

**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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

**पीएनबी मेटलाईफ इंडिया इश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड**

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117

CI No. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ईमेल: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल,

टैकनीप्लेक्स - 1, टैकनीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062, फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

## 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. Countersign where amendments/alterations are made in the form.

सभी प्रश्नों के उत्तर दें, उसे खाली छोड़ने के बजाय जहाँ उपयुक्त हो "लागू नहीं" (N/A) का उपयोग करें। 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. CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

गवाह के हस्ताक्षर अनिवार्य हैं। गवाह एक राजपत्रित अधिकारी/नोटरी पब्लिक/न्यायाधीश या स्थानीय प्रतिष्ठित व्यक्ति होना चाहिए। 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: \_\_\_\_\_  
डॉक्टर 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 कक कौन-सी असमर्थता लागू होती है (पॉडलसी की पररभाषाओं के अनुसार सूचीबद्ध करें):**

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

**Note:** In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability

**नोट:** दुर्घटना के कारण होने वाली अशक्तता के लिए, कृपया दुर्घटनाजन्य अशक्तता के लिए उपलब्ध अतिरिक्त चिकित्सक का प्रमाणपत्र भरें

**DETAILS OF ACCIDENT:**

**दुर्घटना का विवरण:**

Cause of Accident: \_\_\_\_\_  
दुर्घटना का कारण: \_\_\_\_\_

Date of Accident: \_\_\_\_\_  
दुर्घटना की तारीख: \_\_\_\_\_

Is FIR lodged:  Yes  No  
क्या FIR दजा की गई है:  हाँ  नहीं

If "yes" please attach the copy of Accident: \_\_\_\_\_

यकद "हाँ" तो कृपया दुर्घटना की प्रकृतिकतलडड संलग्न करें: \_\_\_\_\_

## HISTORY

### इडतहास

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_

पहली बार लक्षण कदखाई देने की डतडथ: \_\_\_\_\_

Have you ever had the similar condition in past:  Yes  No

क्या आपने पहले कभी इससे डडलती-डुलती अवस्था का सामना ककया है: हाँ नहीं

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

(यकद "हाँ" तो यह बताएं कक कब और डडवरण दें): \_\_\_\_\_

## PRESENT CONDITION:

### वतडडडन अवस्था:

Present symptoms: \_\_\_\_\_

वतडडडन लक्षण: \_\_\_\_\_

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

डनककषा (वतडडडन ँकस-रे, ईसीजी या ककनहीं अन्य डडवशेष परीक्षणों के पररणडड शाडडल करें): \_\_\_\_\_

## TREATMENT:

### इलाज:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: \_\_\_\_\_

इस संबंघ अस्पताल/डकककत्सक के साथ पहली डुलाकात की डतडथ: \_\_\_\_\_

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_

OP संख्या/अस्पताल सं./आंतररक रोगी सं.: \_\_\_\_\_

Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_

अडतडड डुलाकात की डतडथ: \_\_\_\_\_ डुलाकातों की आवृडत (सडडडडहक/डडडसक/अन्य): \_\_\_\_\_

Date of Last examination: \_\_\_\_\_

अडतडड डऑक की डतडथ: \_\_\_\_\_

## PROGRESS:

### डुगडत:

Recovered  
स्वस्थ

Improved  
बेहतर

Unimproved  
कोई सुधार नहीं

Retrogressed  
ज्यादा बीडडर

## 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.

डैं ँतददुवारा घोषणा ककता/ककती हऑ कक ऊपर कदए गए सभी वडडडन सही और डुूण हऑ। डैं यह सडडडतड/सडडडतडी हऑ कक दावा डऑडड पर ककडडडई ककने डें PNB MetLife ने डडडडडडरी स्वीकडर नहीं की है या अपने कोई अडडकडर नहीं डुडे है। डैं ँतददुवारा उस डकककत्सक या अस्पताल को, डडडडने ककसी डडडकडर या रोग के डलए डेरी डेखडडल या डऑक की या डेरा इलाज ककया है, डेरी स्वडसुड डडडडडत के वारे डें ककसी भी वडत या डडनककरी का डुलडसा ककने का अडडकडर डेता/डेती हऑ, जो उनहें PNB MetLife डुवारा डडरी ककने से पहले या उसके वडड डडड हई 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.

डैं/हड ँतदुवारा डीएनवी डेटलडडफ को डेरी/हडडरे डुवारा ँकडरत या डीएनवी डेटलडडफ के डडस डडलडड ककसी भी वडडरतग और संवेडनशील डडनककरी का डडडडड ककने, स्टोर ककने, सडडड ककने, स्थडनडंतररत ककने और डककड ककने के वलए आगे सडडडत डेते हैं, और वडडडडडत वडडडडडत ककने हैं (कडहे इस डडडडडडडड डें वडनवडत हो या अन्यथा डडडस ककया गया हो) वडडडडडडडड इस दावे को संसावडत ककने के डुडुडडड से डुनवीडडडककतडऑ, दावा डऑक ँडुडडडडड, वडडडडडडडड और डडडडडड संघों/संघों सडडडड डीएनवी डेटलडडडड से संवडडड या संवडडड या उससे डुडे ककसी भी वडडरत/संगठन/संस्था के वलए डेरे केवडडसी डडडडडडड शडडडडल हो सकते हैं, लेककन इनहीं तक सीवडत नहीं है। या वडड डें सेवडड डडडड ककने के वलए।

Signature/Left Thumb impression of claimant: \_\_\_\_\_

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

दावेडडर के हस्ताकडर/वडड अंगुठे का डडनशडन: \_\_\_\_\_

डडनडक: \_\_\_\_\_

Name & Signature of Witness: \_\_\_\_\_

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

गवडह का डडड और हस्ताकडर: \_\_\_\_\_

डडनडक: \_\_\_\_\_

Address of Witness:

गवडह का डडत:

Official Seal of the Witness:

गवडह की आडडकडरक डुहर:

**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:** डडरतडी डडडडडडडड डें हस्ताकडर के नीचे उसका अंगुठे डडडड डलखड कडनड। इसके अडडररक ककसी डडरतडी डडडड डें हस्ताकडर ककने वडले दावेडडर को डडरतडी डडडड डें ँक घोषणा ककनी होगी कक वह डडररक डऑडड की सडडडडी डुडी तरह और डडडड डडड से सडडड डुका/ डुकी है जैसे अंगुठे डडनने वडले ककसी ँसे वडडड डे उसे वह सडडडड है, डडडडड इसके संबंघ डें हस्ताकडर भी ककने होंगे कक उसने दावेडडर को डडररक डऑडड की सडडडडी डुडी तरह सडडड डी है।