

## Milkar life aage badhaein

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: <a href="www.pnbmetlife.com">www.pnbmetlife.com</a>, Email: <a href="mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in">indiaservice@pnbmetlife.co.in</a> 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

ପିଏନ୍ଡି ମେଟ୍ଲାଇଫ୍ ଇଞ୍ଜିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପର୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ଯୁନିତ୍ୱ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଞ୍ଜିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଚାଖାର୍ସ, 26/27 ଏମ୍ ଡି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଚକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଭରୟନ କର୍ତ୍କୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117, ସିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁକ୍ତ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ

1ମ ମହଳା, ଟେକ୍କିପ୍ଲେକ୍ଟ - 1, ଟେକ୍କିପ୍ଲେକ୍କ ଜଣ୍ଲେକ୍କ, ଅଫ୍ ବୀର ସଭରକର୍ ଫ୍ଲାଏଓଭର୍, ଗୋରେଗାଁ (ପର୍ତ୍ତିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫ୍ୟାକ୍କ: +91-22-41790203

	ility Claim Form												
ଅସାମର୍ଥ୍ୟ	। (ବିକଳାଙ୍ଗତା) ଦାବିପତ୍ର												
	, , _												
	POLICY NUMBER / ପଲିସି ନମ୍ବର												
Important Instructions:													
ଗୁ <u>ତ୍ୱତ୍ୱର୍ଣ୍ଣ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ:</u> To be completed by the claimant in BLOCK letters													
କୁକଲେଟର୍ (ବଡ଼ ଅକ୍ଷର)ରେ ବାବିବାରଙ୍କ ହାରା ପୂରା କରାଯିବ													
Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. ଦୟାକରି ସବୁ ପ୍ରଶ୍ୱର ଉତ୍ତର ଦିଅନୁ । ଏହାକୁ ଖାଲି ଛାଡ଼ିବା ପରିବର୍ତ୍ତେ "ପ୍ରଯୁକ୍ୟ ନୁହେଁ" ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତୁ ।													
Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.													
ଫର୍ମରେ ସଂଶୋଧନ/ପରିବର୍ତ୍ତନ କରାଯାଇଥିବା  ଛାନରେ ପ୍ରତିସ୍କାକ୍ଷର କରବୃ ।													
Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing. ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ବାଧତାମୂଳକ ଅଟେ। ସାକ୍ଷୀ ଗେକେଟେତ୍ ଅଫିସର/ଆଇନଗତ ଅଧିକାର ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି/ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ କିମ୍ବା ଛାନୀୟ ଛାୟୀ ବ୍ୟକ୍ତି ହେବା ଉଚିତ୍ ।													
CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM ତଳେ ସବୁ ପୃଷ୍ପରେ ବାବିବାର ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିବା ଉଚିତ୍।													
The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our C ଏହି ଦାବି ପତ୍ର ପୂରଣ କରିବାରେ ଆମ କମ୍ପାନୀର ବେୟତା ସ୍ୱୀକାରୋକ୍ତି ଭାବରେ ବାଖ୍ୟା କରାଯିବ ନାହିଁ । କୌଣସି ଏ				abilities	on be	half o	of the C	ompan	y.				
Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address	mentioned above.												
ବୟାକରି ନିକଟତମ ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ କିମ୍ବା ଉପର ଉଲ୍ଲେଖିତ ଠିକଶାରେ ଫର୍ମ ଓ ଆବଶ୍ୟକ ଦ୍ରବ୍ୟ ଜମା କରନ୍ତୁ । Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest. ଆବଶ୍ୟକ ଦ୍ରବ୍ୟର ଶୀଘ୍ର ଓ ସମ୍ପର୍ଷ ସମର୍ପଣ ଶୀଘ୍ରତାରେ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ସକ୍ଷମ ହେବ ।													
CLAIMANT DETAILS: ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବରଶୀ:													
Name of the Insured:													
ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ:											_		
Address:													
ଠିକଣା:													
Contact No.:	-mail address:												
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ.:	ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା:												
Bank Account Number of the Claimant*:													
(favoring which the claim cheque is to be issued)													
ଦାବିଦାରଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାଡା ନମ୍ବର*:													
(ପୋଷକତା କରୁଥିବା କ୍ଲେମ୍ ଚେକ୍ ଜାରି ହେବାକୁ ଅଛି)													
Name & Address of the Bank*:													
ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ ଓ ଠିକଣା*:													
DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABLITY: ବିକଳାଙ୍ଗତା ପାଇଁ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଚିକିସା କରିଥିବା ଡାକ୍ତର/ହୟିଟାଲର ବିବରଣୀ:													
Name of the Doctor:													
ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ:													
Name of the Hospital:													
ହସ୍ୱିଟାଲର ନାମ:													
Address:													
ଠିକଣା:													
Contact No.:	E-mail address:												
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ.:	ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା:												
SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions): ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଯେଉଁ ବିକଳାଙ୍ଗତା ପ୍ରଯୁଦ୍ଧ୍ୟ ଅଟେ (ପଲିସି ସଂଜ୍ଞା ଅନୁସାରେ ତାଲିକା କରନ୍ତୁ):													
☐ Loss of sight of one Eye ☐ Loss on use of a	one Limb	0	Loss of s	ight of h	ooth th	16 6/4	25						
ଗୋଟିଏ ଆଖିର ଦୃଷ୍ଟିଶକ୍ତି ହରାଇବା ଗୋଟିଏ ଅଙ୍ଗର ଉସ			ଉଭୟ ଆଖ	_			3						
• •													
□ Loss of Hearing □ Loss of use of to			Loss of o						S 001	201			
ଶ୍ରବଣ ଶକ୍ତି ହରାଇବା	ଯାଗ ହରାଇବା		ଗୋଟିଏ ଅ	<u>መ</u> ር ኧ.ዖሃ! <i>ጮ</i> የ	(a) 1/a,	Polle	.ଏ ଆର୍ଷ୍ଟ	୬ ନ୍ୟକୃତାକ୍	ነ አለባ	0(,0,1			
□ Loss of speech and hearing □ Loss of Speech													
ବାକଶକ୍ତି ଓ ଶ୍ରବଶ ଶକ୍ତି ହରାଇବା ବାକଶକ୍ତି ହରାଇବା													
DETAILS OF ACCIDENT: ବୂର୍ଘଟଶାର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ:													
Cause of Accident:													
ଦୁର୍ଘଟଣାର କାରଣ:													
Date of Accident:													
ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ:													
Is FIR lodged: ☐ Yes ☐ No													
ଏଫଆଇଆର ରୁକୁ ହୋଇଥିଲା କି: ହଁ ନା													
If "yes" please attach the copy of Accident:													

ଯଦି "ହଁ" ଦୁର୍ଘଟଶାର ପ୍ରତିଲିପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ:

HISTORY ଇତିହାସ				
Date of appearance of first symptoms:				
ପ୍ରଥମ ଲକ୍ଷଣ ଦେଖାଯିବାର ତାରିଖ:				
Have you ever had the similar condition in past: ଅତୀତରେ ଆପଣଙ୍କର ଏହି ସଦ୍ଶ ଅବସ୍ଥା ଥିଲା କି:	☐Yes ☐↑ ° ° °	No ନା		
(If "yes," state when and provide details):"		wi		
(यय हे, पूहकु उपाउठउपडाग उ उद्या प्रपात पाठाद्यात)				
PRESENT CONDITION: ବର୍ତ୍ତମାନ ଅବସ୍ଥା:				
Present symptoms:				
ବର୍ତ୍ତମାନ ଲକ୍ଷଣ: Findings (include results of current X-rays, ECGs o				
ନିଷର୍ଷ (ବର୍ତ୍ତମାନ ଏକ୍ସ-ରେ, ଇସିଜି ଏବଂ କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବିଶେଷ	ଯାଞ୍ଚର ଫଳାଫଳ ଅନ୍ତଭୁକ୍ତ ଅଟେ):			
TREATMENT: ଚିକିସା:				
Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard				
ଏହି ସମ୍ବଦ୍ଧରେ ହସିଟାଲ/ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ପ୍ରଥମ ଚିକିହା ପାଇଁ ସାକ୍ଷାତ ହ	<u> </u>			
OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: ଓପି ନମ୍ବର/ଡାକ୍ତରଖାନା ନଂ/ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିବା ରୋଗୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା.				
Date of last visit:				
ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ଶେଷ ସାକ୍ଷାତ କରିବାର ତାରିଖ:	ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ସାକ୍ଷାତ କରିବାର ଆବୃ୍ଦ	ତ୍ତି (ସାପ୍ତାହିକ/ମାସିକ/ଅନ୍ୟାନ୍ୟ):		
Date of Last examination:				
ଶେଷ ପରୀକ୍ଷା କରିବାର ତାରିଖ:				
PROGRESS: ପ୍ରଗତି:				
Recovered	☐ Improved	Unimproved	☐ Retrogressed	
ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଲାଭ ହୋଇଛି	ଉନ୍ନତି ହୋଇଛି	ଅବନତି ହୋଇଛି	ପଣ୍ଟାଦଗାମୀ ହୋଇଛି	
DECLARATION: ଘୋଷଣା:				
I do hereby declare that all the above statements	are true and complete. I understand	d that in furnishing claim form PNB MetLife has r	not admitted liability or waived any of its rights. I hereby a	authorize
the physician or hospital who has attended upon acquired whether before or after the policy was is		ailment or illness to divulge any knowledge or i	nformation regarding my state of health which he/they n	nay have
	•	<b>ଦ୍ୟୁ</b> ଦାବି ପ୍ରଦାନ କରିବାରେ ଏହାର କୌଣସି ଅଧିକାରର ଦେଣ	୍ୱାତା କିମ୍ବା ତ୍ୟାଗ ସ୍ୱୀକାର କରି ନାହିଁ। ମୁଁ ଏହାଦ୍ୱାରା ଚିକିସକ ଏବଂ ଡାକ୍ତରଖାନ	ନାକୁ କ୍ଷମତ
ପ୍ରଦାନ କରୁଛି ମୋ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥା ସମ୍ବନ୍ଧରେ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା	ପ୍ରକାଶ କରି ପାରତ୍ତି ଯିଏ କୌଣସି ଯନ୍ତ୍ରଣା କିମ୍ବା	ରୋଗ ପାଇଁ ମୋତେ ଚିକିହା କରିଛନ୍ତି ଯେପରିକି <b>ପିଏନବି ମେଟ</b>	<mark>ଲାଇଫ୍</mark>	
MetLife (whether contained in this document or	obtained otherwise) which may incl	lude but not limited to my KYC documents to an	ensitive information of mine/our collected or available v y individual / organization / entity associated or affiliated urpose of processing this claim and / or for providing sub	d with o
ମୁଁ / ଆଞ୍ଜେ ଏଡଦ୍ୱାରା ଆହୁରି ମଧ୍ଯ ସମ୍ମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ ଯେ ବି			ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥୁବା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥ। ହାସଲ କ	
ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରପ୍ରକାଶ) କରବାକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛୁ, ଯାହାକ ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ଭେଶ୍ତର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସ			ର, ତାହାର କେଥି।ଇସି ଦଲିଲ୍ ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନର୍ଭୁଙ୍କ କରେ ପୁନଃ ବ	କ୍ୟାମାକ ।ରୀ
Signature/Left Thumb impression of claimant:		Date:		
ଦାବିଦାରଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ବାମ ହାତ ଟିପ ଚିହ୍ନ:		ତାରିଖ:		
Name & Signature of Witness:		Date:		
ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷର:		ତାରିଖ:		
Address of Witness:				
ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଠିକଣା:				
Official Seal of the Witness:				
ସାକ୍ଷୀଙ୍କର ସରକାରୀ ମୋହର:				
			nguage should give a declaration in the Indian language t erson who shall also sign to the effect that he has fully exp	

 $the\ contents\ of\ the\ above\ form\ to\ claimant.$ 

**ନୋଟ୍:** ଭାରତୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ପାକ୍ଷରଗୁଡ଼ିକର ଇଂରାଜୀ ଅନୁବାଦ ତଳେ ଲେଖା ହେବା ଉଚିତ୍ । ଏହା ଅତିରିକ୍ତ ଦାବିଦାର ଭାରତୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିବା ଭାରତୀୟ ଭାଷାରେ ଏକ ଘୋଷଣାଙ୍କର ପତ୍ର ଦେବା ଉଚିତ୍, ସେ ସମ୍ପୂର୍ଷ ଭାବରେ ଉପର ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ଇଂରାଜୀ ଜାଣିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ହାରା ଏକ ଭାରତୀୟ ଭାଷାରେ ତାଙ୍କୁ ଠିକ୍ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଯାହା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବା ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରାଯିବ, ସେ ତାଙ୍କୁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ପାଇଁ ଉପର ଫର୍ମର ବିଷୟ ସମ୍ପୂର୍ଷ ଭାବରେ ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଇଛି ।