

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ - ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਥਲਾਈਫ ਮਰਾ ਹਾਰਟ ਐਂਡ ਕਸਰ ਕੇਅਰ

POLICY NUMBER / ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ																			
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Important instructions:
ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸ਼ਰਾਅਤ:

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.

ਲੋੜੀਂਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਭਰੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣਾ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵਿਹਤ ਸਾਡੀ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਏਜੰਟ / ਵਿਚੋਲਗੀਰ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

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.

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਕੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਹੋਵੇਗੀ। ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਅਧੂਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਾ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤਿਕਰਮਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗੀ।

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
 ਬਲੌਕ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਹੈ।

Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
 ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਊਂਟਰ-ਸਾਈਨ ਕਰੋ ਜਿੱਥੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸੋਧਾਂ / ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
 ਗਜ਼ਟਡ ਅਫਸਰ / ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ / ਮੈਜਿਸਟਰੇਟ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਗਵਾਹ ਦਸਤਖਤ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
 ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੇ ਨੇਰੇਸ਼ਟ ਬਰਾਂਚ ਦੇ ਤਰ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਪਤੇ ਤੇ ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED
ਸੈਕਸ਼ਨ ਏ: ਲਾਈਫ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ

Name: _____	Age: _____																					
ਨਾਮ: _____	ਉਮਰ: _____																					
Address (Current Residential Address): _____																						
ਪਤਾ (ਵਰਤਮਾਨ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ): _____																						
City: _____	Pin Code: _____	State: _____																				
ਸ਼ਿਹਰ: _____	ਪਿੰਨ ਕੋਡ: _____	ਰਾਜ: _____																				
Contact Number: Landline _____ / Mobile _____																						
ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: ਲੈਂਡਲਾਈਨ: _____ ਮੋਬਾਈਲ: _____																						
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____	*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
ਈਮੇਲ ਖਾਤਾ: _____	ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60: _____	* ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ: _____																				
*Only last 4 digits to be mentioned.																						
* ਕੇਵਲ ਅੰਤਿਮ 4 ਅੰਕ ਦਰਸਾਏ ਜਾਣ।																						

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED
ਸੈਕਸ਼ਨ ਬੀ: ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
ਬੀਮਾਰੀ / ਰੋਗ / ਇੰਜਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਬਰਕਰਾਰ: _____	
Symptoms: _____	
ਲੱਛਣ: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਸਮਾਂ: _____	ਨਿਦਾਨਦੀਤਾਰੀਖ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
ਇਹ ਲੱਛਣ ਕਦੋਂ ਪਿਹਲੀ ਸਨ ਸਾਬਤ ਆਈ: _____	
Date and Time of Admission: _____	Date and Time of Discharge: _____
ਦਾਖਲਾ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: _____	ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: _____
Name of hospital: _____	
ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਪਹਿਲੀ ਸਾਲ ਦੀ ਇਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ (ਜੇ "ਹਾਂ," ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) _____	

Nature of Illness and Habits ਬੀਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ	Date of diagnosis of Illness ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
<input type="checkbox"/> Hypertension ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ <input type="checkbox"/> Diabetes ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ <input type="checkbox"/> Asthma ਦਮਾ <input type="checkbox"/> IHD ਆਈਐਚਡੀ <input type="checkbox"/> Malignancy ਮਲੀਗਨੈਂਸੀ	
Other..... ਹੋਰ	
<input type="checkbox"/> Smoking ਤਮਾਖੂਨੇਸ਼ੀ <input type="checkbox"/> Alcohol ਅਲਕੋਹਲ <input type="checkbox"/> Tobacco ਤੰਬਾਕੂ <input type="checkbox"/> Drugs ਡਰੱਗਜ਼	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ _____ ਅਤੇ ਖਪਤ ਦੀ ਗਿਣਤੀ _____	

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

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ)

List of Heart conditions covered under Heart Cover ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਲ ਦੇ ਕਵਰ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਕਵਰ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਦੀਆਂ ਕੈਂਸਰ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ
Mild Stage ਹਲਕੇ ਪੜਾਅ	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ (ਕੋਰੋਨਰੀ ਆਰਟਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਟੀਨਿੰਗ) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ ਅਤੇ ਕਾਰੋਟਿਡ ਆਰਟਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਟੀਨਿੰਗ <input type="checkbox"/> Endarterectomy ਐਂਡਾਰਟਰੈਕਟਮੀ <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty ਰੀਨਲ ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves ਹਾਰਡ ਵਾਲਵ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਬਦਲੀ ਲਈ ਪਰਾਈਕੂਟਿਨਜ਼ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ <input type="checkbox"/> Pericardectomy ਪਰਾਈਕਾਰਡੈਕਟਮੀ <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm ਆਰਟਿਕ ਐਨਵਾਇਰਿਜ਼ਮ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਹਮਲਾਵਰ ਸਰਜਰੀ <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis ਸੰਭਾਵੀ ਐਂਡੋਕਾਰਡਾਈਟਿਸ	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ ਜੀ ਨਰਿਧਾਰਤ ਅਰਲੀ ਸਟੇਜ ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ
Moderate Stage ਮੱਧਮ ਪੜਾਅ	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) ਦਿਲ ਦਾ ਸਥਾਈ ਪੇਸਮੇਕਰ ਜਾਂ ਇੰਪੈਂਟੇਬਲ ਕਾਰਡੀਓਵਰਟਰ ਡੀਫਿਬਰਿਲੇਟਰ ਇੰਪਲਾਂਟੇਬਲ ਕਾਰਡੀਓਵਰਟਰ ਡਿਫਿਬ੍ਰਿਲੇਟਰ (ਆਈਸੀਡੀ) <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts ਸਹਾਇਕ ਡਿਵਾਈਸਾਂ ਜਾਂ ਕੁੱਲ ਨਕਲੀ ਦਿਲਾਂ ਨੂੰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਜੀ ਸਰਜਰੀ	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: ਕਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਕਲੇਮ* ਦੇ ਤਹਿਤ ਕਾਊਂਟਰ ਸੰਬੰਧੀ ਸਰਜਰੀਆਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast ਛਾਤੀ ਦੇ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਲਈ ਮਾਸਟੈਕਟਮੀ <input type="checkbox"/> Orchidectomy for Carcinoma-in-situ of the testis ਟੈਸਟਾ ਦੇ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੀਜੀ ਲਈ ਜੀ ਆਰਚਾਇਡੈਕਟਮੀ <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer ਪਿਸ਼ਾਬ ਬਲੈਡਰ / ਟੀ 1 ਨੋਮੋ ਪਿਸ਼ਾਬ ਬਲੈਡਰ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਲਈ <input type="checkbox"/> Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo- Oophorectomy for Carcinoma-in-situ of the Cervix / Carcinoma-in-situ of the Uterus / Carcinoma-in-situ of the Ovary ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਪੇਟ ਦੇ ਹਿਸਟਾਰੈਕਟਮੀ ਅਤੇ ਦੋ-ਪੱਖੀ ਸਲਪਿੰਗੋ- ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਸਰਵਿਕਸ / ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਲਈ ਓਫੋਰੈਕਟਮੀ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਆਫ ਦ ਓਵਰੀ *A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit *ਇਸ ਲਾਭ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਇਕ ਸੀਆਈਐਸ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
Severe Stage ਗੰਭੀਰ ਪੜਾਅ	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ (ਪਹਿਲਾ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ - ਨਿਰਧਾਰਤ ਤੀਬਰਤਾ ਦਾ) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ਕਾਰਡਿਓਮੋਯੋਪੈਥੀ <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta ਜੀਓ ਦੀ ਵੱਡੀ ਸਰਜਰੀ <input type="checkbox"/> Open Chest CABG ਓਪਨ ਛਾਤੀ CABG <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ਓਪਨ ਹਾਰਟ ਰੀਪਲੇਸਮੈਂਟ ਜਾਂ ਹਾਰਟ ਵਾਲਵ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ <input type="checkbox"/> Heart Transplant ਹਾਰਟ ਟਰਾਂਸਪਲਾਂਟ	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis ਮਾਜਰ ਕੈਂਸਰ ਰੋਗ ਦੀ ਨਿਦਾਨ

Documents to be submitted along with this form

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

- Original policy document
ਅਸਲੀ ਪਾਲਸੀ ਦਸਤਾਵੇ
- Doctor's Certificate - Critical Illness
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ - ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਪੂਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਜਾਂਚ / ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਇਨਡੋਰ ਕੇਸ ਪੇਪਰ
- All past medical records for any treatment taken
ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ ਪਿਛਲੇ ਸਾਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ
- Cancelled cheque
ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਚੈੱਕ
- Id & residence proof
ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਨਿਵਾਸ ਦਾ ਸਬੂਤ

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7thFloor,West Wing,RahejaTowers,26/27 MG Road, Bangalore -560001,Karnataka.IRDAof India Registrationnumber117.
CI No. U66010KA2001PLC028883, call us 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
ਪੰਜਾਬ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ
ਰਜਿਸਟਰਡ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਾਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਮੀ.ਜੀ. ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਆਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117.
CI ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883 ਸਾਨੂੰ 1-800-425-6969, ਤੇ ਟੈਲ-ਫਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ 1 ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਾਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਡ (ਪੱਛਮੀ), ਮੁੰਬਈ - 400062 ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203