

Disability Claim Form

ਵਿਕਲਾੰਗਤਾ ਦਾਅਵਾ ਪੱਤਰ

POLICY NUMBER / ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Important Instructions:

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨਿਰਦੇਸ਼:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

ਦਾਅਵਾ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੁਆਰਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank.

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ, ਜਿੱਥੇ ਖਾਲੀ ਛੱਡਣਾ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ (ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ) ਜਰੂਰ ਲਿਖੋ।

Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.

ਕਾਊਂਟਰ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਕੁੱਝ ਸੁਧਾਰ/ ਬਦਲਾਅ ਹੋਵੇ ਤਾਂ

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing.

ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਗਵਾਹ ਦਾ ਰਾਜਪਤਰਿਤ ਅਧਿਕਾਰੀ/ ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ/ ਮੈਜਿਸਟ੍ਰੇਟ ਜਾਂ ਮਕਾਮੀ ਸੇਵਾਦਾਰ ਹੋਣਾ।

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦੇ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਫਾਰਮ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਹਰ ਵਰਕੇ ਉੱਤੇ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our Company. No agent has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਨਾਲ ਇਹ ਨਹੀਂ ਮੰਨ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ, ਕਿ ਇਹ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਫਰਜ਼ ਹੈ। ਕੰਪਨੀ ਵਲੋਂ ਫਰਜ਼ ਮੰਨਣ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਏਜੰਟ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ।

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਫਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਦੀ ਸ਼ਾਖਾ 'ਤੇ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਤੇ 'ਤੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੀ ਸਾਰੀ ਪੂਰਤੀ ਤੁਰੰਤ ਕਰਨ 'ਤੇ ਕੰਪਨੀ ਦਾਵੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਜਲਦੀ ਕਰ ਸਕੇਗੀ।

CLAIMANT DETAILS:

ਦਾਵੇਦਾਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

Name of the Insured: _____
ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____
Address: _____
ਪਤਾ: _____
Contact No.: _____ E-mail address: _____
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____ ਈਮੇਲ ਦਾ ਪਤਾ: _____
Bank Account Number of the Claimant*: _____
(favoring which the claim cheque is to be issued)
ਦਾਵੇਦਾਰ ਦਾ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰ.*: _____
(ਜਿਸ ਦੇ ਪੱਖ ਵਿੱਚ ਚੈਕ ਜਾਰੀ ਹੋਵੇਗਾ)
Name & Address of the Bank*: _____
ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ*: _____

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED FOR DISABILITY:

ਰਸਪਤਾਲ/ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਜਿੱਥੇ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵਿਕਲਾੰਗਤਾ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਾਇਆ ਗਿਆ:

Name of the Doctor: _____
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ: _____
Name of the Hospital: _____
ਰਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____
Address: _____
ਪਤਾ: _____
Contact No.: _____ E-mail address: _____
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰ.: _____ ਈਮੇਲ ਦਾ ਪਤਾ: _____

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):

ਜਿਸ ਅਯੋਗਤਾ ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਉਸ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰੂਪ 'ਤੇ ਚਰਚਾ ਕਰੋ (ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one eye ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਨਜ਼ਰ ਖਰਾਬ ਹੋਣਾ	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ਇੱਕ ਲੱਤ ਖਰਾਬ ਹੋਣਾ	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes ਦੋਨਾਂ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਨਜ਼ਰ ਖਰਾਬ ਹੋਣਾ
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing ਬਹਿਰਾਪਨ	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs ਦੋਨੋਂ ਲੱਤਾਂ ਖਰਾਬ ਹੋਣਾ	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ਇੱਕ ਲੱਤ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਨਜ਼ਰ ਖਰਾਬ ਹੋਣਾ
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing ਗੁੰਗਾਪਨ ਅਤੇ ਬਹਿਰਾਪਨ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ਗੁੰਗਾਪਨ	

DETAILS OF ACCIDENT:

ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ:

Cause of Accident: _____
ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਕਾਰਣ: _____
Date of Accident: _____
ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____
Is FIR lodged: Yes No
ਕੀ ਐਫ ਆਈ ਆਰ ਦਰਜ ਕਰਾਈ ਗਈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
If "yes" please attach the copy of Accident: _____
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ" ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ: _____

HISTORY
ਪੁਰਾਣਾ ਇਤਿਹਾਸ

Date of appearance of first symptoms: _____
ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____
Have you ever had the similar condition in past: Yes No
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਵੀ ਰੋਗ ਰਿਹਾ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
(If "yes," state when and provide details): _____
ਜੇਕਰ "ਹਾਂ" ਤਾਂ ਕਦੋਂ ਉਸਦਾ ਵੇਰਵਾ ਉਪਲੱਥ ਕਰਾਉ: _____

PRESENT CONDITION:
ਵਰਤਮਾਨ ਹਾਲਤ:

Present symptoms: _____
ਵਰਤਮਾਨ ਲੱਛਣ: _____
Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
ਨਿਸ਼ਕਰਸ਼ੇ (ਐਕਸ-ਰੇ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਈਸੀਜੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਟੈਸਟ): _____

TREATMENT:
ਉਪਚਾਰ:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
ਇਸ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____
OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
ਓ ਪੀ ਨੰਬਰ/ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨੰ./ ਘਰ ਦਾ ਮਰੀਜ਼ ਨੰ.: _____
(Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
ਅੰਤਮ ਵਾਰ ਜਾਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____ ਜਾਣ ਦੀ ਬਾਰੰਬਾਰਤਾ (ਹਫਤਾਵਾਰ/ ਮਾਸਿਕ / ਹੋਰ): _____
Date of Last examination: _____
ਅੰਤਮ ਜਾਂਚ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____

PROGRESS:
ਤਰੱਕੀ:

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
ਸਵੱਸਥ ਹੋਵੇ ਜਾਣਾ ਸੁਧਾਰ ਹੋਣਾ ਕੋਈ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਵਿਗੜਦੇ ਜਾਣਾ

DECLARATION:
ਘੋਸ਼ਣਾ:

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights. 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 regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਕਥਨ ਠੀਕ ਅਤੇ ਪੂਰਨ ਹਨ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਭਰੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਫਰਜ਼ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਰਥਾਤ ਉਸ ਦੇ ਕਿਸੇ ਅਧਿਕਾਰ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਉਸ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਰੋਗ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਹੋਇਆ ਉਸ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਰੋਗ ਦਾ ਰਹੱਸ ਜਾਹਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਹਰ ਕਰਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਉਹ/ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਰੀ ਹੋਣ ਦੇ ਚਾਹੇ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਰੋਗ ਦਾ ਪਤਾ ਚਲਾ ਹੋਵੇ।

I/We hereby further consent, and duly authorize, PNB MetLife to use, store, share, transfer and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this document or obtained otherwise) which may include but not limited to my KYC documents to any individual / organization / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/ federations, for the purpose of processing this claim and / or for providing subsequent services.

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ (ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਕੋਲ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ, ਸਟੋਰ ਕਰਨ, ਸ਼ੇਅਰ ਕਰਨ, ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਲਈ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੂੰ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਕੇਵਲੀਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪਰ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਅਤੇ/ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਐਫਿਲੀਏਟਿਡ ਜਾਂ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ/ਸੰਸਥਾ/ਹਸਤੀ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੁਨਰ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਦਾਅਵਾ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕਰੇਤਾ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨਾਂ/ ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____
ਦਾਵਾਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

Name & Signature of Witness: _____ Date: _____
ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

Address of Witness: _____
ਗਵਾਹ ਦਾ ਪਤਾ: _____

Official Seal of the Witness:
ਗਵਾਹ ਦੀ ਅਧਿਕਾਰਕ ਸੀਲ:

Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian language by an English knowing person who shall also sign to the effect that he has fully explained the contents of the above form to claimant.
ਨੋਟ: ਭਾਰਤੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣ 'ਤੇ ਉਸ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਰੂਪਾਂਤਰਣ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਭਾਰਤੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਆਵੇਦਕ ਨੂੰ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਵੀ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਕਿ ਉਸ ਨੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਵਿਸ਼ੇ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਜਾਣਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਉਸ ਨੂੰ ਸਾਰੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਨੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਵਿਸ਼ਵਸਤੂ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਨਿਵੇਸ਼ਕ ਨੂੰ ਸਮਝਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।