

## Disability Claim Form

### असमर्थता दावा फॉर्म

POLICY NUMBER / पॉलिसी संख्या

#### Important Instructions:

##### महत्वपूर्ण निर्देश:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

दावेदार द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाना चाहिए।

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

सभी प्रश्नों के उत्तर दें, उसे खाली छोड़ने के बजाय जहाँ उपयुक्त हो "लागू नहीं" (N/A) का उपयोग करें।

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

फॉर्म में संशोधन/परिवर्तन करने की जगहों पर जवाबी-हस्ताक्षर करें।

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

गवाह के हस्ताक्षर अनिवार्य हैं। गवाह एक राजपत्रित अधिकारी/नोटरी पब्लिक/न्यायाधीश या स्थानीय प्रतिष्ठित व्यक्ति होना चाहिए।

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

दावेदारों को सभी पृष्ठों पर नीचे हस्ताक्षर करने होंगे।

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.

इस दावा फॉर्म को भरने को हमारी कंपनी की ज़िम्मेदारियों की स्वीकृति नहीं समझा जाना चाहिए। किसी भी एजेंट को कंपनी की ओर से किसी ज़िम्मेदारी को स्वीकार करने के लिए न अधिकृत किया गया है और न वह अधिकृत है।  
Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

कृपया निकटतम शाखा कार्यालय या ऊपर दिए गए पते पर फॉर्म और आवश्यक दस्तावेज़ जमा करें।

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

आवश्यक दस्तावेज़ों की शीघ्र और पूर्ण प्रस्तुति कंपनी को जल्द से जल्द दावों पर कार्रवाई करने में सक्षम बनाएगी।

#### CLAIMANT DETAILS:

##### दावेदार का विवरण:

Name of the Insured: _____	बीमाकृत व्यक्ति का नाम: _____
Address: _____	पता: _____
Contact No.: _____	E-mail address: _____
संपर्क नं.: _____	ई-मेल पता: _____
Bank Account Number of the Claimant*: _____	
(favoring which the claim cheque is to be issued)	
दावेदार की बैंक खाता संख्या*: _____	
(यह बताते हुए कि चेक किसके नाम जारी करना है)	
Name & Address of the Bank*: _____	
बैंक का नाम और पता*: _____	

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

##### असमर्थता के लिए बीमाकृत व्यक्ति का इलाज करने वाले चिकित्सक/अस्पताल का विवरण:

Name of the Doctor: _____	चिकित्सक का नाम: _____
Name of the Hospital: _____	अस्पताल का नाम: _____
Address: _____	पता: _____
Contact No.: _____	E-mail address: _____
संपर्क नं.: _____	ई-मेल पता: _____

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

स्पष्ट करें कि कौन-सी असमर्थता लागू होती है (पॉलिसी की परिभाषाओं के अनुसार सूचीबद्ध करें):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one eye एक आँख से दिखाई न देना	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb एक अंग न चलना	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes दोनों आँखों से दिखाई न देना
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing बहरापन	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs दो अंग न चलना	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye एक अंग न चलना और एक आँख से दिखाई न देना
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing सूनापन और बहरापन	<input type="checkbox"/> Loss of Speech सूनापन	

#### DETAILS OF ACCIDENT:

##### दुर्घटना का विवरण:

Cause of Accident: _____	दुर्घटना का कारण: _____
Date of Accident: _____	दुर्घटना की तिथि: _____
Is FIR lodged: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	क्या FIR दर्ज की गई है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
If "yes" please attach the copy of Accident: _____	
यदि "हाँ" तो कृपया दुर्घटना की प्रतिलिपि संलग्न करें: _____	

**HISTORY****इतिहास**

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_  
पहली बार लक्षण दिखाई देने की तिथि: \_\_\_\_\_

Have you ever had the similar condition in past:  Yes  No  
क्या आपने पहले कभी इससे मिलती-जुलती अवस्था का सामना किया है:  हाँ  नहीं

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

(यदि "हाँ" तो यह बताएं कि कब और विवरण दें): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PRESENT CONDITION:****वर्तमान अवस्था:**

Present symptoms: \_\_\_\_\_  
वर्तमान लक्षण: \_\_\_\_\_

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

निष्कर्ष (वर्तमान एक्स-रे, ईसीजी या किन्हीं अन्य विशेष परीक्षणों के परिणाम शामिल करें): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TREATMENT:****इलाज:**

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: \_\_\_\_\_  
इस संबंध में अस्पताल/चिकित्सक के साथ पहली मुलाकात की तिथि: \_\_\_\_\_

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
OP संख्या/अस्पताल सं./आंतरिक रोगी सं.: \_\_\_\_\_

(Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
अंतिम मुलाकात की तिथि: \_\_\_\_\_ मुलाकातों की आवृत्ति (साप्ताहिक/मासिक/अन्य): \_\_\_\_\_

Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
अंतिम जाँच की तिथि: \_\_\_\_\_

**PROGRESS:****प्रगति:**

Recovered  Improved  Unimproved  Retrogressed  
स्वस्थ बेहतर कोई सुधार नहीं ज्यादा बीमार

**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.

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दिए गए सभी बयान सही और पूर्ण हैं। मैं यह समझता/समझती हूँ कि दावा फॉर्म पर कार्रवाई करने में PNB MetLife ने जिम्मेदारी स्वीकार नहीं की है या अपने कोई अधिकार नहीं छोड़े हैं। मैं एतद्वारा उस चिकित्सक या अस्पताल को, जिसने किसी विकार या रोग के लिए मेरी देखभाल या जाँच की या मेरा इलाज किया है, मेरी स्वास्थ्य स्थिति के बारे में किसी भी बात या जानकारी का खुलासा करने का अधिकार देता/देती हूँ, जो उन्हें PNB MetLife द्वारा जारी करने से पहले या उसके बाद प्राप्त हुई हो।

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.

मैं/हम एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/हमारे द्वारा एकत्रित या पीएनबी मेटलाइफ के पास उपलब्ध किसी भी व्यक्तिगत और संवेदनशील जानकारी का उपयोग करने, स्टोर करने, साझा करने, स्थानांतरित करने और प्रकट करने के लिए आगे सहमति देते हैं, और विधिवत अधिकृत करते हैं (चाहे इस दस्तावेज़ में निहित हो या अन्यथा प्राप्त किया गया हो) जिसमें इस दावे को संसाधित करने के उद्देश्य से पुनर्बीमाकर्ताओं, दावा जांच एजेंसियों, विक्रेताओं और उद्योग संघों/संघों सहित पीएनबी मेटलाइफ से संबद्ध या संबद्ध या उससे जुड़े किसी भी व्यक्ति/संगठन/संस्था के लिए मेरे केवाईसी दस्तावेज़ शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन्हें तक सीमित नहीं है। या बाद में सेवाएं प्रदान करने के लिए।

Signature/Left Thumb impression of claimant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
दावेदार के हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

Name & Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
गवाह का नाम और हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

Address of Witness: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

गवाह का पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Official Seal of the Witness: \_\_\_\_\_  
गवाह की आधिकारिक मुहर: \_\_\_\_\_

**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.

**नोट:** भारतीय भाषाओं में हस्ताक्षर के नीचे उसका अंग्रेजी अनुवाद लिखा जाना चाहिए। इसके अतिरिक्त किसी भारतीय भाषा में हस्ताक्षर करने वाले दावेदार को भारतीय भाषा में एक घोषणा करनी होगी कि वह उपरोक्त फॉर्म की सामग्री पूरी तरह और उचित ढंग से समझ चुका/ चुकी है जैसे अंग्रेजी जानने वाले किसी ऐसे व्यक्ति ने उसे वह समझाई है, जिसे इसके संबंध में हस्ताक्षर भी करने होंगे कि उसने दावेदार को उपरोक्त फॉर्म की सामग्री पूरी तरह समझा दी है।