح پر باقاعدہ اسناد دستخط کرنے پڑیں گے۔
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form. اگر فراہم کرائی گئی خالی جگہ ناکافی ہے، تو ہر ایسے مہربانی فارم کے ساتھ ضمیمہ منسلک کریں۔
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing. ہر ایسے مہربانی تیز عملداری کے لیے دعویٰ فارم کے ساتھ ضروری دستاویز جمع کریں۔
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim. دعویٰ پر عمل کرنے کے لیے کمپنی اور ثبوت کے لیے اپنے پاس حقوق محفوظ رکھتی ہے۔
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim. ہماری معرفت باضابطہ دستخط کیے ہوئے فارم کا مطلب دعویٰ کا داخلہ نہیں ہے۔
- (\*) Mandatory fields لازمی جگہیں (\*)

**1. Particulars of Life Assured:**

لائف بیمہ شدہ کی تفصیلات:

Policy Number\*: \_\_\_\_\_  
پالیسی نمبر\*: \_\_\_\_\_

Name of the Life Assured\*: \_\_\_\_\_  
لائف بیمہ شدہ کا نام\*: \_\_\_\_\_

Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life):  
پرنسپل بیمہ شدہ کا نام (اس صورت میں کہ لائف یقین دہانی ایک چھوٹی عمر کا ہے): \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: Male  Female   
پیدائش کی تاریخ: \_\_\_\_\_ جنس: \_\_\_\_\_ آدمی  عورت

Address: \_\_\_\_\_  
پتہ: \_\_\_\_\_

Tel/Mobile number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
ٹیلیفون/ موبائل نمبر: \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes  No   
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured) کیا آپ پرنسپل بیمہ شدہ کے حق ادائیگی کرنا چاہتے ہیں ہاں  نہیں   
(درخواست اگر لائف یقین دہانی شدہ ثانوی بیمہ شدہ ہے)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.\*: \_\_\_\_\_  
مدعی / پرنسپل بیمہ شدہ (جو قابل اطلاق ہو) کا بینک اکاؤنٹ نمبر\*: \_\_\_\_\_

Name of the Bank, Address\*: \_\_\_\_\_  
بینک کا نام اور پتہ\*: \_\_\_\_\_

**2. Particulars of Complaints and Symptom**

شکایتوں اور علامات کی تفصیلات

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: \_\_\_\_\_  
جہاں داخل کرایا گیا اس ہسپتال کا نام اور پتہ: \_\_\_\_\_

II. Reason for Hospitalization: \_\_\_\_\_  
ہسپتال میں داخل ہونے کی وجہ: \_\_\_\_\_

III. Date of disease (first diagnosis/surgery) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
بیماری کی تاریخ (پہلی تشخیص/ سرجری) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (ڈی ڈی / ایم ایم / وائی وائی وائی وائی)

IV. Date and time of admission: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
داخلے کی تاریخ اور وقت: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (ڈی ڈی / ایم ایم / وائی وائی وائی وائی وائی) \_\_\_\_ (24 گھنٹے فارمیٹ میں)

V. Exact diagnosis /condition(s): \_\_\_\_\_  
عین مطابق تشخیص / حالتیں: \_\_\_\_\_

VI. Investigations undergone \_\_\_\_\_  
جن تحقیقات سے گزرنا پڑا: \_\_\_\_\_

VII. Date and time of discharge : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ڈسچارج کی تاریخ اور وقت: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (ڈی ڈی / ایم ایم / وائی وائی وائی وائی وائی) \_\_\_\_ (24 گھنٹے فارمیٹ میں)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s) : \_\_\_\_\_

IX.	ICU Benefit Availed:	Yes	No	Recuperation Benefit availed:	Yes	No
X.	Date and time of Admission into ICU:	____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____:____ (in 24 Hrs format)		_____ (24 گھنٹے فارمیٹ میں)		
XI.	Date & time of Discharge from ICU:	____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____:____ (in 24 Hrs format)		_____ (24 گھنٹے فارمیٹ میں)		

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

علاج یا آپریشن کے دوران یا پہلے لی گئیں مندرجہ ذیل رپورٹیں منسلک ہیں:

- a) Copy of Admission Notes  داخلہ نوٹس کی نقل
- b) Copy of Discharge Summary  خارج خلاصہ کی نقل
- c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill  نقد ادا کیے گئے فائنل ہسپتال بل کی نقل
- d) Any others. Please mention: \_\_\_\_\_ کوئی دیگر تفصیلات، برائے مہربانی بیان کریں

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

(سبھی مندرجہ بالا دستاویزوں کی ہسپتال کے حکام کی معرفت تصدیق ہونے کی ضرورت ہے یا اصل کو ہی ایس ایم کے معرفت تصدیق پرانچ پر دکھانے کی ضرورت ہے)

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

مشورہ لیے گئے ڈاکٹروں اور ہسپتالوں/میڈیک سنٹر کی تفصیلات جہاں لائف یقین دہان موجودہ یا کسی بھی پہلے کی دیگر بیماری کی وجہ سے داخل ہوا۔

Sr. No ترتیب نمبر	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ڈاکٹروں/ہسپتالوں/میڈیکل مرکزوں کے نام	Date of first consultation پہلے مشورے کی تاریخ	Address پتہ	Registration no. of Doctors/ Hospitals ڈاکٹروں/ ہسپتالوں کا رجسٹریشن نمبر	Date of Admission & operation داخلے اور آپریشن کی تاریخ	Date of Discharge خارج کیے جانے کی تاریخ

**5. DECLARATION AND AUTHORISATION:**

اعلان اور اجازت:

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

میں \_\_\_\_\_ سنجیدگی کے ساتھ اعلان اور تصدیق کرتا ہوں کہ اگلے جواب اور بیانات ہر طرح سے مکمل اور درست ہیں۔

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.

میں سنجیدگی سے کسی بھی طبی ڈاکٹر یا ہسپتال یا نرسنگ ہوم یا میڈیکل کلینک جو یا جس نے میرے / لائف یقین دہان کا کسی بھی بیماری یا تکلیف میں شرکت کی یا جانچ کی یا علاج میرے علم اور جانکاری کو میری لائف یقین دہان کی صحت کی حالت ظاہر کرنے کے لیے کیا، جس کو وہ لوگوں نے پی این بی میٹ لائف انڈیا لائف انشورنس کمپنی لیمیٹیڈ، اس کے کسی بھی افسر یا عدالت میں یا کسی بھی شکایت ازالہ فورم، کو پالیسی جاری کرنے سے پہلے یا بعد میں حاصل کیا ہے، کو اس کی وجہ سے تصدیق کرتا ہوں۔ میں اس طرح سے تصدیق کرتا ہوں کہ یہ تصدیق کسی بھی قانون، روایت یا کچھ وقت کے لیے لاگو استعمال، جو کسی بھی ڈاکٹر یا ہسپتال کو کوئی بھی علم یا جانکاری، جو اس کی/ اس کے/ معرفت ایک شخص کی تیمارداری یا جانچ کرنے میں خفیہ رکھنے کی بنا پر حاصل کی ہو کے باوجود ہے۔

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.

اس کے آگے، میں اس طرح کسی بھی انشورنس کمپنی، سرکاری تنظیم، آجر یا دیگر تنظیم، ادارہ کو این بی میٹ لائف انڈیا لائف انشورنس کمپنی لیمیٹیڈ یا اس کے باضابطہ مصدق نمائندوں کو میرے لائف یقین دہان کے بارے میں کوئی بھی ریکارڈ یا علم مصدقہ جاری کرنے کے لیے تصدیق کرتا ہوں۔ میں اس طرح تصدیق کرتا ہوں کہ ایسی جانکاری بنا حد کے میرے لائف یقین دہان کے صحت (سمیت نشیلی دواؤں یا شراح، ایڈز، یا زہریلی اور جسمانی تاریخ، حالت، صلاح یا علاج) آمدنی یا دیگر بیمہ فوائد شامل ہوں گے۔

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.

میں اس طرح اعلان کرتا ہوں کہ میں مندرجہ بالا مصدقوں کو جاری کرنے کے لیے حقدار ہوں۔ میں این بی میٹ لائف انڈیا لائف انشورنس کمپنی لیمیٹیڈ یا اس کے باضابطہ مصدق نمائندوں کو ایسی جانکاری یا کوئی بھی جانکاری جو کمپنی کو اس دعویٰ کو عمل میں لانے اور جانکاری کو دعویٰ کو آگے بڑھانے میں ٹھیک ہو، کو جس طرح سے بھی ٹھیک سمجھا جائے استعمال میں لائے۔

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.

میں/ ہم اس کے ذریعے مزید رضامندی دیتے ہیں، اور پی این بی میٹ لائف کو پی این بی میٹ لائف سے وابستہ یا وابستہ یا مشغول کسی بھی فرد / تنظیم / ادارے تک شامل ہو سکتے ہیں، یا اس سے وابستہ یا مشغول، پی این بی میٹ لائف کے پاس میری جمع کردہ یا دستیاب یا دستیاب کسی بھی ذاتی اور حساس معلومات کو استعمال کرنے، ذخیرہ کرنے، شیئر کرنے، منتقل کرنے اور ظاہر کرنے کا باضابطہ اختیار دیتے ہیں، جس میں شامل ہو سکتا ہے لیکن پی این بی میٹ لائف سے وابستہ یا مشغول ہونے والے کسی بھی فرد / تنظیم / ادارے تک محدود نہیں ہے۔ بشمول ری انشوررز، کلیم تفتیشی ایجنسیاں، وینڈرز اور انٹسٹری ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز، اس کلیم پر کارروائی کرنے کے مقصد سے اور/ یا اس کے بعد کی خدمات فراہم کرنے کے لئے۔

Signature / Thumb impression of the Claimant: \_\_\_\_\_  
دعویدار کے دستخط / انگوٹھے کا نشان:

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
جگہ: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

Signature of the Witness/Declarant: \_\_\_\_\_ Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_  
گواہ / اعلان کنندہ کا دستخط: \_\_\_\_\_ گواہ / اعلان کنندہ کا نام: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
جگہ: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

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

مقامی زبان میں اعلان: (تب دیا جائے گا جب دعویٰ فارم مقامی زبان میں دستخط کیا جائے گا یا دعویدار نے دستخط کی جگہ انگوٹھے کے نشان کا استعمال کیا ہے)

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.

میں نے اس دعویٰ فارم کے مندرجات کی وضاحت دعویدار کو (زبان) \_\_\_\_\_ میں کردی ہے اور یقین دلایا ہے کہ اس کی/ اس کے معرفت مندرجات کو مکمل طور پر سمجھ لیا گیا ہے۔ میں نے دعویدار کے دعویٰ فارم میں ملی جانکاری کے سبب جو ابوں کو درست طریقے سے ریکارڈ کر لیا ہے۔ جو ابوں کو میں نے دعویدار کو پڑھ کر سنا دیا ہے جس کو اس نے تصدیق کردی ہے کہ وہ درست ہیں اور اس کی/ اس کے انگوٹھے کے نشان کو مکمل طور پر سمجھنے کے بعد چسپاں کر دیا ہے۔

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

گواہ / اعلان کنندہ کا دستخط: \_\_\_\_\_ گواہ / اعلان کنندہ کا نام: \_\_\_\_\_

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

پتہ: \_\_\_\_\_

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

جگہ: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_