

मानव संसाधन विकास प्रभाग, प्रधान कार्यालय, नई दिल्ली को प्रस्तुत किया जाये
TO BE SUBMITTED TO HRD DIVISION, HO : NEW DELHI

दावा संख्या _____
Claim No.



कार्यालय _____
OFFICE

अधिकारियों के लिए पंजाब नेशनल बैंक हॉस्पिटलाइजेशन अंशदायी सुविधा योजना के अन्तर्गत दावे का फार्म
CLAIM FORM UNDER PNB HOSPITALISATION CONTRIBUTORY BENEFIT SCHEME FOR OFFICERS



नामांकन संख्या देना आवश्यक है / TO QUOTE ENROLMENT NO. IS A MUST

नाम / Name _____ पदनाम / Designation _____

निवास स्थान का पता _____
Residential Address

नामांकन संख्या / Enrolment No. _____

रोगी का विवरण
PATIENT'S
DESCRIPTION

नाम / Name _____	लिंग / Sex _____
अधिकारी के साथ सम्बन्ध _____ Relationship with employee	जन्म-तिथि _____ Date of birth
क्या वह नौकरी में है _____ Is he/she employed	यदि हां, तो कहा _____ If so, by whom
बच्चे के मामले में बताएं कि क्या वह विवाहित है _____ In case of child, whether married	

दुर्घटना का ब्यौरा
DETAILS OF
ACCIDENT

दुर्घटना कब हुई? When did the accident happen?	तिथि _____ समय _____ Date _____ at _____ AM/PM
दुर्घटना का संक्षिप्त विवरण दें _____ Give brief description of accident	

बीमारी अथवा रोग
अथवा प्रसूति
ILLNESS
OR DISEASE
OR DELIVERY

बीमारी / रोग का नाम / Name of illness/disease suffered _____
यदि आपरेशन किया गया हो, तो उसका नाम / स्वरूप _____ Name/Nature of operation, if any