

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care దావా ఫారమ్ - పిఎన్బి మెట్లైఫ్ మేరా హార్ట్ & క్యాన్సర్ కేర్

POLICY NUMBER / పాలీసీ నెంబరు

Important instructions :
ముఖ్యమైన దోహదములు :

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.

అవసరమైన తప్పింపు పత్రాలతో ముటు పూరించిన టికె వారం యొక్క సమర్పణ, ములసీ కింద మా కంపెనీ అర్హతరు అనుమతిగా భావించకూడదు. ఎవరెన్జా ఏజెంట్ / మధ్యవర్తి కి కంపెనీ తరదాన ఎటువంటి అర్హతలను అనుమతించటానికి అధికారం మెదు.

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.

దిపావ ఇచ్చిన అవసరమైన తప్పింపు పత్రాలతో ముటు ఈవారం యొక్క శీఘ్ర సమర్పణ, మీ టికెను వేగంగా మురాదోలు రయదాఫీకి మారు సహాయపడుతుంది. పిఎన్బి. మెట్ లైఫ్ అసంపూర్ణ టికె రం మపామ్ / మెటి తప్పింపు పత్రాలతో వ. రయప పక్కామె టికె మురాదోలుకూపా అలససీకానరు ధ్వనీత వహించదు.

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

ఈ ఫారాన్ని పూర్తిగా బ్లాక్ లెటర్స్ లో నింపాలి.

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

దయరీసి వారర్య సవరణతో / మారులను రీసిన చోట ద్రు వీకరణ సంతకం రయండి.

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

గెజిటెడ్ ఆఫీసర్ / నోటరీ పబ్లిక్ / మేజిస్ట్రేట్ మెటి స్టాఫిక అధికాపా యొక్క సాక్షి సంతకం తప్పింపు.

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

పమరాహా & అప్స్ అవసరమైన పమరాహా పిఎన్బి. మెట్ లైఫ్ యొక్క సమీప శాఖ కారాసీలయంయ మెటి పెన్స పేర్కొన్న చిరునామ్యాసమపార్దదాలి.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

విభాగం A: భీమా సభయ యొక్క వివరాలు

Name: _____ Age: _____
పేరు: _____ వయసు: _____
Address (Current Residential Address): _____
చిరునామా (ప్రస్తుత నివాస చిరునామా): _____
City _____ Pin Code _____ State _____
సిటీ _____ పిన్ కోడ్ _____ రాష్ట్రం _____
Contact Number: Landline _____ / Mobile _____
సంప్రదింపు నెంబరు: ల్యాండ్ లైన్ _____ / మొబైల్ _____
E-mail Address: _____ PAN No. / Form 60: _____ *Aadhaar No:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

ఇ-మెయిల్ చిరునామా: _____ పాన్ నెంబరు./ఫారం 60: _____ *ఆధార్ నం.: _____
*Only last 4 digits to be mentioned.
*కేవలం చివరి 4 అంకెలు మాత్రమే తెలపాలి.

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

విభాగం B: జీవిత బీమా చేసిన వైద్య చరిత్ర

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
అస్వస్థత/వ్యాధి యొక్క పేరు/గాయం తగిలిన వారు: _____
Symptoms: _____
లక్షణాలు: _____
Duration of symptoms: _____ Date of Diagnosis: _____
లక్షణాల వ్యవధి: _____ రోగ నిర్ధారణ తేదీ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____
ఎప్పుడు ఈ లక్షణాలు మొదటి సారి సప్టట్లైన్ / సంభవించింది: _____
Date and Time of Admission _____ Date and Time of Discharge _____
పర్యేక తేదీ మరియు సమయం _____ డిశ్చార్జ్ తేదీ మరియు సమయం _____
Name of hospital: _____
ఆసుపత్రి పేరు: _____
Have you ever had the similar condition in past: Yes No (If "yes," provide details) _____
మీరు ఎప్పుడైనా గతములో ఇలాంటి పరిస్థితిని కలిగి ఉన్నారా: అవును కాదు ("అవును, " అయితే వివరాలను తెలియచేయండి) _____

Nature of Illness and Habits అనారోగ్యం మరియు అలవాట్ల స్వభావం	Date of diagnosis of Illness అనారోగ్యం నిర్ధారణ తేదీ
<input type="checkbox"/> Hypertension రక్తపోటు <input type="checkbox"/> Diabetes మధుమేహం <input type="checkbox"/> Asthma అస్తమీ <input type="checkbox"/> IHD ఐ హా డీ <input type="checkbox"/> Malignancy మాల్నిగ్నాన్సీ Other..... ఇతర	
<input type="checkbox"/> Smoking దూమపానం <input type="checkbox"/> Alcohol ఆల్కహాల్ <input type="checkbox"/> Tobacco పొగాకు <input type="checkbox"/> Drugs డ్రగ్స్ If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ అవును అయితే, వినియోగం యొక్క వ్యవధి _____ & పరిమాణం వినియోగించబడుతుంది _____	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
సంకటమయిన వ్యాధి గురించి సమాచారం (దయచేసి అనారోగ్యం నిర్ధారించండి)

List of Heart conditions covered under Heart Cover గుండె కవర్ కింద కవర్ చేయబడే గుండె పరిస్థితుల జాబితా	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover క్యాన్సర్ కవర్ కింద కవర్ చేయబడే క్యాన్సర్ పరిస్థితుల జాబితా
Mild Stage తేలికపాటి దశ	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) యాంజియోప్లాస్టీ (కరోనరీ అర్టరీస్ కోసం స్టెంటింగ్) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries యాంజియోప్లాస్టీ మరియు కరోటిడ్ అర్టరీస్ కోసం స్టెంటింగ్ <input type="checkbox"/> Endarterectomy ఎండోఆర్టరెక్టమీ <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty మూత్రపిండ యాంజియోప్లాస్టీ <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves హార్ట్ వాలవ్ల యొక్క మరమ్మత్తు లేదా పర్చ్యూటాన్యోస్ కోసం పెర్క్యూటాన్యోస్ విధానాలు <input type="checkbox"/> Pericardectomy పెరికార్డెక్టమీ <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm అయోటిక్ యాన్జూమ్ కోరకు కనీసపు ఇంఫూజన్ మెంట్ శస్త్రచికిత్స <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis ఇన్ఫెక్టివ్ ఎండోకార్డియోటిస్	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ పర్సోన్ల ప్రారంభ దశ క్యాన్సర్ లేదా కార్సినోమా-ఇన్-సిటు
Moderate Stage మితమైన దశ	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) ఇంప్లాంట్ చేయదగిన కార్డియోవెర్టర్ డిఫిబ్రిలేటర్ (ICD) యొక్క హార్ట్ యొక్క శాశ్వత పేస్ మేకర్ యొక్క ప్రారంభ అమరిక <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts జరరక సహాయక పరికరాలు లేదా మొత్తం కృత్రిమ హృదయాలను ఉంచడానికి శస్త్రచికిత్స	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: అర్హత కలిగిన కార్సినోమా వల్ల క్యాన్సర్ సంబంధిత శస్త్రచికిత్సలు చేయాల్సిన తరువాత-సిటు క్యాన్సర్ క్లెయిం* కవర్ చేయబడతాయి: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast రోమ్ము యొక్క కార్సినోమా-ఇన్-సిటు కోసం మాస్టెక్టమీ <input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the tests పరీకష్టోల్ కార్సినోమా-ఇన్-సిటు కోసం ఆరికైకోమీ <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer యూరినరీ మూత్రాశయం / T1NoMo మూత్రాశయపు క్యాన్సర్ యొక్క కార్సినోమా-ఇన్-సిటు కోసం సిస్టెక్టమీ <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 మొత్తం కడుపు గర్భాశయం మరియు ద్వైపార్శ్య సల్పింగ్-ఓఫోరెక్టమీ ఫర్ కార్సినోమా-ఇన్-సిటు ఆఫ్ ది సెర్విక్స్ / కార్సినోమా-ఇన్-సిటు ఆఫ్ సిటర్ ఆఫ్ ది అంవర్స్ / కార్సినోమా-ఇన్-సిటు ఒవరీ కోసం *A CiS cancer claim must be payable for payment of this benefit *ఈ పర్సోన్ల యొక్క చెల్లింపు కోరకు CiS క్యాన్సర్ దాని చెల్లింపడానికి ఉంటుంది
Severe Stage తీవ్రమైన దశ	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) మయోకార్డియల్ ఇన్ఫార్క్షన్ (ప్రథమ హార్ట్ అటాక్ - నిర్దిష్ట తీవ్రత) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy కార్డియోమయోపతి <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta ఆరేటా యొక్క మేజర్ శస్త్రచికిత్స <input type="checkbox"/> Open Chest CABG ఓపెన్ చెస్ట్ CABG <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ఓపెన్ హార్ట్ రీప్లెస్ మెంట్ లేదా హార్ట్ వాలవ్స్ రిపేర్ <input type="checkbox"/> Heart Transplant గుండె మార్పిడి	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis మేజర్ క్యాన్సర్ నిర్ధారణ

Section C: PAYMENT – NEFT

విభాగం C: చెల్లింపు - నెఫ్ట్

Bank Account no: బ్యాంక్ ఖాతా సంఖ్య:
Name of bank: బ్యాంక్ పేరు:
IFSC code: IFSC కోడ్:

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

విభాగం D: పరకీటన & అధికారపత్రం

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/organization/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.

పైన పేర్కొన్న అన్ని ప్రకటనలు కూడా సత్యమూ మరియు సంపూర్ణమూ అని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను మరియు నా వైపు నుంచి ఏదీ కూడా అణచివేయబడింది లేదా నిర్వహించలేదు. క్లెయిం ఫారంపై పి ఎన్ బి మెట్ లైఫ్ బాధ్యత వహించదు లేదా పాలసీ కింద దాని యొక్క ఏదైనా హక్కులను రద్దు చేయలేదని అర్థం చేసుకోండి. పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ద్వారా పాలసీ జారీ చేసిన తరువాత లేదా తరువాత అతడు/ఆమె కొనుగోలు చేసిన నా ఆరోగ్య స్థితికి సంబంధించిన రికార్డులను లేదా ఏదైనా అస్వస్థత లేదా అస్వస్థతను కలిగి ఉన్న లేదా పరీక్షించిన లేదా చికిత్స చేసిన వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రికి నేను ఇందుమూలంగా అధికారం ఇస్తున్నాను. పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ (ఈ స్టేట్ మెంట్ లేదా ఏదైనా పొందబడ్డ) యొక్క ఏదైనా వ్యక్తిగత/సంస్థ/సంస్థకు KYC డాక్యుమెంట్ లు చేర్చవచ్చు మరియు పి ఎన్ బి మెట్ లైఫ్ కు అనుబంధంగా ఉన్న లేదా అసోసియేట్ అయిన నా/మా ద్వారా సేవించిన లేదా లభ్యం అవుతున్న ఏదైనా వ్యక్తిగతమైన మరియు సున్నితమైన సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి మరియు వెల్లడించేందుకు పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ని నేను/మేం ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాం. ఈ క్లెయిం ప్రాసెసింగ్ కొరకు మరియు/లేదా అందించడం కొరకు రీన్సూర్లర్లు, క్లెయిం పరిశోధనాత్మక ఏజెన్సీలు, వెండర్ లు మరియు ఇండస్ట్రీ అసోసియేషన్/పెడరేషన్లు సహా తదుపరి సేవలు.

Signature/Left Thumb impression: దావాదారుడు/నామినీ యొక్క సంతకం/ఎడమ
Date: తేదీ

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)

దావా పత్రంలో నింపుతున్న వ్యక్తి ద్వారా ప్రకటన. (ఈ దావా పత్రము, దరఖాస్తు పత్రంలో గల భాష కాకుండా ఇతర భాషలో నింపబడుతున్న/సంతకం చేయబడుతున్న సందర్భంలో)

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.

నేను ఈ క్లిష్టమైన జబ్బుల దావా పత్రంలో ఉన్న విషయాలను దావాదారునికి అర్థమయ్యే భాషలో అతనికి/ఆమెకు పూర్తిగా వివరించానని ఇందుమూలముగా ప్రకటిస్తున్నాను. దీనిని, అతని/ఆమె పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నారు మరియు దావాదారుడు అందించిన సమాచారం ప్రకారం జవాబులు రికార్డు చేయబడ్డాయి మరియు ఆ జవాబులు తిరిగి చదవబడ్డాయి మరియు అవన్నీ దావాదారుని ద్వారా పూర్తిగా అర్థం చేసుకోబడి ధృవీకరించబడ్డాయి.

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

ఈ ఫారం మరియు పత్రంలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడినవి మరియు ఇక్కడ తెలిపిన విషయాలను మరియు ప్రతిపాదిత దావా కొరకు దీని ప్రాధాన్యత గురించి నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను

Table with 4 columns: Date/తేదీ, Place/స్థలం, Signature of Declarant/ప్రకటనదారుని సంతకం, Signature / Left thumb Impression/Claimant/ Nominee/దావాదారుడు/నామినీ యొక్క సంతకం/ఎడమ బొటనవేలి ముద్ర. Includes fields for Name of Witness, Address of Witness, Date, Place.

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

క్లిష్టతర జబ్బుల గుర్తింపు చీట్

Company Seal & Stamp with Date and time
తేదీ మరియు సమయంతో సహా కంపెనీ సీలు మరియు స్టాంపు

Policy number(s): పాలసీ నంబరు(లు)
Name of claimant: దావాదారుని పేరు
Branch name & code: బ్రాంచి పేరు మరియు కోడ్
Date: తేదీ
Employee name & Code: ఉద్యోగి పేరు మరియు కోడ్

Documents Submitted: పత్రాలు
Original Policy Document: అసలైన పాలసీ పత్రము
Photo identity & residence proof: ఫోటో గుర్తింపు మరియు నివాస ఋజువు
Doctor's Certificate - Critical Illness: వైద్య ధృవీకరణ పత్రము - క్లిష్టతర జబ్బులు
Cancelled cheque / Copy of bank passbook: క్యాన్సిల్డ్ చెక్ / బ్యాంకు పాస్ బుక్ నకలు
All past medical records for any treatment taken: ఏదైనా చికిత్స కోసం గత వైద్య రికార్డులు
Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed: వ్యాధి నిర్ధారణ కొరకు సంపూర్ణ వైద్య రికార్డులు మరియు వ్యాధినిర్ధారణ యొక్క చికిత్స అంటి పరీక్ష/పరిశోధన నివేదికలన్నీ, డిశ్చార్జి సారాంశం, ఇండోర్ కేస్ పత్రము

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. గుర్తింపు చీట్ అనేది దావా కొరకు అంగీకారముగా పరిగణించబడదు. దా దావా యొక్క ప్రక్రియపై నిర్ణయం తీసుకోవడానికి ఏదైనా అదనపు పత్రాలను, సమాచారాన్ని మరియు అవశ్యకమైన ఏదైనా మరిన్ని పత్రాలను కొరడానికి కంపెనీకి గల తన హక్కులన్నీ వరకొందవచ్చు.

Documents to be submitted along with this form:

ఈ ఫారం తో పాటు సమర్పించవలసిన పత్రాలు:

- Original policy document
అసలు పాలసీ పత్రం
- Doctor's Certificate - Critical Illness
రిస్టిత్సాలుకరణ పత్రం- సంకటమయిన వాసిధి
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
అన్ని పరీక్ష / విచారణ నివేదికలు, తాత్కాలిక సారాంశం, ఇండోర్ కేసు పత్రాల నిర్ధారణ అనారోగిం యొక్క రోగ నిర్ధారణ మరియు చికిత్స కోసం పూర్తి రిడ్రస్ రికార్డులు
- All past medical records for any treatment taken
గతములో చేసిన అన్ని రిడ్రస్ చికిత్స నివేదనలు
- Cancelled cheque
రద్దువేయబడిన చెక్
- Id & residence proof
ఐతా & నివాస రుజువు

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

పిఎస్బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

నమోదిత కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్నాటక, భారత దీమా నియ్య మరియు అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117, CI
No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు
చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు, టెక్నిప్లెక్స్-1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర్ సావర్కర్ ఫ్లైవేవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203