

Critical Illness Claim Form

نازک بیمار دعوی فارم

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/ اینٹرمیڈی کے 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 اسٹینڈنگ 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 _____	پن کوڈ _____										
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____										
رابطہ نمبر: لینڈ لائن _____	موبائل _____										
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____										
ای میل: _____	نمبر / فارم 60: _____										
*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	*Only last 4 digits to be mentioned. *صرف آخر کے 4 ہندسے درج کریں۔
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	*آدھار نمبر:										

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

سیکشن بی: تاعمر بیمہ شدہ کی طبی تفصیل

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	نام: _____
Symptoms: _____	علامات: _____
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
علاقہ کی مدت: _____	تشخیص کی تاریخ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	یہ علامات کب عموماً پہلے رونما ہوئی تھیں/پہلی بار: _____
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"/> نہیں (اگر "ہاں" تو تفصیلات فراہم کریں)

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

شدید مرض کے اقرار نامے کی رسید

Policy number(s) _____

Name of claimant _____

Branch name & code _____

Date: _____ Employee name & Code _____

Documents Submitted: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Family physician certificate

Cancelled cheque / Copy of bank passbook Attending physician certificate

PAN Card/ Form 60 of the nominee Medical Documents (if any) All past medical records for any treatment taken

Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper

تشریح کردہ مرض کے تشخیصی عمل اور علاج کے مکمل طبی ریکارڈز یعنی ٹیسٹ/معائنے کی تمام رپورٹس، اسپتال سے رخصت کا خلاصہ، اندرون اسپتال کیس پیپر

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.

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۔

Company Seal & Stamp with Date and time
کمپنی کی مہر اور اسٹیمپ مع تاریخ اور وقت

Nature of Illness and Habits		بیماری اور عادت کی نوعیت		Date of diagnosis of Illness	
<input type="checkbox"/> Hypertension ہائپر ٹینشن	<input type="checkbox"/> Diabetes ذیابیطس	<input type="checkbox"/> Asthma دمہ	<input type="checkbox"/> Heart قلب	<input type="checkbox"/> Cancer کینسر	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis تپ و دق	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)

سنگین بیماری کے بارے میں معلومات (براہ کرم بیماری کی تشخیص کو نشان زد کریں)

<input type="checkbox"/> Heart attack ہارٹ اٹیک	<input type="checkbox"/> Cancer کینسر	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) سی اے بی جی (کرونری ہائی پاس سرجری)
<input type="checkbox"/> Stroke اسٹروک	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome اپالک سینڈروم	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor معمولی سا دماغی ٹیومر
<input type="checkbox"/> Blindness اندھاپن	<input type="checkbox"/> Brain Surgery دماغ کی سرجری	<input type="checkbox"/> Coma کومہ
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease لیور کی بیماری کا آخری مرحلہ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ہارٹ والو سرجری	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma بڑا ہیڈ ٹراوما
<input type="checkbox"/> Angioplasty اینجیوپلاسٹی	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant بڑے عضو کا ٹرانسپلانٹ	<input type="checkbox"/> Paralysis پیرالائز
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia اپلاسٹک اینیمیا	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy قلبی عضلے کی تکلیف	<input type="checkbox"/> Deafness بہرا پن
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease پارکنسن کی بیماری	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis پولیو کی بیماری	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ایس ایل ای گردے کی بیماری کے ساتھ
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension پرائمری پلمونری ہائپر ٹینشن	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ماسکولر ڈسٹروفی	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis میٹیلورلی سیسٹک کی بیماری
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease پرائمری پلمونری ہائپر ٹینشن	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ماسکولر ڈسٹروفی	<input type="checkbox"/> Loss of Speech سپیچ کا فقدان
<input type="checkbox"/> Kidney Failure کٹنی کی ناکامی	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease الزیمیر کی بیماری	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ایہرکی سرجری
<input type="checkbox"/> Major Burns زیادہ جلا ہوا	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ٹرمینل کی بیمار	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs لیمبس کا فقدان
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence خودمختار موجودگی کا فقدان	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease پرانے پھیپھڑے کی بیماری	

Section C: PAYMENT – NEFT

سیکشن سی: پیمنٹ - این ای ایف ٹی

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

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ڈی کلریشن اور تصدیق

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or withheld 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.

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۔

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.

میں/ہم بذریعہ پنا، 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/ہماری 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 ہوسکتی 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 لیے استعمال کرسکتا 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، ویڈرز اور صنعتوں کی ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز پر ظاہر کرسکتا ہے۔

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____

ناشن اک ے ہتوگنا / طختسد _____ خیرات _____

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. IRDA of India Registration number 117.

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

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور -560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔
www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in، ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیپلیکس -1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویئر ساورکر فلائی اوور، گوریگان (ویسٹ)، ممبئی، 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

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 باواز 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/ Witness اعلان کنندہ / گواہ کے دستخط	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee دستخط / بائیں انگوٹھے کا نشان دعویٰ کنندہ / نامزد فرد
Name of Declarant/ Witness: _____ کنندہ/ گواہ کا پتہ: _____			Address of Declarant/ Witness: _____ اعلان کنندہ / گواہ کا نا : _____
Contact No. of Declarant/ Witness: _____ اعلان کنندہ / گواہ کے ساتھ دعویدار کا رشتہ: _____			Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ اعلان کنندہ / گواہ کا رابطہ نمبر: _____
Date: _____ مقام: _____			Place: _____ تاریخ: _____

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

: اس فارم کے ساتھ جمع کرائے جانے والے لازمی دستاویزات

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
ڈاکٹر کا سرٹیفکیٹ (خاندانی معالج یا علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے جاری کردہ) ترجیحی طور پر PNB MetLife کے معیاری فارمیٹ میں
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
ٹسچارج کا خلاصہ جس میں ہونے والی سرجری کی تصدیق کی گئی ہو۔
- All past medical records for any treatment taken
کسی بھی علاج کے لیے ماضی کے تمام میڈیکل ریکارڈز
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
منسوخ شدہ چیک / بینک پاس بک کی کاپی
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
پین کارڈ / یقین دہانی کرائی گئی زندگی کا فارم 60
- Current address proof
موجودہ پتہ کا ثبوت
- Photo identity proof
تصویریافتہ شناختی ثبوت
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
ہسپتال کے نقد فائدے کا دعویٰ فارم متعلقہ ڈاکٹر سے تصدیق شدہ ہونا چاہیے۔
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
برانچ / GPH میں موصول ہونے والے دعووں کے لیے تیسرے فریق کے ذریعے دعویٰ کی اطلاع موصول ہونے کی صورت میں دعویدار کی طرف سے اجازت نامہ

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

نوٹ:- اگر درخواست کے ساتھ KYC کے ثبوت کے طور پر آدھار کارڈ جمع کیا جائے، تو براہ کرم آدھار نمبر کے پہلے 8 ہندسوں کو ڈھانپ دیں

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. IRDA of India Registration number 117.

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

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور -560001، کرناٹک IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔
ای میل: www.pnbmetlife.com، ویب سائٹ: 6969-425-800-1 CI No. U66010KA2001PLC028883، اور لکھیں، ٹیکنیپلیکس -1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویئر ساورگر فلائی اوور، گوریگاؤن (ویسٹ)، ممبئی 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

ورژن 3.5 / نومبر 22 / 22

صفحہ 3 از 3 / 3