

## Critical Illness Claim Form

### ક્રિટિકલ ઈલનેસ ક્લેમ ફોર્મ

POLICY NUMBER / પોલિસી નંબરસક્ર

#### Important instructions:

##### મહત્વપૂર્ણ સુચનાઓ:

- The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.  
ભરવામાં આવેલ ક્લેમ ફોર્મ, જોઈતા દરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત સબમિટ કરવાને, પોલિસી હેઠળ અમારી કંપનીની જવાબદારીઓની કબૂલાત તરીકે ગણી લેવામાં આવશે નહીં. કંપની વતી કોઈક જવાબદારીઓ પાકી કરવા કોઈ એજન્ટ/મધ્યસ્થી નથી કે અધિકૃત કરવામાં આવેલ નથી.
- Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.  
નીચે પૂરા પાડવામાં આવ્યા મુજબના જોઈતા દરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત આ ફોર્મનું વહેલું સબમિશન, અમને તમારા ક્લેમની પ્રક્રિયા વધુ ઝડપથી કરવા શક્ય બનાવશે. દાખ(પીએનબી) મેટલાઈફ અપૂર્ણ ક્લેમ ફોર્મ સબમિટ કરવા અથવા દરજિયાત દસ્તાવેજો સબમિટ ન કરવાના કારણે ક્લેમની પ્રક્રિયામાં વિલંબ માટે જવાબદાર નહીં હોય.
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.  
આ ફોર્મ પુરેપુરું બ્લોક લેટર્સમાં ભરવાનું છે.
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.  
ફોર્મમાં જ્યાં સુધારા-વધારા/કાપકૂપો કરી હોય ત્યાં કૃપા કરી કાઉન્ટર-સાઈન કરવા.
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.  
ગેઝેટેડ ઓફિસર/નોટરી પબ્લિક/મેજિસ્ટ્રેટ અથવા સ્થાનિક સ્ટેન્ડિંગની સાક્ષી તરીકેની સહી દરજિયાત છે.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.  
ફોર્મ્સ અને તમામ જરૂરિયાતો PNB (પીએનબી) મેટલાઈફની નજીકના શાખા કાર્યાલયમાં અથવા ઉપર જણાવવામાં આવેલ સરનામે સબમિટ કરવાના રહેશે.

#### Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

##### સેક્શન A: જીવન વીમિતની વિગતો

Name: _____	Age: _____	
નામ: _____	ઉંમર: _____	
Address (Current Residential Address): _____		
સરનામું (હાલના રહેઠાણનું સરનામું): _____		
City _____	Pin Code _____	State _____
શહેર _____	પિન કોડ _____	રાજ્ય _____
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____	
સંપર્કનંબર: લેન્ડલાઈન _____	/મોબાઈલ _____	
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____	
ઈ-મેલ સરનામું: _____	પાન નંબર/ફોર્મ 60: _____	
*Aadhaar No: _____	*Only last 4 digits to be mentioned.	
*આધાર નંબર: _____	*માત્ર છેલ્લા 4 આંકડાઓ દર્શાવવાના છે.	

#### Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

##### સેક્શન B: જીવન વીમિતનો તબિબી ઇતિહાસ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
માંદગી/રોગ/થયેલી ઈજાનું નામ: _____	
Symptoms: _____	
લક્ષણો: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
લક્ષણોની અવધિ: _____	નિદાનની તારીખ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
આ ચિહ્નો સૌપ્રથમ વખત ક્યારે દેખાયા/ઉદ્ભવ્યાં હતાં: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
પ્રવેશ માટેની તારીખ અને સમય _____	ડિસ્ચાર્જની તારીખ અને સમય _____
Name of hospital: _____	
હોસ્પિટલનું નામ: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
શું તમારી પાસે ભૂતકાળમાં ક્યારેય આવી જ સ્થિતિ હતી: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના (જો "હા" હોય તો વિગતો આપો) _____	

#### CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

##### ક્રિટિકલ ઈલનેસ એકનોલેજ સ્લીપ

Policy number(s) \_\_\_\_\_

પોલિસી સંખ્યા(ઓ)

Name of claimant \_\_\_\_\_

દાવેદારનું નામ

Branch name & code \_\_\_\_\_

શાખા નામ અને કોડ

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

તારીખ:

Employee name & Code \_\_\_\_\_

કર્મચારી નામ અને કોડ

Documents Submitted:

દસ્તાવેજો સબમિટ:

Original Policy Document

મુખ્ય પોલિસી દસ્તાવેજ

Claimant's photo identity proof

દાવેદારનો ફોટો ઓળખ પૂરાવો

Family physician certificate

દાવેદારનું વર્તમાન સરનામાનો પૂરાવો

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

રદ્દાતલ ચેક/બેંક પાસબુકની નકલ

Attending physician certificate

એટેન્ડ કરનાર ફીઝીશીયનનું પ્રમાણપત્ર

PAN Card/ Form 60 of the nominee

પાન કાર્ડ/ નોમિનીનું ફોર્મ 60

Medical Documents (if any)

મેડીકલ દસ્તાવેજો (જો હોય તો)

All past medical records for any treatment taken

લેવામાં આવેલી કોઈપણ સારવાર માટેના બધા ભૂતકાળના તબીબી રેકોર્ડ

Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper

નિદાન થયેલ માંદગીના નિદાન અને સારવાર માટેની સંપૂર્ણ તબીબી નોંધ એટલે કે તમામ ટેસ્ટ/તપાસ અહેવાલ, ડિસ્ચાર્જ સમરી, ઈન્ડોર કેસ પેપર

This acknowledgement slip should not be construed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

આ એકનોલેજમેન્ટ સ્લીપ દાવાની સ્વીકૃતિ તરીકે ગણવી જોઈએ નહીં. દાવાની પ્રક્રિયાને નક્કી કરવાને હેતુથી કંપની વધારાના દસ્તાવેજો, માહિતી અને કોઈ અન્ય પાસ જરૂરિયાતોને મંગાવવાનો તેનો હક્ક અનામત રાખે છે.

Company Seal & Stamp with Date and time તારીખ અને સમય સાથે કંપની સીલ અને સ્ટેમ્પ

Nature of Illness and Habits માંદગીનું સ્વરૂપ અને ટેવો	Date of diagnosis of Illness માંદગીનું નિદાન થવાની તારીખ
<input type="checkbox"/> Hypertension હાયપરટેન્શન <input type="checkbox"/> Diabetes ડાયાબિટીસ <input type="checkbox"/> Asthma અસ્થમા <input type="checkbox"/> Heart હૃદય <input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર <input type="checkbox"/> Tuberculosis ટ્યુબરક્યુલોસિસ <input type="checkbox"/> Other..... અન્ય .....	
<input type="checkbox"/> Smoking ધુપ્રપાન <input type="checkbox"/> Alcohol આલ્કોહોલ <input type="checkbox"/> Tobacco તમાકુ <input type="checkbox"/> Drugs ડ્રગ્સ If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ જો હા, તો સેવન કરવાની અવધિ _____ અને સેવન કરવામાં આવેલ જથ્થો _____	

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

ગંભીર માંદગી અંગેની માહિતી (કાપા કરી નિદાન થયેલ માંદગી પર ખરાનું ચિહ્ન કરો)

<input type="checkbox"/> Heart attack હાટક્ય એટેક <input type="checkbox"/> Stroke સ્ટ્રોક <input type="checkbox"/> Blindness બ્લાઇન્ડનેસ (અંધત્વ) <input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease છેવટના તબક્કાનો લીવર રોગ <input type="checkbox"/> Angioplasty એન્જિઓપ્લાસ્ટી <input type="checkbox"/> Aplastic Anemia એપ્લાસ્ટિક એનીમિયા <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease પાર્કિન્સનસ રોગ <input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension પ્રાથમી પલ્મોનારી હાયપરટેન્શન <input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease મોટર ન્યુરોન ડિસિઝ <input type="checkbox"/> Kidney Failure કિડની નિષ્ફળ જવી <input type="checkbox"/> Major Burns મેજર બનસક્ષ (વધારે પડતું દાઝી જવું) <input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence લોસ ઓફ ઇન્ડીપેન્ડન્ટ એગ્ઝિસ્ટન્સ	<input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર <input type="checkbox"/> Apallic Syndrome એપિલિક સિન્ડ્રોમ <input type="checkbox"/> Brain Surgery ઈન સર્જક્યરી <input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery હાટક્ય વાલ્વ સર્જક્યરી <input type="checkbox"/> Major Organ Transplant મેજર ઓગક્યન ટ્રાન્સપ્લાન્ટ (મુખ્ય અંગ પ્રત્યારોપણ) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy કાર્ડિયોમાયોપથી <input type="checkbox"/> Poliomyelitis પોલીઓમાયેલીટિસ <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy મસ્ક્યુલર ડાસ્ટ્રોફી <input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease મેડ્યુલારી સાયક્લિક ડિસિઝ <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease અલ્ઝમાયર ડિસિઝ <input type="checkbox"/> Terminal Illness છેવટના તબક્કાના માંદગી <input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ક્રોનિક લંગ ડિસિઝ (ફિફ્સાનો ગંભીર રોગ)	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) હાઇપન (કોરોનારી આટક્યરી બાયપાસ સર્જક્યરી) <input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor બિનાઈન બ્રેઈન ટ્યુમર <input type="checkbox"/> Coma કોમા <input type="checkbox"/> Major Head Trauma માથાની તીવ્ર ઈજા <input type="checkbox"/> Paralysis પેરાલાયસિસ (લકવો) <input type="checkbox"/> Deafness ડેફનેસ (બહેરાપણું) <input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis લપસ નેફ્રાઈટિસ સાથે ક્રીમ <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis મલ્ટિપલ સ્કલેરોસિસ <input type="checkbox"/> Loss of Speech લોસ ઓફ સ્પીચ (વાચા ગુમાવવી) <input type="checkbox"/> Surgery to Aorta એઓટાઈક સર્જક્યરી (મુખ્ય ધોરીનસની શસ્ત્રક્રિયા) <input type="checkbox"/> Loss of Limbs અવયવ ગુમાવવા
--	--	---

**Section C: PAYMENT – NEFT**

સેક્શન C: પેમેન્ટ – દબાવ

Bank Account no: _____ બેન્ક એકાઉન્ટ નં.: _____
Name of bank: _____ બેન્કનું નામ: _____
IFSC code: _____ યાકલ કોડ: _____

**Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION**

સેક્શન D: ડિક્લેરેશન અને ઓથોરાઈઝેશન (જાહેરનામું અને અધિકૃતતા)

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.

હું આ સાથે જાહેર કરું છું કે ઉપર જણાવવામાં આવેલ તમામ નિવેદનો સાચા અને ખરાં છે અને એ કે મારા તરફથી કોઈ પણ દબાવી રાખવા અથવા છુપાવવામાં આવેલ નથી. હું સમજું છું કે દબ(પીએનબી) મેટલાઈફ તરફથી પૂરા પાડવામાં આવેલ દાવામાં કોઈ જવાબદારીની કબૂલાત નથી કે પોલિસી હેઠળના એના કોઈક અધિકારો જતા કરનાર નથી. હું આ સાથે જોઈ ક્યારેય મને કોઈક માંદગી અથવા બીમારી એટેન્ડ કરેલ અથવા તપાસેલ અથવા મારી સારવારકરી લોય તે ફિઝિશિયન અથવા હોસ્પિટલને ભલે પછી તેણે/તેઓએ કદાચને. દબ(પીએનબી) મેટલાઈફ દ્વારા પોલિસી જરી કરવામાં આવી તે અગાઉ અથવા પછીથી મેળવેલ લોય તેવી કોઈક જાણકારી અથવા માહિતી છતી કરવા અથવા મારા આરોગ્યની સ્થિતિ સંબંધી રેકોર્ડ્સ પૂરા પાડવા અધિકાર કરું છું.

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.

હું/અમે આ સાથે વધુમાં, PNB (પીએનબી) મેટલાઈફને અંગત અને સંવેદનશીલ અથવા, PNB (પીએનબી) મેટલાઈફ સાથે ઉપલબ્ધ લોય તેવી (આ સ્ટેટમેન્ટમાં આવેલી લોય કે બીજી કોઈક રીતે મેળવવામાં આવેલ લોય) માહિતીમાંથી કોઈ પણ વાપરવા અને છતી કરવા જે કદાચને મારી/અમારી એકત્રિત કરવામાં આવેલ લોય છથલ દરતાવેજો સહિતની કોઈક જોડાયેલ વ્યક્તિ/સંગઠન/સંસ્થા અથવા ભાગીદારીમાં લોય અથવા. દબ(પીએનબી) મેટલાઈફ દ્વારા એન્ગેજ કરવામાં આવેલ લોય, રિઈન્સ્યોર સ્વક્ષ્ય, ક્લેમ ઇન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, દુકાનદારો અને ઊધ્યોગ એસોસિએશન/ફેડેરેશન્સ સાથે આ ક્લેમની પ્રક્રિયાના હેતુથી અને/અથવા અનુગામી સેવા પૂરી પાડવા સંમત થાઉં છું/થઈએ છીએ અને અધિકૃત કરું છું કરીએ છીએ.

Signature/Left Thumb impression \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
સહી/ડાબા હાથના અંગુઠાની છાપ \_\_\_\_\_ તારીખ \_\_\_\_\_

**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)**

**ક્રિટિકલ ઇલનેસ ક્લેમ ફોર્મ ભરનાર ક્લેમ દ્વારા ઘોષણા. (અરજી ફોર્મમાં જે ભાષા છે તે સિવાયની ભાષામાં જો ક્રિટિકલ ઇલનેસ ક્લેમ ભરવામાં આવેલ છે/ સહી કરવામાં આવેલ છે.)**

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.

હું અહીંથી જાહેર કરું છું કે દાવેદારને આ દાવા ક્લેમના સમાવિષ્ટોને તેના/તેણીના દ્વારા સમજાય તે ભાષામાં મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજાવેલ છે. તે તમામ તેના/તેણીના દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને જવાબો દાવેદાર દ્વારા અપાયેલ માહિતી પ્રમાણે નોંધવામાં આવેલ છે અને જવાબોને વાંચવામાં પણ આવેલ છે, દાવેદાર દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને ખાતરી કરવામાં આવેલ છે.

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

ફોર્મ અને દસ્તાવેજના તમામ સમાવિષ્ટોને મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવેલ છે અને સૂચિત દાવા માટે અહીં દર્શાવવામાં આવેલ સમાવિષ્ટોને અને તેના મહત્વને મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજેલ છે.

Date તારીખ	Place સ્થળ	Signature of Declarant/ Witness ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષીના હસ્તાક્ષર	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee દાવેદાર /નોમિનીની સહી /ડાબા અંગૂઠાનો નમૂનો
Name of Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષીનું નામ: _____	Address of Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા/સાક્ષીનું સરનામું: _____		
Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષીનો સંપર્ક નંબર: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષી સાથે દાવેદાર (ક્લેઈમન્ટ)નો સંબંધ: _____		
Date: _____ તારીખ: _____	Place: _____ સ્થળ: _____		

**Mandatory Documents to be submitted along with this form:**

**આ ફોર્મ સાથે સબમિટ કરવાના ફરજિયાત દસ્તાવેજો:**

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format  
ડોક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (પારિવારિક ડોક્ટર અથવા સારવાર કરતા ડોક્ટર પાસેથી) પરસંદગીરૂપ પ્રમાણિત પીએનબી મેટલાઈફ ફોર્મેટમાં
- Discharge Summary confirming the surgery undergone  
કરવામાં આવેલ શસ્ત્રક્રિયાની પુષ્ટિ કરતી ડિસ્ચાર્જ સમરી
- All past medical records for any treatment taken  
કોઈપણ લેવાયેલ સારવાર માટેના તમામ ભૂતકાળના તબીબી રેકોર્ડ
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook  
રદ કરેલ ચેક / બેંક પાસબુકની નકલ
- PAN Card/ Form 60 of the life assured  
PAN કાર્ડ / નિશ્ચિત જીવનનું 60મું ફોર્મ
- Current address proof  
વર્તમાન સરનામાંનો પુરાવો
- Photo identity proof  
ફોટો ઓળખનો પુરાવો
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor  
સંબંધિત ડોક્ટર દ્વારા પ્રમાણિત કરવામાં આવવું જોઈએ તે હોસ્પિટલ કેશ બેનિફિટ ક્લેઈમ ફોર્મ
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH  
ગ્રાન્ય અથવા જોખીએય પર પ્રાપ્ત થયેલ દાવાઓ માટે જો દાવાની સૂચના ત્રીજા પક્ષ દ્વારા પ્રાપ્ત થઈ હોય તો દાવેદાર (ક્લેઈમન્ટ) તરફથી અધિકૃતતા પત્ર

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request  
નોંધ:- જો વિનંતી સાથે આધાર કાર્ડને કેવાયસી પુરાવા તરીકે સબમિટ કર્યું હોય તો કૃપા કરીને આધાર નંબરના પ્રથમ 8 અંકોને મારક કરો

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. 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 1<sup>st</sup> Floor, Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

પીએનબી મેટ લાઈફ ઈન્સિયો ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બેંગલોર - 560 001, ક્લેમ ઓફિસ ઈન્ડિયા રજિસ્ટ્રેશન નંબર 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ટોલ ફ્રી નંબર - 1-800-425-6969 ઉપર કોલ કરો, વેબ સાઈટ [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ઈ-મેઈલ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) અથવા અમને લખો - 1 વો માળ, ટેકનીપ્લેક્સ -1, ટેકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062. ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

ટેકનીપ્લેક્સ -1, ટેકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062. ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

Version 3.5 / Nov'22 / સંસ્કરણ 3.5 / નવેમ્બર'22

Page 3 of 3 / 3 ની પૃષ્ઠ 3