

Critical Illness Claim Form गंभीर आजार दावा फॉम

POLICY NUMBER / पॉलिसी क्रमांक							

Important instructions:

महत्त्वाच्या सूचना:

- 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. अनिवार्य दस्तऐवजांसह, आधी भरलेल्या क्लेम फॉर्मच्या सबमिशन पॉलिसी अंतर्गत आमच्या कंपनीच्या दायित्वांमध्ये प्रवेश म्हणून गृहित धरता येणार नाही. कोणत्याही एजंटला / मध्यस्थाला कंपनीच्या वतीने कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकारण्यासाठी अधिकृत केले गेले नाही किंवा केले जाणार नाही.
- 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.
 - खालील फॉर्मची आवश्यकतेनुसार पूर्तता करून, खाली दिल्याप्रमाणे अनिवार्य दस्तऐवजांसह लवकर सादर केल्यास तुमच्या दाव्याची प्रक्रिया आम्ही वेगाने करू शकू. अपूर्ण फॉर्म सादर केल्यामुळे आणि/ किंवा अनिवार्य दस्तऐवज सबमिट न केल्यामुळे दावा प्रक्रियेच्या कोणत्याही विलंबासाठी पीएनबी मेटलाइफ जबाबदार नाही.
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
 - हा फॉर्म ब्लॉक अक्षरांमधे पूर्ण भरायचा आहे.
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form. कृपया काउंटर साईन करा जेथे फॉर्म मधे बदल केले आहेत.

कार्ड/प्रपत्र 60

reports, discharge summary, indoor case paper

- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory. राजपत्रित अधिकारी/नोटरी पब्लिक /मॅजिस्ट्रेट किंवा स्थानिक व्यक्तीची साक्षीदार म्हणून सही अनिवार्य आहे.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above. पीएनबी मेटलाइफच्या जवळच्या शाखेत र्किवा वर नमुद केलेल्य पत्त्यावर सर्व फॉर्म आणि सर्व आवश्यक गोष्टी सादर करायच्या आहेत.

Section A: DETAILS OF विभाग A: विमा उतरवर्ष							
Name:			Age:				
नाव:							
	sidential Address):						
पत्ता (वर्तमान निवासी	ो पत्ता):						
City	Pin Code	<u> </u>	tate				
शहर	। गा ८७८८ पिन कोड		ाज्य				
Contact Number: Lar	ndline	/Mohile					
	न						
F-mail Address:		PAN No / For	m 60:				
ईमेल:		 ਪੱਜ ਕ / फॉर्ਸ	60:				
	x x x x x x x		igits to be mentioned.				
*आधार क्र:	<u> </u>		4 अंक नमूद करायचे आहेत.				
	ISTORY OF LIFE INSURED ोल्या व्यक्तीचा वैद्यकीय इतिहास						
	ase/Injury Sustained:						
wante of filless/bise	ase/ilijury sustaineu रीचे चात्रः						
Sumptoms:	ीचे नाव: <u> </u>						
ମହାଏ		Date of Diagnosis					
	15:	Date of Diagnosis:					
लक्षणे कालावधी:		ानदान ताराख:					
	mptoms first evident/occurred:						
	स्पष्ट दिसली / झाली:	Data and Time of Binds and	_				
Date and Time of Ad	mission	Date and Time of Discharg	e				
			<u> </u>				
रूग्णालयाचे नाव:							
Have you ever had th	ne similar condition in past: ☐ Ye	es ⊔ No (If "yes," provide detai	s)				
तुम्हाला पूर्वी असे कार्ह	ऱी झाले होते का: □ हो □ नाही (जर "हो," असेल तर तपशील द्या					
	3	3/	36				
		NESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP	8				
	<u>गंभी</u>	र आजारपण पोचपावती					
पॉलिसी क्रमांक				Company Seal &			
Name of claimant दावा करणाऱ्याचे नाव				Stamp with Date			
Branch name & code				and time			
शाखेचे नाव आणि कोड				कंपनीची मोहोर			
Date:		Employee name & Cod	2	आणि शिक्कातारीख			
तारीख:		कर्मचाऱ्याचे नाव आणि व		आणि वेळेसह			
Documents	☐ Original Policy Document ☐	Claimant's photo identity proof	☐ Family physician certificate				
Submitted:	मूळ पॉलिसी दस्तऐवज	दावा करणाऱ्या फोटो ओळखपत्र पु	रावा फॅमिली फिजीशियनचे प्रमाणपत्र				
दस्तऐवज सादर केलेले:							
	☐ Cancelled cheque / Copy of ba		physician certificate				
	रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुक	_	रणाऱ्या फिजीशियनचे प्रमाणपत्र				
		Medical Documents (if any)	☐ All past medical records for any treatment taken				
	nominee नामनिर्देशितीचा पॅन	वैद्यकीय दस्तऐवज (काही असल्यास)	treatment taken निदानासाठी संपूर्ण वैद्यकीय नोंदी आणि				

चाचण्या/तपासण्यांचे अहवाल, डिस्चार्ज समरी, इनडोअर केस पेपर 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.

 $\hfill \Box$ Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation

डिस्वार्ज समरी, इनडोअर केसपेपर

चपावती म्हणजे दाव्याचा स्वीकार मानू नये. कंपनी आपला अतिरिक्त दस्तऐवज, माहिती आणि दाव्याची प्रक्रिया करण्याच्या निर्णयाच्या दृष्टीने आणखी आवश्यक गरजा मागण्याचा हक्क राखून ठेवते.

निदान केलेल्या आजारपणाच्या निदानासाठी आणि उपचारासाठीच्या संपूर्ण वैद्यकीय नोंदी म्हणजेच सर्व

Nature of Illness and Ha	hits					Date of diagnosis of Illness			
आजाराचे स्वरूप आणि स						अजाराच्या निदानाची तारीख			
☐ Hypertension	☐ Diabetes	☐ Asthma	☐ Heart	☐ Cancer		. तर्व त्रांच्याचा प्राराज			
हायपरटेन्शन	⊔ Diabetes मधुमेह	□ Astılına अस्थमा	□ neart हृदय	□ Cancer कर्करोग					
☐ Tuberculosis	Other		હ્ય	4/4//14					
क्षय	इतर								
☐ Smoking	□ Alcohol	☐ Tobacco	☐ Drugs						
ध्म्रपान	□ Alcollol दारू	□ Тобассо तंबाख्	□ Drugs ड्रग्स						
पुत्र गा। If yes, Duration of Const		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• •	& Quantity Consu	mod				
जर हो असेल, तर घेण्याच				x Quantity Consu गपरण्याचे प्रमाण					
जर हा असल, तर वण्याच	।। कालावधा,		9	ापरण्याच प्रमाण					
Information about the Cri गंभीर आजाराविषयीची माहि									
☐ Heart attack		☐ Cancer			□ сав	G (Coronary Artery Bypass Surgery)			
हृदयविकाराचा झटका		र्कक रोग			सीए	बीजी (कोरोनरी आर्टरी बायपास सर्जरी)			
☐ Stroke		☐ Apallic Syn				gn Brain Tumor			
्र स्ट्रोक 		_ ॲपॅलिक सिं _				इन ब्रेन टयुमर			
☐ Blindness		☐ Brain Surge	•		☐ Coma				
अंधत्व		मेंदू शस्त्रक्रि			कोम	`			
☐ End Stage Liver Disea		☐ Heart Valve	· ,		,	or Head Trauma			
यकृताच्या आजाराची है	प्रवटचा पायर ा	हार्ट वाल्व ६ U Major Orga			डोक्यावर मोठा आघात				
□ Angioplasty एंजिओप्लास्टी		□ Major Orga मुख्य अवयव	•		☐ Paralysis				
ए।जआप्लास्टा		मुख्य अवयव □ Cardiomyo			पक्षाघात Deafness				
एप्लास्टिक एॅनिमिय	т	⊔ Cardioniyo कार्डियोमाय			च Deamess बहिरेपणा				
☐ Parkinson's Disease	•	च्याज्यामाय □ Poliomyelit				with Lupus Nephritis			
पार्किन्सस रोग		— 'गेलियोमारि			लुपस नेफ्रायटिससह एसएलई				
☐ Primary Pulmonary H	ypertension	☐ Muscular D			_	tiple Sclerosis			
प्राथमिक पल्मोनरी हार	यपरटेन्शन	स्नायूंची विवृ	हती			पल स्क्लरोसिस			
☐ Motor Neuron Diseas	e	☐ Medullary	-		☐ Loss	of Speech			
मोटार न्यूराॅन रोग		मेडूलरी सि	स्टिक रोग		बोल	णे गमावणे			
☐ Kidney Failure		☐ Alzheimer's	s Disease		☐ Surg	ery to Aorta			
किडनी फेल्युअर		अल्झायमर	** *		महाध	धमनीची शस्त्रक्रिया			
☐ Major Burns		☐ Terminal III			☐ Loss	of Limbs			
_ मेजर बन्स _		_ टर्मिनल आज	•••		अवय	ाव गमावणे			
Loss of Independent I		☐ Chronic Lur	•						
स्वतंत्र अस्तित्व गमावर्ष	П	फुफ्फुसांचा	ताव्र आजार						
Section C: PAYMENT - NE सेक्शन C: पेमेंट - एनइएफ									
Bank Account no:									
बॅंक खाते क्रमांक :									
Name of bank:						•			
	बॅकेचे नाव:								
आयएफसी कोड:	IFSC code:								
Section D: DECLARATION									
विभाग D: घोषणा आणि अधि	धेकृतता								
that in furnishing claim for hospital who has attended regarding my state of heal	orm PNB MetLife had upon or examined the which he/they m	is not admitted liabi I or treated me for a ay have acquired wh	lity or waived a any ailment or ill nether before or	ny of its rights un ness to divulge a after the policy v	nder the p ny knowle vas issued				
मी याद्वारे असे घोषित करतो की वरील सर्व विधाने सत्य आणि पूर्ण आहेत आणि मी काहीच दडवलेले नाही किंवा ते बाजूला ठेवले नाही. मी समजतो की दाव्याचे प्रपत्र सादर करताना पीएनबी मेटलाइफने दायित्व स्वीकारले नाही किंवा पाॅंेेलिसीच्या अंतर्गत त्याचे कोणतेही अधिकार फाफ केले नाही. मी अशा प्रकारे वैद्यकीय किंवा रूग्णालयाला अधिकृत केले आहे ज्याने कोणत्याही आजार किंवा आजाराबद्दल माझी तपासणी केली आहे किंवा मला माहिती दिली आहे किंवा पीएनबी									
मेटलाइफ यांनी पाॅलिसी	जारी केल्यानंतर किंव	ा आधी माझ्याशी संबं	धित आरोग्य नोंर्द	ो सादर केल्या आहे	हेत.				
available with PNB MetL organisation / entity asso- association / federations,	ife (whether contai ciated or affiliated v for the purpose of p	ned in this stateme with or engaged by I processing this claim	ent or obtained PNB MetLife, inc and/or for provi	otherwise) whic luding reinsurers ding subsequent	h may inc , claim inv service.	tive information of mine/our collected or lude KYC documents to any individual / estigative agencies, vendors and industry			
आम्ही यापुढे संमती देतो आणि पीएनबी मेटलाइफ (या निवेदनात सामाविष्ट असलेल्या किंवा अन्यथा मिळवल्या गेलेल्या) कोणत्याही वैयक्तिक /संवेदनशील माहितीचा वापर आणि प्रकटीकरण करण्यासाठी अधिकृत करतो आणि त्यात केवायसी कागदपत्रे कोणत्याही व्यक्ती / संस्थेस समाविष्ट करू शकताता. या दाव्यार्च प्रक्रिया करण्यासाठी आणि / किंवा पुढील सेवा प्रदान करण्याच्या प्रयोजनार्थ, पुनर्विक्रेतासाह, पीएनबी मेटलाइफ संबंधित किंवा संलग्न किंवा गुंतलेल्या संस्थ									
/अन्वेषण करणाऱ्या एजन्सी, विक्रेते आणि उद्योग संघ / संघटना यांचा समावेश आहे.									
-					Date				
रता भरा / डाव्या अगठयाच	। २या				साराख _				

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर – 560001, र्कनाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉॅंल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, इमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1ला मजला, टेक्नीप्लेस, 1, टेक्नीप्लेस काॅंम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +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)

गंभीर आजारपण दावा फॉर्म भरणाऱ्या व्यक्तीद्वारे घोषणापत्र (गंभीर आजारपण दावा फॉर्म अर्ज प्रपत्राच्या भाषेपेक्षा वेगळ्या भाषेत भरला/सही केला असल्याच्या प्रसंगात)

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.

मी याद्वारे धोषित करतो/ते की मी दावा करणाऱ्याला त्याला/तिला समजणाऱ्या भाषेत गंभीर आजारपण दावा फॉर्मचा मजकूर स्पष्ट करून सांगितला आहे. तो त्याला/तिला पूर्णपणे समजला आहे आणि दावा करणाऱ्याने पुरवलेल्या माहितीनुसार उत्तरे नोंदवलेली आहेत आणि उत्तरे दावा करणाऱ्याला वाचून दाखवली, त्याला/तिला पूर्णपणे समजली आणि त्याने/तिने पुष्टी केली.

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

फॉर्म आणि दस्तऐवजातील मजकूर मला पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आला आहे आणि की त्यात नमूद केलेला मजकूर आणि प्रस्तावित दाव्यासाठी त्याचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे

Date	Place	Signature of the Declarant/	Signature / Left thumb Impression Claimant/				
तारीख	ठिकाण	Witness	Nominee				
		घोषणाकर्त्याची/साक्षीदाराची सही	दावा करणाऱ्याची / नामनिर्देशितीची सही / डाव्या				
			अंगठ्याचा ठसा				
Name of Declarant/ Witness	:	Address of Declaran	Address of Declarant/ Witness:				
घोषणाकर्त्याचे/साक्षीदाराचे नाव	<u>:</u>	घोषणा करणारा/साक्षी	घोषणा करणारा/साक्षीदाराचा पत्ता:				
Contact No. of Declarant/ W	'itness:	Claimant relation with Declarant/ Witness:					
घोषणाकर्त्याचा/साक्षीदाराच	ा संपर्क क्र	दावेदाराचे घोषणाकत्य	दावेदाराचे घोषणाकर्त्याशी/साक्षीदाराशी नातेः				
Date:		Place:	Place:				
तारीख:		ठिकाण:	ठिकाण:				

Mandatory Documents to be submitted along with this form: अनिवार्य कागदपत्रे या फॉर्मसह सबमिट करा:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format डॉकटरचे प्रमाणपत्र (कौटुम्बिक फिजीशियन र्किवा उपचार करणाऱ्या डॉक्टरकडून) प्राधान्याने प्रमाणित पीएनबी मेटलाइफ प्रारुपात
- Discharge Summary confirming the surgery undergone करून घेतलेल्या शस्त्रक्रियेची पृष्टी करणारा डिस्चार्ज गोषवारा
- All past medical records for any treatment taken घेतलेल्या कोणत्याही उपचारासाठी पूर्वीच्या सर्व वैद्यकीय नोंदी
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुकाची प्रत
- PAN Card/ Form 60 of the life assured पॅन कार्ड / जीवन आश्वासिताचा फॉर्म 60
- Current address proof सध्याच्या पत्त्याचा पुरावा
- Photo identity proof फोटो ओळख पुरावा
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH शाखा/जीपीएच येथे प्राप्त झालेल्या दाव्यांसाठी दाव्याची सुचना तिसऱ्या पक्षामार्फत मिळालेली असल्यास दावेदाराकडील अधिकार पत्र

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request टीपः विनंती बरोबर केवायसीच्या पुरावा म्हणून आधार कार्ड सादर केले असेल तर कृपया आधार कार्डचे पहिले 8 अंक झाका

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंशुरन्स कंपनी लिमिटेड