

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

دعوی فارم۔ پی این بی میٹ لائف میرا ہارٹ اور کینسر کیئر

POLICY NUMBER / پالیسی نمبر

Important instructions:

اہم کام:

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.
بھرے ہوئے دعوی فارم کی حوالگی ضروری مطلوبہ دستاویزات کے ساتھ پالیسی کے تحت ہماری کمپنی کے لائبلٹی کے حوالگی کے طور پر نہیں سمجھا جائے گا۔ کسی ایجنٹ/ اینٹر میڈیاری کو کمپنی کی طرف سے کسی بھی لائبلٹی کو داخل کرنے کا اختیار حاصل نہیں ہوگا۔

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.

اس فارم کی حالیہ حوالگی مطلوبہ ضروری دستاویزات کے ساتھ جیسا کہ نیچا فراہم کیا گیا ہے ہمیں دعوی کو جلدی سے آگے بڑھانے میں مدد کرے گا۔ پی این بی میٹ لائف کسی بھی نامکمل دعوی فارم یا ضروری دستاویزات کے نہ حوالہ کرنے پر دعوی کو آگے بڑھانے میں تاخیر کے لیے ذمہ دار نہیں ہوگا۔

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.

یہ فارم پورے طور پر جلی حروف میں بھرے ہوئے ہونے چاہیے۔

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

یہ فارم پورے طور پر جلی حروف میں بھرے ہوئے ہونے چاہیے برائے مہربانی کاؤنٹر سائن کریں جہاں فارم میں اصلاحات یا ترمیم کی گئی ہے۔

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

کسی سرکاری آفیسر / نوٹری پبلک / مجسٹریٹ یا مقامی اسٹیٹنگ آفیسر کے گواہ کا دستخط ضروری ہے۔

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.

فارم اور مطلوبہ چیزیں پی این بی میٹ لائف کے قریبی برانچ آفس یا دیئے گئے پتہ پر جمع کیے جائیں گے۔

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

سیکشن اے: بیمہ شدہ شخص کی تفصیلات

Name: _____	Age: _____
نام: _____	عمر: _____
Address (Current Residential Address): _____	
پتہ (موجودہ رہائشی پتہ): _____	
City _____	Pin Code _____
شہر: _____	پین کوڈ: _____
State _____	
ریاست: _____	
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____
رابطہ نمبر: لینڈ لائن _____	
موبائل _____	
E-mail Address: _____	PAN No. / Form 60: _____
ای میل: _____	
*Aadhaar No: _____	
*ادھار نمبر: _____	
*Only last 4 digits to be mentioned.	
*صرف آخر کے 4 ہندسے درج کریں۔	

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

سیکشن بی: تاعمر بیمہ شدہ کی طبی تفصیل

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
نہ ختم ہونے والی بیماری/مرض/زخم کا نام: _____
Symptoms: _____
علامات: _____
Duration of symptoms: _____
Date of Diagnosis: _____
تشمیصہ کی تاریخ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____
ریٹوڈ ریڈیو عوقو رہا ہوا بک تاملاء ہ: _____
Date and Time of Admission _____
Date and Time of Discharge _____
داخلہ کی تاریخ اور وقت: _____
ڈسچارج کی تاریخ اور وقت: _____
Name of hospital: _____
ہسپتال کا نام: _____
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____
آپ کو اس طرح کی حالت ماضی میں پیش آئی: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> اگر نہیں تو تفصیلات فراہم کریں _____

Nature of Illness and Habits بیماری اور عادت کی نوعیت	Date of diagnosis of Illness بیماری کی تشخیص کی تاریخ
<input type="checkbox"/> Hypertension ہائپر ٹینشن <input type="checkbox"/> Diabetes ذیابیطس <input type="checkbox"/> Asthma دمہ <input type="checkbox"/> IHD IHD <input type="checkbox"/> Malignancy عنادی سرطان Other..... دیگر.....	
<input type="checkbox"/> Smoking سگریٹ نوشی <input type="checkbox"/> Alcohol شراب نوشی <input type="checkbox"/> Tobacco تمباکو خوری <input type="checkbox"/> Drugs دوائیاں If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ اگر ہاں تو لینے کی مدت _____ اور لینے کی مقدار _____	

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

(براہ کرم بیماری کی تشخیص کو نشان زد کریں)

List of Heart conditions covered under Heart Cover ہارٹ کنڈیشنس کی لسٹ جو ہارٹ کوور کے تحت کوور کیا گیا ہے	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover کینسر کنڈیشنس کی لسٹ جو کینسر کوور کے تحت کوور کیا گیا ہے
Mild Stage ہلکے مرحلے	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) اینجیوپلاسٹی (کورونری آرٹریز کے لیے اسٹنٹنگ) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries کیروٹڈ شریانوں کے لیے اینجیوپلاسٹی اور اسٹنٹنگ <input type="checkbox"/> Endarterectomy شریان کا آپریشن <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty کٹنی ک اینجیوپلاسٹی <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves دل کی والوز کی مرمت یا تبدیلی کے لئے پیچیدہ طریقہ کار <input type="checkbox"/> Pericardectomy پیریکارڈیکٹومی <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm Aortic اینوریسم کے لئے کم سے کم کے لئے ناگوار سرجری <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis انفیکٹیو انڈوکارڈائٹس	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ کسی بھی حالت میں کینسر یا مہلک امراض کے مخصوص ابتدائی مرحلے
Moderate Stage وسط مرحلے	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) یا امپلانٹبل کارڈیوورٹر ڈیفیبریٹر (آئی سی ڈی) کا مستقل پیس میکر کا بنیادی امپلانٹیشن <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts سرجری بطینی اسسٹ ڈیوائس والی یا پورے مصنوعی ہارٹ والی	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: کسی مہلک بیماری کی وجہ سے مندرجہ کینسر سے متعلق جو سرجریز ضروری ہیں وہ کوورڈ ہیں: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast ماسٹیکٹومی کے لیے کارسنوما میں سیٹو <input type="checkbox"/> Orchidectomy for Carcinoma-in-situ of the tests ٹیسٹ کے کارسنوما میں سیٹو کے لئے اورچائیڈکٹومی <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer پیشاب مٹانے/ T1NoMo/ پیشاب مٹانے کے کینسر کے کارسنوما میں سیٹو کے لئے کیسٹیکٹومی <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 کل پیٹ بیسٹوریکٹومی اور دو طرفہ سالپانگو-اووپہوریکٹومی کے سیٹو/عفی-میں کارسنوما کے کارسنوما میں-سیٹو/بیچہ دانی مینان *A CiS cancer claim must be payable for payment of this benefit *سی آئی ایس کے کینسر کا دعویٰ اس فائدہ کی ادائیگی کے لئے قابل ادائیگی ہونا ضروری ہے
Severe Stage سخت مرحلے	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) احتشاء عضل قلب (پہلا دل کا دورہ-مخصوص شدت کا) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy قلبی عضلات کی تکلیف <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta اہر کی بڑی سرجری <input type="checkbox"/> Open Chest CABG اوپن ہارٹ کی سی اے بی جی <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves اوپن ہارٹ کی تبدیلی یا ہارٹ کے والو کا اصلاح <input type="checkbox"/> Heart Transplant ہارٹ ٹرانسپلانٹ	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis بڑے کینسر کی تشخیص

Bank Account no: _____	بینک اکاؤنٹ نمبر: _____
Name of bank: _____	بینک کا نام: _____
IFSC code: _____	آئی ایف ایس سی کوڈ: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ڈی شن سی: وضاحت اور تصدیق

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. 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. 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 services.

میں اس کے ذریعہ یہ اعلان کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا سارے بیانات سچے اور مکمل ہیں اور میرے پاس سے کسی چیز کو دبایا نہیں گیا ہے۔ سمجھیں کہ دعویٰ فارم پیش کرنے میں PNB MetLife نے ذمہ داری تسلیم نہیں کی ہے یا پالیسی کے تحت اپنا کوئی حق معاف نہیں کیا ہے۔ میں یہاں اس معالج یا اسپتال کو مجاز بناتا ہوں جس نے کسی بیماری یا بیماری کے لئے مجھ سے شرکت کی یا اس کا معائنہ کیا ہے یا اس کا علاج کیا ہے یا میری صحت کی حالت کے بارے میں ریکارڈ پیش کیا ہے جو اس نے / یا اس سے پہلے حاصل کیا تھا یا اس پالیسی کے بعد تھا PNB MetLife کے ذریعہ جاری کیا گیا۔ میں/ہم بذریعہ PNB MetLife کو اس امر کی مزید رضامندی اور اجازت دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ PNB MetLife کی جانب سے وصول کردہ یا اس کے پاس دستیاب میری/میری ذاتی اور حساس معلومات کو (خواہ اس بیان نامے/درخواست میں درج ہوں یا کسی اور طرح سے حاصل کی گئی ہوں) جن میں KYC دستاویزات شامل ہو سکتی ہیں، اور اس دعوے، درخواست پر عمل درآمد اور/یا مابعد خدمات کی فراہمی، جن میں دعوے کے تصفیے کے نتیجے میں سامنے آنے والی خدمات شامل ہو، کے مقصد کے لئے استعمال کر سکتا ہے اور PNB MetLife سے منسلک یا الحاق شدہ یا اس کی طرف سے شامل کردہ کسی بھی فرد/تنظیم/ادارے بشمول مکرر بیمہ کنندگان، دعوے کی تحقیقاتی ایجنسیاں، ویڈیوز اور صنعتوں کی ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز پر ظاہر کر سکتا ہے۔

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
 ناشن اک ے ہتھوگنا / طختسد _____ خیرات _____

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)

شدید مرض کے دعویٰ فارم کو پُر کرنے والے فرد کی جانب سے اعلامیہ۔ (اگر شدید مرض کے دعویٰ فارم کو درخواست فارم کی زبان سے مختلف کسی اور زبان میں پُر / دستخط کیا گیا ہو)

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.

میں بذریعہ ہذا اس بات کا اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے دعویٰ کنندہ کو شدید مرض کے دعویٰ فارم کے مندرجات کی وضاحت اسے سمجھ میں آنے والی زبان میں مکمل طور پر کر دی ہے۔ اس دستاویز کو متعلقہ فرد نے پوری طرح سمجھ لیا ہے اور جوابات کو دعویٰ کنندہ کی جانب سے فراہم کردہ معلومات کے مطابق درج کر لیا گیا ہے اور یہ جوابات دعویٰ کنندہ کو باآواز بلند پڑھ کر سنا دیے گئے ہیں، اس نے سمجھ لیے ہیں اور اس نے ان کی تصدیق کر دی ہے۔

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

فارم اور دستاویز کے مندرجات کی مجھے مکمل طور پر وضاحت کر دی گئی ہے اور یہ کہ میں دستاویز ہذا میں بیان کردہ مندرجات اور پیش کردہ دعوے کے لیے اس کی اہمیت کو مکمل طور پر سمجھ چکا/چکی ہوں

Date تاریخ	Place مقام	Signature of Declarant اعلان کنندہ کے دستخط	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee دستخط / بائیں انگوٹھے کا نشان دعویٰ کنندہ / نامزد فرد
Name of Witness: _____	Signature of Witness: _____	گواہ کا نام: _____	
Address of Witness: _____	گواہ کا پتہ: _____		
Date: _____	Place: _____	تاریخ: _____	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP**شدید مرض کے اقرار نامے کی رسید**

Policy number(s) _____	پالیسی نمبر (نمبرز)	Company Seal & Stamp with Date and time کمپنی کی مہر اور اسٹیپ مع تاریخ اور وقت
Name of claimant _____	دعویٰ کنندہ کا نام	
Branch name & code _____	برانچ کا نام اور کوڈ	
Date: _____	Employee name & Code _____ ملازم کا نام اور کوڈ	

Documents Submitted:	<input type="checkbox"/> Original Policy Document پالیسی کی اصل دستاویز	<input type="checkbox"/> Photo identity & residence proof تصویری شناخت اور رہائشی ثبوت	<input type="checkbox"/> Doctor's Certificate - Critical Illness ڈاکٹر کی سند - شدید مرض
دستاویزات جمع کردہ:	<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook منسوخ شدہ چیک / بینک پاس بک کی نقل	<input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken کسی بھی گزشتہ علاج کے تمام سابقہ طبی ریکارڈز	
	<input type="checkbox"/> Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper تشخیص کردہ مرض کے تشخیصی عمل اور علاج کے مکمل طبی ریکارڈز یعنی ٹیسٹ/معائنہ کی تمام رپورٹس، اسپتال سے رخصت کا خلاصہ، اندرون اسپتال کیس پیپر		

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

اقرار نامے کی اس رسید کو دعوے کی قبولیت نہ سمجھا جائے۔ کمپنی دعوے پر عمل درآمد کا فیصلہ کرنے کے لیے اضافی دستاویزات، معلومات اور دیگر کوئی بھی مزید لوازمات طلب کرنے کا حق محفوظ رکھتی ہے۔

Documents to be submitted along with this form:

یگ ےناج یک عمج تازیواتسد هتاس ےک مراف سا:

- Original policy document
زیواتسد یسیلاپ یلصا
- Doctor's Certificate - Critical Illness
یرامیب کزان - ٹکفیٹرس یک رٹکاٹ
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
سرپیپ سیک روٹنا، یرمس جراسڈ، سٹروپر بتاقیقحت روا چناج ےراس /ٹراکیر لکیٹیم اروپ اک یرامیب روا جالع بدش صیخشت
- All past medical records for any treatment taken
ٹراکیر لکیٹیم اک جالع یهب بسک ےگ ےیل نیم یضام
- Cancelled cheque
کیچ ہنش در
- Id & residence proof
فورپ یسناہر روا یڈ یئا

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7th Floor, West Wing, Raheja Towers,26/27 MG Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India Registration number117.
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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹر شدہ دفتر: یونٹ نمبر- 701، 702 اور 703، 7 ویں منزل، رابہجا ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹکا۔ انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا رجسٹریشن نمبر 117۔
CI نمبر U66010KA2001PLC028883، ہمیں 1-800-425-6969 پر ٹول فری کال کریں، ویب سائٹ www.pnbmetlife.com، ای میل indiaservice@pnbmetlife.co.in یا پہلی منزل، ٹیکنیکل پلکس -
1، ٹیکنیکل کمپلیکس، ویر ساورکر فلائی اوور سے دائیں، گوریگاؤں (ویسٹ)، ممبئی - 400062 پر ہمیں لکھیں۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

صفحہ 4 از 4 / 4

ورژن 1.3 جنوری 20 / Jan'20 / 20