

# **Critical Illness Claim Form** সংকটজনক অসুস্থতায় বীমা দাবীর ফর্ম

POLICY NUMBER / পলিসির							
নম্ব/এস							

## Important instructions:

### গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশাবলী:

- 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. প্রয়োজনীয় বাধ্যভামূলক নখিশত্রসহকারে বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেয়ার অর্থ এই নয় যে, পলিসির অধীলে আমাদের কোম্পানি দায় শ্বীকার করে নিয়েছে। কোনো এজেন্ট/মধ্যস্বভাকারী কোম্পানির পক্ষ থেকে কোনো দায় শ্বীকার করার জন্য অনুমোদিভ নয়।
- 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 nonsubmission of the mandatory documents.
  - নীচে প্রাদত্ত প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক নিধিশ্রসহকারে এই ফর্মটি ভাড়াতাড়ি জমা দেওয়া হলে আমাদেরকে আগনার দাবীটি দ্রুভতার সাথে প্রক্রিয়া করতে সহায়তা করবে । অসম্পূর্ণ বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেওয়া এবং/ অথবাবাধ্যতামূলক নিধিশত জমা না দেওয়ার কারণে দাবী প্রক্রিয়াকরণে যেকোনো বিলম্বের জন্য পিএনবি মেটলাইফ দায়ী থাকবে না।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
  - এই ফর্মটি সম্পূর্ন বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করতে হবে।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form. ফর্মে কোনো সংশোধন/পরিবর্তন করা হলে দ্য়া করে সেথানে কাউন্টার সাইন দিন।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.

ফর্মসমূহ এবং সমস্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্র পিএনবি মেটলাইফের নিকটস্থ শাথা অফিসে বা উপরে উল্লেখিভ ঠিকানায় জমা দিভে হবে।

### Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED বিভাগ A: বীমা এ্হীতা সম্পর্কে বিস্তারিত বিবরণ

Name:		Age:					
লাম:							
Address (Current Residential Address):							
ঠিকানা (বৰ্তমান আবাসিক ঠিকানা):							
City	_ Pin Code	State					
শহর		রাজ্য					
Contact Number: Landline							
যোগাযোগের নম্বর: ল্যান্ডলাইন		/মোবাইল					
E-mail Address:		PAN No./ Form 60:					
ই-মেইল ঠিকালা:		প্যাল (PAN) লং/ফর্ম 60:					
*Aadhaar No: X X X X X		*Only last 4 digits to be mentioned.					
*আধার লং:	-	∗উল্লেথ করার জন্য কেবল শেষ 4 টি সংখ্যা।					

#### Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED বিভাগ в: বীমা এহীতার চিকিৎসা সম্পর্কিত বি

Name of Illness/Disease/Injury Sustained:						
অসুস্বভার লাম/রোগ/আঘাতের টিকে থাকা:						
Symptoms:						
লক্ষণ:						
	Date of Diagnosis:					
লক্ষণগুলির সময়কাল:	রোগ নির্ণয়ের ভারিথ:					
When were these symptoms first evident/occurred এই লক্ষণগুলি প্রথম কথন দেখা গিয়েছিল:	:					
Date and Time of Admission	Date and Time of Discharge					
হাসপাতালে ভর্তির তারিথ এবং সম্য	হাসপাভাল থেকে ছাড়া পাও্য়ার ভারিথ এবং সম্য					
Name of hospital:						
રાসশাভালের শাশ:						
Have you ever had the similar condition in past: ☐ Yes ☐ No (If "yes," provide details)						
<u>-                                   </u>						
আপনি কি অভীতে কখনও অনুরূপ অবস্থার সম্মুখীন হমেছিলেন: 🛘 হাাঁ 🗖 না (যদি "হাাঁ" খাকে ভবে বিশদ সরবরাহ করন)						

				<b></b>		
Delian annah arta		<u>CRITICAL ILLNES</u> ক্রিটিকাল ইল্লেস বা গুরু				Company Seal
Policy number(s) পলিসিব নম্বব/এ:					' <b>'</b>	& Stamp with
Name of claiman	:					Date and time তারিথ এবং
ক্লেইম কৰোঁতাৰ Branch name & c						সময় সহ কোম্পানী সীল
শাখার নাম ও বে	गड					ও স্ট্যাম্প
Date:				yee name & Code		וייוקייט
তারিথ:			কর্মচা	রীর নাম ও কোড		
Documents Submitted:		Original Policy Document আসল পলিসি লথি		's photo identity proof থৎক থনড় শ্বওভৃঠ	□ Family physician certificate পারিবারিক চিকিৎসকের প্রত্য	য়নপত্ৰ
নথিপত্র জমাকৃত:		Cancelled cheque / Copy of bank pas ক্যানসেলকৃত চেক/ব্যাঙ্ক পাসবুকের				
		PAN Card/ Form 60 of the nominee নমিনির প্যান (PAN) কার্ড/ ফর্ম 60	☐ Medical	Documents (if any) ন ডকুমেন্টস (যদি	☐ All past medical records for an	
		Complete medical records for diagno indoor case paper রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য সারাংশ, ইলডোর কেস পেপার				

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. এই শ্বীকৃতি শ্লিপটি দাবি হিসাবে গ্রহণযোগ্যতা হিসাবে তৈরি করা উচিত নয়। দাবিটি প্রক্রিয়াজাতকরণের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্ম প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত নখি, তথ্য এবং প্রয়োজনীয় যে কোনও প্রয়োজনীয়তা কল করার জন্ম সংস্থাটি তার অধিকার সংরক্ষণ করে।

Nature of Illness and Ha	abits				Date of diagnosis of Illness		
অসুখতা ও অভ্যাসের একৃতি					রোগ নির্ণযের ভারিথ		
☐ Hypertension হাইপারটেনশন	☐ Diabetes ডায়াবেটিস	☐ Asthma হাঁপানি	☐ Heart रूप्य	☐ Cancer ক্যান্সার			
☐ Tuberculosis	Other						
यस्मा	অন্যান্য						
🛘 Smoking ধূমপান	☐ Alcohol আালকোহল	☐ Tobacco ভামাক	□ Drugs মাদ≉দাব্য				
If yes, Duration of Cons	umption		&	Quantity Consumed			
পৃষ্ঠা যদি হ্যাঁ, ব্যবহারের সম	যকাল		&	পরিমাণ থরচ			
Information about the Ci মারাত্মক অসুস্বতা সম্প							
☐ Heart attack হার্ট আয়াটাক		☐ Cancer ক্যোন্সোর			G (Coronary Artery Bypass Surgery) জ (করোনারি ভ্যার্টারি বাইপাস সার্জারি)		
☐ Stroke		☐ Apallic Syr		☐ Benig	gn Brain Tumor		
ণ্ট্ৰোক □ Blindness		আাপলিক সিৰ্ Brain Surg		বিপজ্জ Coma	াক লয় এমল এরূপ ব্রেইল টিউমার a		
অন্ধত □ End Stage Liver Disea	350	এবণে অপার ☐ Heart Valv		কোমা D Maio	r Head Trauma		
সাংঘাতিক পর্যায়ের লিভার		হাট্রে ভালভ	সার্জারি	মাথায়	জটিল আঘাত		
□ Angioplasty আযাঞ্জিওগ্রাস্টি		□ Major Org জটিল অঙ্গ এ	an Transplant তিস্থাপন	□ Paral পক্ষাঘা	•		
🗆 Aplastic Anemia ভ্যাপ্লাস্টিক এলিমিয়া		☐ Cardiomy কার্ডিওমাইওপ		☐ Deaf	ness শুলতে লা পাওয়া		
☐ Parkinson's Disease		☐ Poliomyel	itis	☐ SLE v	vith Lupus Nephritis		
শারকিনসন্স রোগ □ Primary Pulmonary I	Hypertension	প্লিওমাইলাইা □ Muscular			লফাইটিস সহযোগে এসএলই iple Sclerosis		
প্রাথমিক পালমোলারি হাইপা □ Motor Neuron Disea		মাংসপেশীর প্ Medullary	্ষ্টিহীনতা Cystic Disease		ক স্কেরোসিস of Speech		
মোটর নিউরন ডিজিজ	36	মেডুলারি সি <sup>চি</sup>	টক ডিজিজ	বাকশ	के शताला		
☐ Kidney Failure কিডনি নষ্ট হয়ে যাও্য়া		□ Alzheimer আলঝেইমার			ery to Aorta সার্জারি		
☐ Major Burns অলেক বেশী পুড়ে যাওয়া		□ Terminal I মারাক্তক অসু		☐ Loss অজহানি			
Loss of Independent     अधीनलाद ह्लाफ्ट्र क्ट्रा		☐ Chronic Lu দীর্ঘস্থায়ী ফুস	ing Disease				
Section C: PAYMENT – N বিভাগ C: পেমেন্ট – NEI	FT						
Bank Account no: ব্যাংক আযাকাউন্ট নশ্বর:							
Name of bank:							
বাংকের লাম: IFSC code:							
আই এফ এম সি কোড:							
Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION							
বিভাগ D: ঘোষণা ও অ	~						
that in furnishing claim f hospital who has attende regarding my state of hea আমি এইমর্গে ঘোষণা করছি যে, মেটলাইফ দায় খীকার করেনি বা	orm PNB MetLife ha: ed upon or examined alth which he/they m: উপরের বর্ণিত সমন্ত বক্তব েউক্ত গ্রাডিষ্টান বীমা পণিটি	s not admitted liab or treated me for a ay have acquired w ্য সভ্য ও সম্পূর্ণ এবং ার অধীলে ভার কোলো	ility or waived ar any ailment or illi hether before or ভার একটুও আমার দ অধিকার পরিভ্যাগ করে	ny of its rights under th ness to divulge any kno after the policy was issu বারা কোনোভাবে গোপন করা নি । আমি এইমর্ফে গিএনবি	ssed or with - held from my side. I understand ne policy. I hereby authorize the physician o wledge or information or furnish the record ued by PNB MetLife. হমনি । আমি বুঝেছি যে দাবীগত্ত দাখিলের ফলে গিএন দেউলাইফ কর্তৃক আমাকে বীমা পলিসি ইস্যু করার আগে ব দর নিকট আমার স্বাম্খব সম্পর্কিত রেকর্ডসমূহ খাকলে ভ		
available with PNB Meti organisation / entity asso association / federations, আসমি/আমরা আরো সম্বাতি জাণ তথ্য (এই বিবৃতিতে অন্তর্ভুক্ত <sup>হ</sup>	Life (whether contain ociated or affiliated w , for the purpose of p मन कत्रष्टि ও অनूसापन पि साकूक जथवा जना काला ए त कत्रष्ट भात्रत्व এवर मूनः <sup>ह</sup>	ned in this statemo vith or engaged by rocessing this claim জ্ব মে, পিএনবি মেটলাইফ চাবে সংগৃহিত হউক লা ( মামকারী প্রতিষ্ঠান, বীসা	ent or obtained PNB MetLife, inc and/or for provic কর্ত্ক সংগ্রহক্ত বা কলো) এবং এর মধ্যে দাবী সম্পর্কিত ভদম্ভক	otherwise) which may luding reinsurers, claim ding subsequent service পিএনবি মেট লাইফ এর নিকট কেওয়াইসি নমিগত্রও অন্তর্ভুক্ত	ensitive information of mine/our collected o include KYC documents to any individual investigative agencies, vendors and industr ৪. থাকা আমার/আমাদের যে কোনো ব্যক্তিগত ও সংবেদনশী খাকতে গারে, এই দাবী প্রক্রিয়া করতে এবংঅথবা পরবর্ত্ত সমিতি/কেডারেশ্শনমহ পিএনবি মেটলাইফ এর সাথে সংশ্লিয়		
`				Date			
ষাক্ষর/বাম আঙুলের ছাপ				তারিথ			
from that of application	form)		•		n is filled up / signed in a language differen প্রণ করা / স্বাক্ষরিত হয়)		
I hereby declare that I has same have been fully und been read out to, fully un	ave fully explained th derstood by him/her a nderstood and confirn আমি সমালোচনামলক অসুষ	e contents of the C and the replies have ned the claimant. ভা দাবি ফর্মের বিষয়বং	ritical Illness Claii e been recorded a s দাবিদারকে ভার /	m form to the claimant as per the information । ভার দবারা বোঝালো ভাষায	in the language understood by him/her. Th provided by the claimant and the replies hav সম্পূর্ণ ব্যাথ্যা করেছি। এটি তার / তার দ্বারা প্রোগ		
The content of the form a for the proposed Claim	nd document have be	en fully explained t	o me and that I ha	ve fully understood the	content mentioned herein and its significanc ভাৎপর্য 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: <a href="www.pnbmetlife.com">www.pnbmetlife.com</a>, Email: <a href="mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in">indiaservice@pnbmetlife.co.in</a> 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

শিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুবেস কোম্পানি লিমিটেড বেজস্টার্ডঅফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওমেস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ইন্সুবেস বেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপ্মেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ক্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওমেবসাইট: <u>www.pnbmetlife.com</u>, ইমেল: <u>indiaservice@pnbmetlife.co.in</u> বা আমাদের লিথে পাঠান

Date	Place	Signature of Declarant/ Witness	Signature / Left thumb Impression Claimant/				
তারিথ	স্থান	সাঙ্কীর স্বাক্ষর/ঘোষণাকারী	Nominee				
			দাবীকারী/উত্তরাধিকারীর স্বাক্ষর/বৃদ্ধাঙ্গুলের ছাপ				
Name of Declarant/ Witr	ness:	Address of Declarant/ \	Address of Declarant/ Witness:				
ঘোষণাকারী/সাষ্ষীর নাম:		ঘোষণাকারী/সাঙ্কীর ঠিকানা: _	ঘোষণাকারী/সাক্ষীর ঠিকালা:				
Contact No. of Declarant	:/ Witness:	Claimant relation with	Claimant relation with Declarant/ Witness:				
ঘোষণাকারী/সাষ্ষীর যোগাযোগের	নশ্ব:	সাঙ্কী/ঘোষণাকারীর সাখে দাবি	সাঙ্কী/ঘোষণাকারীর সাখে দাবিদারের সম্পর্ক:				
Date:		Place:	Place:				
			শ্বাল:				

### Mandatory Documents to be submitted along with this form: বাধ্যতামূলক 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 চিকি[সাকারী ডাক্তারের কাছ (শকে), স্ট্যান্ডার্ডক্ত PNB মেটলাইফের ফরম্যাটে হলে ভালো হ্ম
- Discharge Summary confirming the surgery undergone সম্পন্নকৃত অন্ত্ৰোপচার নিশ্চিতকারী ডিসচার্জ সামারি
  - All past medical records for any treatment taken কোনো গৃহীত চিকি**ৎ** সার জন্য অতীতের সমস্ত মেডিক্যাল রেকর্ডস
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook ক্যানসেলড চেক/ব্যাঙ্কের পাসবইযের কপি
- PAN Card/ Form 60 of the life assured প্যান কার্ড / জীবন নিশ্চিভ 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 বেলেফিট ক্লেইম ফর্ম সংশ্লিষ্ট ডাক্তারের দ্বারা প্রত্যয়িত করতে হবে
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH শাথা/GPH-এ প্রাপ্ত ঞ্জেইমের ক্ষেত্রে ভৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে ঞ্লেইমের জানান গ্রাপ্ত হলে, দাবীকারীর কাছ শেকে অথরাইজেশন চিঠি

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request মলে রাথবেল: অলুরোধটির সাথে KYC প্রমাণ হিসেবে আধার কার্ড দেওয়া হলে, অলুগ্রহ করে, আধার কার্ডের প্রথম ৪টি অংক ঢেকে রাথুল

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: <a href="www.pnbmetlife.com">www.pnbmetlife.com</a>, Email: <a href="mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in">indiaservice@pnbmetlife.co.in</a> 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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্সূরেন্স কোম্পানি নিমিটেড রেজস্টার্ডঅফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ইন্সুবেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইভিয়া বেজিস্ট্রেশন নম্বর 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ক্রি লম্বুর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুল, ওমেবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠাল