

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्रमांक 701, 702 व 703, सातवा मजला, पश्चिम विंग (बाजू), रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001 कर्नाटक. आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117.

सीआय क्रमांक U66010KA2001PLC028883. टोल फ्री क्रमांक U66010KA2001PLC028883 वर आमच्याशी संपर्क करा, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in किंवा आमच्या पत्त्यावर लिहा - पिहला मजला, टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायावर, गोरगाव (पश्चिम), मुंबई - 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

रुग्णालय रोख लाभ दावा अर्ज

**To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)
प्रधान विमाधारकाने पूर्ण करायचे (सेल्फ व मायनर लाइफकरिता) व अनुषंगिक विमाधारक (सेल्फकरिता)**

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

नोंद: कृपया सर्व कागदावर तळाळा स्वाक्षरी करणे

General instructions:

सर्वसाधारण सूचना:

- 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.
दावा अर्जातल्या प्रश्नांना उत्तरे देताना व दाव्याबाबत अन्य माहिती देताना, दावेदाराने सर्व ऐहिक वस्तुस्थितीचा पूर्णतः व प्रंजळ खुलासा करावा.
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.
पॉलिसी अंतर्गत असलेल्या सर्व लाभांचा उपभोग घेण्याकरिता, कृपया पॉलिसी दस्तऐवज काळजीपूर्वक वाचा.
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
दावा अर्जात केलेल्या सर्व बदलांच्या शेजारी योग्य रीतीने पूर्ण प्रतिहस्ताक्षर करणे आवश्यक आहे.
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
जर पुरवलेली जागा अपुरी असेल तर कृपया या अर्जा सोबत जोपत्र जोडा.
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.
दाव्याची प्रक्रिया लवकरात लवकर होण्याकरिता कृपया दावा अर्जा सोबत आवश्यक दस्तऐवज जोडा.
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.
दाव्याच्या प्रक्रियेकरिता लागणारा अतिरिक्त पुरावा मागण्याचा हक्क कंपनीने राखलेला आहे.
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.
भरलेल्या अर्जाला आम्ही योग्यरीत्या पोहोच दिली याचा अर्थ कंपनीने दाव्याची जबाबदारी स्वीकारली असा होत नाही.
- (*) Mandatory fields
(*) आवश्यक जागा

1. Particulars of Life Assured:

विमाधारकाचा तपशील:

Policy Number*: _____
पॉलिसी क्रमांक*: _____
Name of the Life Assured*: _____
विमाधारकाचे नाव *: _____
Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life): _____
प्रधान विमाधारकाचे नाव (जर विमाधारक मायनर लाइफ किंवा अनुषंगिक (सेकंडरी) लाइफ असेल तर): _____
Date of Birth: _____ Sex: Male Female
जन्म तारीख: _____ लिंग: पुरुष स्त्री
Address: _____
पत्ता: _____
Tel/Mobile number: _____ Email: _____
दूरध्वनी/मोबाइल क्रमांक : _____ ई-मेल आयडी: _____
Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes No
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
तुम्हाला भुगतान प्रधान विमाधारकाच्या नावे करायचे आहे काय: होय नाही
जर विमाधारक हा अनुषंगिक (सेकंडरी) विमाधारक असेल
Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*: _____
दावेदार/प्रधान विमाधारक (जसे लागू असेल) बँक खाते क्रमांक.*: _____
Name of the Bank, Address*: _____
बँकेचे नाव, पत्ता*: _____

2. Particulars of Complaints and Symptom

तक्रार व लक्षणे यांचा तपशील

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: _____
दाखल केलेल्या रुग्णालयाचे नाव, पत्ता व संपर्क तपशील: _____
II. Reason for Hospitalization: _____
रुग्णालयात भरती होण्याचे कारण: _____
III. Date of disease (first diagnosis/surgery): ___/___/____ (DD/MM/YYYY)
आजाराची तारीख (पहिल्या रोगनिदान / शस्त्रक्रिया) ___/___/____ (24 तासांचा फॉर्मॅट)
IV. Date and time of admission: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)

दाखल होण्याची तारीख व वेळ: ___/___/____ (दिदि/मम/वववव) ___:___ (24 तासांचा फॉर्मॅट)

V. Exact diagnosis /condition(s): _____
अचूक रोगनिदान / स्थिती: _____

VI. Investigations undergone: _____
झालेल्या तपासण्या / चाचण्या: _____

VII. Date and time of discharge: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
बाहेर पडण्याची तारीख व वेळ: ___/___/____ (दिदि/मम/वववव) ___:___ (24 तासांचा फॉर्मॅट)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s): _____
_____ _____ _____ _____
नियोक्तांचा व्यवसाय, पत्ते व दूरध्वनी क्रमांकाचा तपशील: _____

IX. ICU Benefit Availed: Yes No Recuperation Benefit availed: Yes No
आयसीयूचा लाभ घेतला काय: होट नाही रोगमुक्तीचा लाभ घेतला का: होट नाही

X. Date and time of Admission into ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
आयसीयूमध्ये दाखल होण्याची तारीख व वेळ: ___/___/____ (दिदि/मम/वववव) ___:___ (24 तासांचा फॉर्मॅट)

XI. Date & time of Discharge from ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
आयसीयूमधून बाहेर पडण्याची तारीख व वेळ: ___/___/____ (दिदि/मम/वववव) ___:___ (24 तासांचा फॉर्मॅट)

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

औषधोपचार किंवा शस्त्रक्रिया करण्याच्या आधी किंवा करताना घेतलेले पुढील अहवाल वदस्तऐवज जोडलेले आहेत:

a) Copy of Admission Notes

प्रेवश टीप (नोट्स) ची प्रत

b) Copy of Discharge Summary

डिस्चार्ज सारांशाची प्रत

c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill

रुग्णालयाच्या अंतीम रोख भरलेल्या बिलाची प्रत

d) Any others. Please mention: _____

अन्य काही, कृपया नमूद करा: _____

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

(वरील सर्व दस्तऐवज रुग्णालयाच्या अधिकाऱ्यांनी साक्षात्कृत केलेले असले पाहिजेत किंवा मूळ दस्तऐवज शाखेत बीएसएमने सत्यापन करण्याकरिता हजर करण्याची गरज आहे)

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

सध्याच्या किंवा कुठल्याही पूर्वीच्या आजारकारिता ज्या डॉक्टरांशी सल्लामसल्लत केले व ज्या रुग्णालय / वैद्यकीय केंद्रात विमाधारकावर उपचार झाले त्यांचा तपशील

Sr. No.	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres	Date of first consultation	Address	Registration no. of Doctors/ Hospitals	Date of Admission & operation	Date of Discharge
अनुक्रमांक	चिकित्सक (डॉक्टर) / रुग्णालय / वैद्यकीय केंद्राचे नाव	पहिल्या सल्लामसल्लतीची तारीख	पत्ता	चिकित्सक(डॉक्टर) / रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक	दाखल होण्याची/शस्त्रक्रियेची तारीख	बाहेर पडण्याची तारीख

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:

घोषणा व मुखत्यारी:

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

मी _____ गंभीरतापूर्वक घोषित करते व पुष्टी देतो की, मागील उत्तर व विधाने सत्य व सर्व प्रकारे पूर्ण आहेत.

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.

मी ह्या द्वारे चिकित्सक (डॉक्टर) किंवा रुग्णालय किंवा सूर्यका केंद्र किंवा वैद्यकीय केंद्र, ज्यांनी माझ्या/विमाधारकाच्या कुठल्याही दुखणे किंवा आजारकाडे लक्ष दिले, औषधोपचार केले त्यांना मुखत्यारी देतो की, त्यांना माझ्या / विमाधारकाच्या आरोग्य स्थितीबाबत ज्ञान, माहिती, उपलब्ध असेल जी त्यांना पॉलिसी जारी करण्याआधी किंवा नंतर अवगत झाली असेल ती त्यांनी पीएनबी मेटलाइफ इंडिया विमा कंपनी लिमिटेड, त्यांची कार्यालये किंवा न्यायालय किंवा तक्रार निवारण चर्चापीठ यांना सांगायला हरकत नाही.

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.

पुढे मी ह्या द्वारे अन्य विमा कंपनी, सरकारी संघटना, नियोक्ता, इतर संघटना, संस्था किंवा व्यक्ती यांना मुखत्यारी देतो की, त्यांनी माझी /विमाधारकाची माहिती, ज्ञान पीएनबी मेटलाइफ इंडिया विमा कंपनी लिमिटेड, त्यांचे अधिकृत केलेले प्रतिनिधी यांना सांगायला हरकत नाही. मी ह्याद्वारे पुस्ती देतो की अशा कुठल्याही माहितीत कुठलाही निबंध न ठेवता माझ्या / विमाधारकाच्या आरोग्यबाबत माहिती (ड्रग्सचा वापर, मद्य, एडम्, मानसिक व शारीरिक इतिहास, स्थिती, सल्ला किंवा उपचार यांचा यमावेश), मिळकत किंवा इतर विमा लाभ यांचा समावेश असेल.

I hereby declare that I am entitled to make the above authorizations. I also agree to render help to P N B 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.

मी ह्याद्वारे घोषित करतो की, मला वरील मुखत्यारी करण्याचा अधिकार / हक्क आहे. मला हेही कबूल आहे की, मी पीएनबी मेटलाइफ इंडिया विमा कंपनी लिमिटेड किंवा ल्येच योग्यरीतीने अधिकृत केलेले प्रतिनिधी यांना मदत करेन, ही माहिती गोळा करायला किंवा कुठलीही माहिती गोळा करायला ज्या माहितीची कंपनीला दाव्याची प्रक्रिया करायला मदत होईल व ज्या प्रकारे त्यांना बरोबर वाटेल त्याप्रकारे त्यांना ही माहिती दावा पुढे नेण्याकरिता वापरता येईल.

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.

मी/आम्ही याद्वारे पुढील संमती देतो, आणि योग्य प्रकारे अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफ ने पीएनबी मेटलाइफशी संबंधित किंवा संलग्न किंवा संलग्न असलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक / संस्था / संस्थेशी संबंधित किंवा संलग्न असलेल्या माझ्या केवायसी कागदपत्रांपुरता मर्यादित असू शकतो, ज्यात माझी कोणतीही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहिती / पीएनबी मेटलाइफ / आमच्या संग्रहित किंवा उपलब्ध असलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा वापर, स्टोअर, शेअर, हस्तांतरण आणि खुलासा करण्यासाठी अधिकृत केले आहे, या दाव्यावर प्रक्रिया करण्याच्या उद्देशाने आणि / किंवा त्यानंतरच्या सेवा प्रदान करण्यासाठी पुनर्विमा कंपनी, दावा तपास संस्था, विक्रेते आणि उद्योग संघटना/महासंघ यांचा समावेश आहे.

Signature / Thumb impression of the Claimant: _____

दावेदाराची स्वाक्षरी /अंगठ्याचा ठसा: _____

Place: _____ Date: _____

मघाठ: _____ तारीख: _____

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____
साक्षीदार/घोषणाकर्त्याची स्वाक्षरी: _____ साक्षीदाराचे नाव: _____
Place: _____ Date: _____
स्थळ: _____ तारीख: _____

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

मातृभाषा घोषणा: (जर दावा अर्जावर मातृभाषेत सही केली असेल किंवा सही ऐवजी अंगठ्याचा ठसा दिला असेल तर ही घोषणा)

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.

मी ह्या दावा अर्जाचा मजकूर दावेदाराला _____ (भाषेत) समजाला आहे व दावेदाराला तत्सम समजला आहे याची खात्री केली आहे. मी ह्या दावा अर्जात विचारलेल्या माहितीनुसार दावेदाराने दिलेल्या उत्तरांची नोंद केली. मी ती उत्तरे दावेदाराला वाचून दाखवली, त्याने / तीने मान्य केले की, उत्तरे योग्य आहेत. त्यानंतर मजकूर संपूर्ण समजल्यावर अंगठ्याचा ठसा दिला आहे.

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____
साक्षीदार / घोषणा करणाऱ्याची स्वाक्षरी _____ साक्षीदाराचे / घोषणा करणाऱ्याचे नाव _____

Address: _____
पत्ता: _____

Place: _____ Date: _____
स्थळ: _____ तारीख: _____