Critical Illness Claim Form
ਕ੍ਰਿਟੀਰਲ ਇਲਨੈਸ ਰਲੇਮ ਫਾਰਮ

POLICY NUMBER / ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ													

Important instructions:

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸ਼ੁਰੂਆਤ:

- 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 ਦਸਤਾਵੇਜਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਭਰੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੰ ਜਮਹ੍ਰਾਂ ਕਰਾਉਣਾ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵਿਹਤ ਸਾਡੀ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਏਜੰਟ /ਵਿਚੋਲਗੀਰ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਿਧਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਅਿਧਕਾਰਤ 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 ਵਿਚ ਲਿਆਉਣ ਵਿਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਹੋਵੇਗੀ। ਪੀਐਨਬੀ ਮੇਟਲਾਈਫ ਅਧੂਰੇ ਦਾਅਵ ਦ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾਂ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜਾਂ ਨੂੰ ਨਾ ਜਮਹਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪਗ੍ਰਕਿਰਆ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀ ਰਹੇਗੀ।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
  ਬਲੌਕ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿਚ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰੀ ਤਰਹ੍ਾਂ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਹੈ।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
  ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਊ ਟਰ-ਸਾਈਨ ਕਰੋ ਜਿੱਥੇ ਫਾਰਮ ਵਿਚ ਸੋਧਾਂ / ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
  ਗਜ਼ਿਟਡ ਅਫ਼ਸਰ / ਨੋਟਰੀ ਪਬਿਲਕ / 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 ਮੇਟਲਾਈਫ ਦੇ ਨਅਰਅਰਡ ਬਰਾਂਚ ਦ ਤਰ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਪਤੇ ਤੇ ਜਮਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ A: ਲਾਈਫ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ

Name: ______________________________ Age: ______________
ਨਾਮ: ______________________________ ਉਮਰ: ______________

Address (Current Residential Address): ______________________________

____

ਪਤਾ (ਵਰਤਮਾਨ ਲਰਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ): ______________________________

____

City ______________ Pin Code ______________ State ______________
ਸ਼ਿਹਰ ______________ ਪਿੰਨ ਕੋਡ ______________ ਰਾਜ ______________

Contact Number: Landline ______________ /Mobile ______________
ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: ਲੈਂਡਲਾਈਨ ______________ /ਮੋਬਾਈਲ ______________

E-mail Address: ______________ PAN No./ Form 60: ______________
ਈਮੇਲ ਖਾਤਾ: ______________ ਪੈਨ ਨੰਬਰ./ ਫਾਰਮ 60:: ______________

*Aadhaar No: | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | *Only last 4 digits to be mentioned.
*ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ: * ਕੇਵਲ ਅੰਤਿਮ 4 ਅੰਕ ਦਰਸਾਏ ਜਾਣ।

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ B: 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: ☐ Yes ☐ No (If "yes," provide details) ______________________________

____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਪਰ੍ਤੀ ਸਾਲ ਦੀ ਇਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿਚ ਰਹੇ ਹੋ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ "ਹਾਂ," ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) ______________________________

____

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਰਸੀਦ ਸਲਿੱਪ

Policy number(s) ______________, ______________, ______________, ______________,
ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Name of claimant ______________________________
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ

Branch name & code ______________________________
ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ

Date: ______________ **Employee name & Code** ______________
ਮਿਤੀ: **ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ**

Company Seal & Stamp with Date and time
ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਸੀਲ ਅਤੇ ਮੋਹਰ

Documents Submitted:
ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਖ਼ਲ ਕੀਤੇ ਗਏ:

- ☐ **Original Policy Document** / **ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼**
- ☐ **Claimant's photo identity proof** / **ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ**
- ☐ **Family physician certificate** / **ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਬੂਤ**
- ☐ **Cancelled cheque / Copy of bank passbook** / **ਕੈਂਸਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ / ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ**
- ☐ **Attending physician certificate** / **ਅਟੈਂਡ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ**
- ☐ **PAN Card/ Form 60 of the nominee** / **ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੈਨ ਕਾਰਡ/ ਫਾਰਮ 60**
- ☐ **Medical Documents (if any)** / **ਮੈਡੀਕਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਵੇ)**
- ☐ **All past medical records for any treatment taken** / **ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ਼ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪੁਰਾਣੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ**
- ☐ **Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper** / **ਪਤਾ ਲਗਾਈ ਗਈ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਇਲਾਜ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਯਾਨੀ ਕਿ ਸਾਰੇ ਟੈਸਟ/ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ਼ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਇਨਡੋਰ ਕੇਸ ਪੇਪਰ**

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.
ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਇਸ ਰਸੀਦ ਨੂੰ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ। ਕੰਪਨੀ ਕੋਲ ਕਲੇਮ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜਾਂ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲੋੜ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖ਼ਵਾਂ ਹੈ।

Nature of Illness and Habits ਬੀਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਿਕਰਤੀ	Date of diagnosis of Illness ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
☐ Hypertension ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ ☐ Diabetes ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ ☐ Asthma ਦਮਾ ☐ Heart ਦਿਲ ☐ Cancer ਕੈਂਸਰ ☐ Tuberculosis ਤਪਦਿਕ Other.. ਹੋਰ	
☐ Smoking ਤਮਾਖੂਨੋਸ਼ੀ ☐ Alcohol ਅਲਕੋਹਲ ☐ Tobacco ਤੰਬਾਕੂ ☐ Drugs ਡਰੱਗਜ਼ If yes, Duration of Consumption______________________________________ & Quantity Consumed _____________________________________ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ ç____ ਅਤੇ ਖਪਤ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ______________________________________	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ)

☐ Heart attack ਦਿਲ ਦੇ ਦੌਰੇ	☐ Cancer ਕੈਂਸਰ	☐ CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ਸੀ.ਏ.ਬੀ.ਜੀ. (ਕੋਰੋਨਰੀ ਆਰਟਰੀ ਬਾਈਪਾਸ ਸਰਜਰੀ)
☐ Stroke ਸਟਰੋਕ	☐ Apallic Syndrome ਅਪਾਲਿਕ ਸਿੰਡਰੋਮ	☐ Benign Brain Tumor ਬਿੰਨਾਈਨ ਬਰੇਨ ਟਿਊਮਰ
☐ Blindness ਅੰਨ੍ਹਾਪਣ	☐ Brain Surgery ਦਿਮਾਗੀ ਸਰਜਰੀ	☐ Coma ਕੋਮਾ
☐ End Stage Liver Disease ਅੰਤਮ ਪੜਾਅ ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	☐ Heart Valve Surgery ਦਿਲ ਦੀ ਵਾਲਵ ਦੀ ਸਰਜਰੀ	☐ Major Head Trauma ਮੇਜਰ ਹੈਡ ਟਰੈਮਾ
☐ Angioplasty ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ	☐ Major Organ Transplant ਮੇਜਰ ਅੰਗ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ	☐ Paralysis ਅਧਰੰਗ
☐ Aplastic Anemia ਐਪਲਾਸਟਿਕ ਅਨੀਮੀਆ	☐ Cardiomyopathy ਕਾਰਡਿਓਮੋਏਪੈਥੀ	☐ Deafness ਬੋਲਾਪਣ
☐ Parkinson's Disease ਪਾਰਕਿੰਸਨ'ਸ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	☐ Poliomyelitis ਪੋਲੀਓਮਾਈਲਾਈਟਿਸ	☐ SLE with Lupus Nephritis ਲੂਪਸ ਨੈਫ਼ਰਮਿਸ ਦੇ ਨਾਲ SLE
☐ Primary Pulmonary Hypertension ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਪਲਮਨਰੀ ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ	☐ Muscular Dystrophy ਮਾਸਕੂਲਰ ਡਾਈਸਟ੍ਰੋਫਾਈ	☐ Multiple Sclerosis ਮਲਟੀਪਲ ਸਕੇਲੋਰੋਸਿਸ
☐ Motor Neuron Disease ਮੋਟਰ ਨਯੂਰੋਨ ਰੋਗ	☐ Medullary Cystic Disease ਕਮਯੂਨਰੀ ਸਿਸਟਿਕ ਰੋਗ	☐ Loss of Speech ਸਪੀਚ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ
☐ Kidney Failure ਗੁਰਦੇ ਫੇਲ੍ਹ	☐ Alzheimer's Disease ਅਲਜ਼ਾਈਮਰ ਰੋਗ	☐ Surgery to Aorta ਏਓਰਟਾ ਤੋਂ ਸਰਜਰੀ
☐ Major Burns ਮੇਜਰ ਬਰਨਸ	☐ Terminal Illness ਟਰਮੀਨਲ ਬੀਮਾਰੀ	☐ Loss of Limbs ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ
☐ Loss of Independent Existence ਸੁਤੰਤਰ ਹੋਂਦ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ	☐ Chronic Lung Disease ਗੰਭੀਰ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	

Section C: PAYMENT – NEFT
ਸੈਕਸ਼ਨ C: ਭੁਗਤਾਨ – NEFT

Bank Account no: ____
ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: ____
Name of bank: ____
ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ: ____
IFSC code: ____
IFSC ਕੋਡ: ____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION
ਸੈਕਾ ਨ D: ਐਲਾਨ ਅਤੇ ਅਥਾਰਟੀ

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.

ਮੈਂ ਇਥੋਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਸਾਰੇ ਬਿਆਨ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਵੀ ਮੇਰੇ ਪਾਸਿਓਂ ਦਬਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੇ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੋਈ ਦੇਣਦਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸਦਾ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਮੁਆਫ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਥੇ ਇਕ ਵੈਦ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਜਿਸ ਨੇ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਮੇਰੀ ਹਾਜ਼ਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ, ਜੋ ਉਸਨੇ / ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਨੀਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿਚ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੀ ਮੇਰੀ / ਸਾਡੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਵਾਂਗੇ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਾਂਗੇ (ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਬਿਆਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਹਨ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪੀ.ਐਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਫ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਜਾਂ ਜੁੜੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ / ਸੰਗਠਨ / ਇਕਾਈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਬੀਮਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਦਾਅਵੇ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕਰੇਤਾ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਸੰਘ / ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ, ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ।

Signature/Left Thumb impression ____ Date ______________________________

ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ ____ ਤਾਰੀਖ ______________________________

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)
ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਭਰੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ। (ਜੇਕਰ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਅਰਜੀ ਫਾਰਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ/ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ)

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.

ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਦਰ ਨੇ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਹੈ।

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

ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਬਾਰੇ ਮੈਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਈ ਸਮੱਗਰੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਕਲੇਮ ਲਈ ਇਸ ਦੇ ਮਹੱਤਵ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ

Date ਮਿਤੀ	Place ਸਥਾਨ	Signature of the Declarant/ Witness ਦਾਵੇਦਾਰ/ ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ

Name of Declarant/ Witness: ______________________
ਘੋਸ਼ਣਾਕਾਰ/ ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________
Contact No. of Declarant/ Witness: ______________________
ਘੋਸ਼ਣਕਾਰ/ ਗਵਾਹ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: ______________________
Date: ______________________
ਮਿਤੀ: ______________________

Address of Declarant/ Witness: ______________________
ਘੋਸ਼ਣਾਕਰਤਾ/ਗਵਾਹ ਦਾ ਪਤਾ: ______________________
Claimant relation with Declarant/ Witness: ______________________
ਘੋਸ਼ਣਾਕਾਰ/ ਗਵਾਹ ਨਾਲ ਦਾਵੇਦਾਰ ਦਾ ਰਿਸ਼ਤਾ: ______________________
Place: ______________________
ਸਥਾਨ: ______________________

Mandatory Documents to be submitted along with this form:
ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
  ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਫੈਮਿਲੀ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਵਲੋਂ) ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਰਕੇ ਮਿਆਰੀ ਪੀਐਨਬੀ ਮੇਟਲਾਈਫ ਫਾਰਮੇਟ ਵਿੱਚ
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
  ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਡਿਸਚਾਰਜ਼ ਦਾ ਸੰਖੇਪ
- All past medical records for any treatment taken
  ਲਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਾਰੇ ਪਿਛਲੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
  ਕੈਂਸਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ/ ਬੈਂਕ ਦੀ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
  ਪੈਨ ਕਾਰਡ / ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਦਾ ਫਾਰਮ 60
- Current address proof
  ਪਤੇ ਦਾ ਵਰਤਮਾਨ ਸਬੂਤ
- Photo identity proof
  ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
  ਸੰਬੰਧਿਤ ਡਾਕਟਰ ਰਾਹੀਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਕਦੀ ਲਾਭ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
  ਸ਼ਾਖਾ/ ਜੀਪੀਐਚ 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਕਲੇਮਾਂ ਲਈ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਰਾਹੀਂ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਦਾਵੇਦਾਰ ਵਲੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request
ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ ਦੇ ਪਹਿਲੇ 8 ਅੰਕਾਂ ਨੂੰ ਢਕੋ ਜੇਕਰ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ