

Nature of Illness and Habits অসুস্থতা ও অভ্যাসের এক্টি	Date of diagnosis of Illness রোগ নির্ণয়ের তারিখ
<input type="checkbox"/> Hypertension হাইপারটেনশন <input type="checkbox"/> Diabetes ডায়াবেটিস <input type="checkbox"/> Asthma হাঁপানি <input type="checkbox"/> Heart হৃদয় <input type="checkbox"/> Cancer ক্যান্সার <input type="checkbox"/> Tuberculosis যক্ষ্মা <input type="checkbox"/> Other..... অন্যান্য.....	
<input type="checkbox"/> Smoking ধূমপান <input type="checkbox"/> Alcohol আলকোহল <input type="checkbox"/> Tobacco তামাক <input type="checkbox"/> Drugs মাদকদ্রব্য	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ পৃষ্ঠা যদি হ্যাঁ, ব্যবহারের সময়কাল _____ & পরিমাণ খরচ _____	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)

মারাত্মক অসুস্থতা সম্পর্কিত তথ্য (দয়া করে চিকিৎসাকৃত অসুস্থতায় টিক চিহ্ন দিন)

<input type="checkbox"/> Heart attack হাট আঘাতক <input type="checkbox"/> Stroke স্ট্রোক <input type="checkbox"/> Blindness অন্ধত <input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease সাংঘাতিক পর্যায়ের লিভার ডিজিজ <input type="checkbox"/> Angioplasty আনজিওপ্লাস্টি <input type="checkbox"/> Aplastic Anemia ভ্যাগনোস্টিক এনিমিয়া <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease পারকিনসন রোগ <input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension প্রাথমিক পালমোনারি হাইপারটেনশন <input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease মোটর নিউরন ডিজিজ <input type="checkbox"/> Kidney Failure কিডনি নষ্ট হয়ে যাওয়া <input type="checkbox"/> Major Burns অনেক বেশী পুড়ে যাওয়া <input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence স্বাধীনভাবে চলাফেরা করতে অসমর্থ	<input type="checkbox"/> Cancer ক্যান্সার <input type="checkbox"/> Apallic Syndrome আপলিক সিনড্রোম <input type="checkbox"/> Brain Surgery এবং অপারেশন <input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery হাটে ভালভ সার্জারি <input type="checkbox"/> Major Organ Transplant জটিল অঙ্গ প্রতিস্থাপন <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কার্ডিওমাইওপ্যাথি <input type="checkbox"/> Poliomyelitis পলিওমাইলাইটিস <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy মাংসপেশীর পুষ্টিহীনতা <input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease মেডুলারি সিস্টিক ডিজিজ <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease আলঝেইমার রোগ <input type="checkbox"/> Terminal Illness মারাত্মক অসুস্থতা <input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের রোগ	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) সিএবিজি (করোনারি ভ্যাটারি বাইপাস সার্জারি) <input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor বিপাকনক নয় এমন এন্ড্রু ব্রেন টিউমার <input type="checkbox"/> Coma কোমা <input type="checkbox"/> Major Head Trauma মাথায় জটিল আঘাত <input type="checkbox"/> Paralysis পক্ষাঘাত <input type="checkbox"/> Deafness কানে শুনতে না পাওয়া <input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis লুপাস লেফাইটিস সহযোগে এসএলই <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis একাধিক স্কেলোসিস <input type="checkbox"/> Loss of Speech বাকশক্তি হারানো <input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ধমনী সার্জারি <input type="checkbox"/> Loss of Limbs অঙ্গহানি
---	--	--

Section C: PAYMENT – NEFT

বিভাগ C: পেমেন্ট – NEFT

Bank Account no: _____ ব্যাংক আ্যাকাউন্ট নম্বর: _____
Name of bank: _____ ব্যাংকের নাম: _____
IFSC code: _____ আই এফ এস সি কোড: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

বিভাগ D: ঘোষণা ও অনুমোদন

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. 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 or furnish the records regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

আমি এইমর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরের বর্ণিত সমস্ত বক্তব্য সত্য ও সম্পূর্ণ এবং তার একটুও আমার দ্বারা কোনোভাবে গোপন করা হয়নি। আমি বুঝেছি যে দাবীপত্র দাখিলের ফলে পিএনবি মেটলাইফ দায় স্বীকার করেনি বা উক্ত প্রাতিষ্ঠান বীমা পলিসির অধীনে তার কোনো অধিকার পরিত্যাগ করেনি। আমি এইমর্মে পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক আমাকে বীমা পলিসি ইস্যু করার আগে বা পরে আমার কোনো রোগ বা অসুস্থতার জন্য যে ডাক্তার বা হাসপাতাল আমার স্বাস্থ্য পরীক্ষা করেছে, আমার চিকিৎসা করেছে তার/তাদের নিকট আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত রেকর্ডসমূহ থাকলে তা পেশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual / organisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry association / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service.

আসামি/আমরা আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি ও অনুমোদন দিচ্ছি যে, পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক সংগ্রহকৃত বা পিএনবি মেটলাইফ এর নিকট থাকা আমার/আমাদের যে কোনো ব্যক্তিগত ও সংবেদনশীল তথ্য (এই বিবৃতিতে অন্তর্ভুক্ত থাকুক অথবা অন্য কোনো ভাবে সংগৃহিত হউক না কেনো) এবং এর মধ্যে কেওয়াইসি নথিপত্রও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, এই দাবী প্রক্রিয়া করতে এবং অথবা পরবর্তী পরিষেবা এদানের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করতে পারবে এবং পুনঃবীমাকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা দাবী সম্পর্কিত তদন্তকারী সংস্থা, বিদ্যেতা এবং শিষ্ট সমিতি/ফেডারেশনসহ পিএনবি মেটলাইফ এর সাথে সংশ্লিষ্ট বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক নিয়োজিত যেকোনো বিক্ত/সংস্থা/প্রতিষ্ঠান এর নিকট প্রকাশ করতে পারবে।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
স্বাক্ষর/বাম আঙুলের ছাপ _____ তারিখ _____

Declaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

দাবী ফর্ম পূরণকারী ব্যক্তির দ্বারা ঘোষণা। (যদি আবেদন ফর্মের চেয়ে আলাদা ভাষায় দাবী ফর্মটি প্রণ করা / স্বাক্ষরিত হয়)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Critical Illness Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant.

আমি এখানে ঘোষণা করছি যে আমি সমালোচনামূলক অসুস্থতা দাবী ফর্মের বিষয়বস্তু দাবিদারকে তার / তার দ্বারা বোঝানো ভাষায় সম্পূর্ণ ব্যাখ্যা করছি। এটি তার / তার দ্বারা পুরোপুরি বোঝা গিয়েছে এবং দাবীগুণি দ্বারা প্রদত্ত তথ্য অনুযায়ী জবাবগুলি রেকর্ড করা হয়েছে এবং উত্তরগুলি পুরোপুরি বোঝা গেছে এবং দাবিদারকে নিশ্চিত করেছে।

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

দস্তাবেজের সামগ্রী এবং ফর্মটি আমাকে পুরোপুরি ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি এখানে উল্লিখিত সামগ্রী এবং প্রস্তাবিত দাবির জন্ম এর তাৎপর্য পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি।

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 at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: 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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠান এখানে 1ম তলা,

টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাভারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোবর্গাও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Date তারিখ	Place স্থান	Signature of Declarant/ Witness সাক্ষীর স্বাক্ষর/ঘোষণাকারী	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee দাবীকারী/উত্তরাধিকারীর স্বাক্ষর/বৃদ্ধাস্থলের ছাপ
Name of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকারী/সাক্ষীর নাম: _____		Address of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকারী/সাক্ষীর ঠিকানা: _____	
Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকারী/সাক্ষীর যোগাযোগের নম্বর: _____		Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ সাক্ষী/ঘোষণাকারীর সাথে দাবিদারের সম্পর্ক: _____	
Date: _____ তারিখ: _____		Place: _____ স্থান: _____	

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

বাহ্যতামূলক নথিগুলি এই ফর্মের সাথে জমা দিতে হবে:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
ডাক্তারের সার্টিফিকেট (পারিবারিক ডাক্তার বা চিকিৎসাকারী ডাক্তারের কাছ থেকে), স্ট্যান্ডার্ডকৃত PNB মেটলাইফের ফরম্যাটে হলে ভালো হয়
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
সম্পন্নকৃত অস্ত্রোপচার নিশ্চিতকারী ডিসচার্জ সামারি
- All past medical records for any treatment taken
কোনো পূর্ন চিকিৎসার জন্য অতীতের সমস্ত মেডিক্যাল রেকর্ডস
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
ক্যানসেলড চেক/ব্যাঙ্কের পাসবইয়ের কপি
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
প্যান কার্ড / জীবন নিশ্চিত ফর্ম 60
- Current address proof
বর্তমান ঠিকানার প্রমাণ
- Photo identity proof
সচিত্র পরিচয় পত্র
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
হাসপাতালের ক্যাশ বেনেফিট ক্লেইম ফর্ম সংশ্লিষ্ট ডাক্তারের দ্বারা প্রত্যায়িত করতে হবে
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
শাখা/GPH-এ প্রাপ্ত ক্লেইমের ক্ষেত্রে তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে ক্লেইমের জানান প্রাপ্ত হলে, দাবীকারীর কাছ থেকে অথরাইজেশন চিঠি

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

মনে রাখবেন: অনুমোদনের সাথে KYC প্রমাণ হিসেবে আধার কার্ড দেওয়া হলে, অনুগ্রহ করে, আধার কার্ডের প্রথম ৪টি অংক ঢেকে রাখুন

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 at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: 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

শিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পার্টাল এখানে 1ম তলা,

টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সার্বকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোবর্গাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Version 3.5 / Nov'22 / সংস্করণ 3.5 / নভেম্বর'22

Page 3 of 3 / পৃষ্ঠা 3 - 3