

## Disability Claim Form অক্ষমতা দাবি ফর্ম

POLICY NUMBER / পলিসি নম্বর

### Important Instructions:

#### গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশাবলী:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

যিনি দাবী জানাচ্ছেন তিনি গোটা গোটা অক্ষরে এটি পূরণ করবেন

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

অনুগ্রহ করে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন, "প্রযোজ্য নয়" (এন/এ) খালি না রেখে উপযুক্ত হিসাবে ব্যবহার করুন।

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

এই নিদর্শে যেখানে সংশোধন/পরিমার্জন করছেন সেখানে কাউন্টার-সাইন করুন।

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

সাক্ষীর স্বাক্ষর বাধ্যতামূলক। সাক্ষী একজন গেজেটেড অফিসার/নোটারি পাবলিক/ম্যাজিস্ট্রেট বা স্থানীয় অবস্থানের ব্যক্তি হতে হবে।

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

যিনি দাবী জানাচ্ছেন তিনি প্রতিটি পাতার নীচের দিকে স্বাক্ষর করবেন।

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.

এই দাবী নিদর্শটি পূরণ করা হলেই যে সেটি আমাদের কোম্পানীর দায়িত্বের মধ্যে পড়বে তা নয়। কোনো এজেন্ট বা অন্য কেউ কোম্পানীর পক্ষ থেকে দায় স্বীকারের জন্য অনুমোদিত নয়।

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

অনুগ্রহ করে নিদর্শটি এবং প্রয়োজনীয় নথিপত্র নিকটতম শাখা কার্যালয়ে বা উপরে উল্লিখিত ঠিকানায় জমা করুন।

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

সম্পূর্ণ পূরণ করা নিদর্শ এবং প্রয়োজনীয় নথিপত্র আপনি যত তাড়াতাড়ি জমা করবেন কোম্পানীর পক্ষ থেকে তত তাড়াতাড়ি প্রসেসিং শুরু করা যাবে।

### CLAIMANT DETAILS:

#### দাবীকারীর বিবরণ:

Name of the Insured: \_\_\_\_\_  
বীমাকৃত ব্যক্তির নাম: \_\_\_\_\_

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

Contact No.: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_  
যোগাযোগ নং: \_\_\_\_\_ ই-মেইল ঠিকানা: \_\_\_\_\_

Bank Account Number of the Claimant\*: \_\_\_\_\_  
(favoring which the claim cheque is to be issued)  
দাবীকারীর ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নং\*: \_\_\_\_\_  
(যে অ্যাকাউন্ট নম্বরের ভিত্তিতে চেক ইস্যু করা হবে)

Name & Address of the Bank\*: \_\_\_\_\_  
ব্যাংকের নাম ও ঠিকানা \*: \_\_\_\_\_

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

#### অবস্থার জন্য বীমাকৃতের চিকিৎসা যে হাসপাতালে/ চিকিৎসকের দ্বারা হয়েছিল তার বিবরণ:

Name of the Doctor: \_\_\_\_\_  
চিকিৎসকের নাম: \_\_\_\_\_

Name of the Hospital: \_\_\_\_\_  
হাসপাতালের নাম: \_\_\_\_\_

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

Contact No.: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_  
যোগাযোগ নং: \_\_\_\_\_ ই-মেইল ঠিকানা: \_\_\_\_\_

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

#### কোন শারীরিক অক্ষমতা প্রযোজ্য সেটি নির্দিষ্ট করুন (পলিসির সংজ্ঞা অনুযায়ী তালিকা করুন):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one eye এক চোখের দৃষ্টি শক্তি হ্রাস	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb এক অঙ্গ ব্যবহারে ক্ষতি	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes দু'চোখের দৃষ্টি শক্তি হারিয়ে
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing শ্রবণশক্তি হ্রাস	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs দুটি অঙ্গ ব্যবহারে ক্ষতি	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye একটি অঙ্গ হারানো এবং একটি চোখের দৃষ্টি শক্তি হ্রাস
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing বাক ও শ্রবণশক্তি হারানো	<input type="checkbox"/> Loss of Speech বক্তৃতা হারানো	

### DETAILS OF ACCIDENT:

#### দুর্ঘটনার বিবরণ:

Cause of Accident: \_\_\_\_\_  
কারণ: \_\_\_\_\_

Date of Accident: \_\_\_\_\_  
দুর্ঘটনার তারিখ: \_\_\_\_\_

Is FIR lodged:  Yes  No  
এফআইআর দায়ের করা হয়েছে:  হ্যাঁ  না

If "yes" please attach the copy of Accident: \_\_\_\_\_  
উত্তর যদি "হ্যাঁ" হয় এফআইআর-এর একটি প্রতিলিপি এর সঙ্গে যুক্ত করুন: \_\_\_\_\_

## HISTORY ইতিহাস

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_  
প্র ম যে তারিখে লক্ষণগুলি দেখা গিয়েছিল: \_\_\_\_\_

Have you ever had the similar condition in past:  Yes  No  
এই অবস্থার অভিজ্ঞতা অতীতে আপনার হয়েছিল  হ্যাঁ  না

(If "yes," state when and provide details): \_\_\_\_\_  
উত্তর যদি "হ্যাঁ" হয় সেখানে উল্লেখ করুন এবং কখন হয়েছিল: \_\_\_\_\_

## PRESENT CONDITION: বর্তমান অবস্থা:

Present symptoms: \_\_\_\_\_  
বর্তমান উপসর্গ: \_\_\_\_\_

Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_  
অনুসন্ধান (বর্তমান এক্স-রে, ইসিজি বা অন্য কোনও বিশেষ পরীক্ষার ফলাফল অন্তর্ভুক্ত): \_\_\_\_\_

## TREATMENT: চিকিৎসা:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: \_\_\_\_\_  
এই কারণের জন্য হাসপাতালে/ চিকিৎসকের কাছে যে তারিখে প্রথম এসেছিলেন: \_\_\_\_\_

OP Number/Hospital No./Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
ওপি নম্বর/ হাসপাতাল নং/ ইন্ডোর পেসেন্ট নং: \_\_\_\_\_

(Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
(শেষবার যে তারিখে দেখিয়েছেন: \_\_\_\_\_ কত সময় অপ্রর দেখাতেন (সাপ্তাহিক/ মাসিক/ অন্যান্য): \_\_\_\_\_

Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
শেষ যে পরীক্ষা হয়েছিল: \_\_\_\_\_

## PROGRESS: অগ্রগতি:

Recovered  Improved  Unimproved  Retrogressed  
উদ্ধার উন্নত অউন্নত পশ্চাদগামী

## DECLARATION: ঘোষণা:

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.

আমি এর দ্বারা ঘোষণা করি যে উপরোক্ত সমস্ত বিবৃতি সত্য এবং সম্পূর্ণ। আমি বুঝতে পারি যে দাবি পত্র টি পিএনবি মেটলাইফ দায় স্বীকার করেনি বা এর কোনও অধিকার মকুব করেনি। আমি এর দ্বারা সেই চিকিৎসক বা হাসপাতালকে অনুমোদন দিই যিনি কোনও অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য আমার উপস্থিত ছিলেন বা পরীক্ষা করেছেন বা চিকিৎসা করেছেন আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে কোনও জ্ঞান বা তথ্য প্রকাশ করার জন্য যা তিনি/তারা পিএনবি মেটলাইফ দ্বারা জারি করা নীতিটির আগে বা পরে অর্জন করতে পারেন।

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.

আমি/আমরা এর দ্বারা আরও সম্মতি, এবং যথাযথভাবে অনুমোদিত, পিএনবি মেটলাইফ পিএনবি মেটলাইফের সাথে যুক্ত বা অনুমোদিত বা সংযুক্ত বা জড়িত কোনও ব্যক্তি / সংস্থা / সত্তার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে তবে আমার কেওয়াইসি নথিতে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে বা পিএনবি মেটলাইফ দ্বারা সংযুক্ত বা নিযুক্ত আমার সংগৃহীত বা উপলব্ধ ব্যক্তিগত এবং সংবেদনশীল তথ্য গুলির কোনও টি ব্যবহার, সঞ্চয়, শেয়ার, স্থানান্তর এবং প্রকাশ করতে পারি, পুনর্বীমাকারী সহ, অনুসন্ধানী সংস্থা, বিক্রোতা এবং শিল্প সমিতি/ ফেডারেশনদাবি করুন, এই দাবি প্রক্রিয়াকরণের উদ্দেশ্যে এবং / অথবা পরবর্তী পরিষেবা প্রদানের জন্য।

Signature/Left Thumb impression of claimant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
স্বাক্ষর/ বাম হাতের বৃদ্ধাঙ্গুলির ছাপ: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

Name & Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
সাক্ষীর নাম ও স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

Address of Witness: \_\_\_\_\_  
সাক্ষীর ঠিকানা: \_\_\_\_\_

Official Seal of the Witness: \_\_\_\_\_  
সাক্ষীর সরকারী সিলমোহর: \_\_\_\_\_

**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.

**দ্রষ্টব্য:** ভারতীয় ভাষায় স্বাক্ষরের নিচে অবশ্যই তাদের ইংরেজি অনুবাদ লিখতে হবে। এছাড়াও ভারতীয় ভাষায় স্বাক্ষরকারী দাবিদারকে ভারতীয় ভাষায় একটি ঘোষণা দিতে হবে যে তিনি উপরোক্ত ফর্মের বিষয়বস্তু সম্পূর্ণরূপে এবং সঠিকভাবে বুঝতে পেরেছেন যা ভারতীয় ভাষায় একজন ইংরেজ বুদ্ধিমান ব্যক্তির দ্বারা ব্যাখ্যা করা হয়েছে, যিনি এই প্রভাবে স্বাক্ষর করবেন। তিনি দাবিদারকে উপরের ফর্মের বিষয়বস্তু সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করেছেন।