

Critical Illness Claim Form

সংকটজনক অসুস্থতায় বীমা দাবীর ফর্ম

POLICY NUMBER / পলিসি নম্বর

Important instructions:

প্রস্তাবনাসমূহ গুরুত্বপূর্ণ:

- 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 বাধ্যতামূলক নথিপত্রসহকারে বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেয়ার অর্থ এই নয় যে, পলিসির অধীনে আমাদের কোম্পানি দায় স্বীকার করে নিয়েছে। কোনো এজেন্ট/ মধ্যস্থতাকারী কোম্পানির পক্ষ থেকে কোনো দায় স্বীকার করার জন্য অনুমোদিত 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 non-submission of the mandatory documents.
নীচে প্রদত্ত প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক নথিপত্রসহকারে এই ফর্মটি তাড়াতাড়ি জমা দেওয়া হলে আমাদেরকে আপনার দাবীটি দ্রুততার সাথে প্রক্রিয়া করতে সহায়তা করবে। অসম্পূর্ণ বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেওয়া এবং/ অথবা বাধ্যতামূলক নথিপত্র 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 সম্পূর্ণ বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করতে হবে।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
ফর্মে কোনো সংশোধন/পরিবর্তন করা হলে দয়া করে সেখানে কাউন্টার সাইন দিন।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
গেজেটেড কর্মকর্তা/নোটারি পাবলিক/ম্যাজিস্ট্রেট বা স্থানীয় স্বনামধন্য কোনো ব্যক্তির স্বাক্ষর থাকা বাধ্যতামূলক।
- 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 শাখা অফিসে বা উপরে উল্লেখিত ঠিকানায় জমা দিতে হবে।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

বিভাগ A: বীমাগ্রহীতা সম্পর্কে বিস্তারিত বিবরণ

Name: _____	Age: _____																					
নাম: _____	বয়স: _____																					
Address (Current Residential Address): _____																						
ঠিকানা (বর্তমান আবাসিক ঠিকানা): _____																						
City _____	Pin Code _____	State _____																				
কহর _____	পিনকোড _____	রাজ্য _____																				
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____																					
যোগাযোগের নম্বর: ফোন _____	/মোবাইল _____																					
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____	*Aadhaar No: <table border="1"><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><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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
ই-মেইল ঠিকানা: _____	প্যান (PAN) নং/ফর্ম 60: _____	*আধার নং: _____																				
*Only last 4 digits to be mentioned.																						
* উল্লেখ করার জন্য কেবল শেষ 4 টি সংখ্যা।																						

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

বিভাগ B: বীমাগ্রহীতার চিকিৎসা সম্পর্কিত বিবরণ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
অসুস্থতার নাম/রোগ/আঘাতের টিকে থাকা: _____	
Symptoms: _____	
লক্ষণ: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
লক্ষণসমূহের সময়কাল: _____	রোগ নির্ণয়ের তারিখ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
এই লক্ষণগুলি প্রথম কখন দেখা গিয়েছিল: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
হাসপাতালে ভর্তি তারিখ এবং সময় _____	হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার তারিখ এবং সময় _____
Name of hospital: _____	
হাসপাতালের নাম: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
আপনি কি অতীতে কখনও অনুরূপ অবস্থার সম্মুখীন হয়েছিলেন: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না (যদি "হ্যাঁ" থাকে তবে বিশদ সরবরাহ করুন) _____	

Nature of Illness and Habits অসুস্থতা ও অভ্যাসের প্রকৃতি	Date of diagnosis of Illness রোগ নির্ণয়ের তারিখ
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> Malignancy হাইপারটেনশন ডায়াবেটিস হাঁপানি আইএইচডি ম্যালিগন্যান্সি Other..... অন্যান্য	
<input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tobacco <input type="checkbox"/> Drugs ধূমপান অ্যালকোহল তামাক মাদকদ্রব্য If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ পৃষ্ঠা যদি হয়, ব্যবহারের সময়কাল _____ এবং সেবনের পরিমাণ _____	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)

মারাত্মক অসুস্থতা সম্পর্কিত তথ্য (দয়া করে চিকিৎসাকৃত অসুস্থতায় টীক চিহ্ন দিন)

<input type="checkbox"/> Heart attack হাট আটাক	<input type="checkbox"/> Cancer ক্যান্সার	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) সিএবিজি (করোনারি আর্টারি বাইপাস সার্জারি)
<input type="checkbox"/> Stroke স্ট্রোক	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome অ্যাপালিক সিন্ডোম	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor বিপজ্জনক নয় এমন এরূপ ব্রেইন টিউমার
<input type="checkbox"/> Blindness অন্ধত	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ব্রেনে অপারেশন	<input type="checkbox"/> Coma কোমা
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease সাংঘাতিক পর্যায়ে লিভার ডিজিজ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery হাটের ভালভ সার্জারি	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma মাথায় জটিল আঘাত
<input type="checkbox"/> Angioplasty অ্যাঞ্জিওপ্লাস্টি	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant জটিল অঙ্গ প্রতিস্থাপন	<input type="checkbox"/> Paralysis পক্ষাঘাত
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia অ্যাপ্লাস্টিক এনিমিয়া	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কার্ডিওমাইওপ্যাথি	<input type="checkbox"/> Deafness কানে শুনতে না পাওয়া
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease পারকিনসনস রোগ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis পলিওমাইলাইটিস	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis লুপাস নেফ্রাইটিস সহযোগে এসএলই
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension প্রাথমিক পালমোনারি হাইপারটেনশন	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy মাংসপেশীর পুষ্টিহীনতা	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis একাধিক স্কেরোসিস
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease মোটর নিউরন ডিজিজ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease মেডুলারি সিস্টিক ডিজিজ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech বাকশক্তি হারানো
<input type="checkbox"/> Kidney Failure কিডনি নষ্ট হয়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease আলঝেইমার রোগ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ধমনী সার্জারি
<input type="checkbox"/> Major Burns অনেক বেশী পুড়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> Terminal Illness মারাত্মক অসুস্থতা	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs অঙ্গহানি
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence স্বাধীনভাবে চলাফেরা করতে অসমর্থ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের রোগ	

Section C: PAYMENT – NEFT

বিভাগ গ: পেমেট – এনইএফটি

Bank Account no: _____ ব্যাংক অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____
Name of bank: _____ ব্যাংকের নাম: _____
IFSC code: _____ আইএফএসসি কোড: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

বিভাগ ড: ঘোষণা ও অনুমোদন

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.

আমি এইমর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরের বর্ণিত সমস্ত বক্তব্য সত্য ও সম্পূর্ণ এবং তার একটুও আমার দ্বারা কোনোভাবে গোপন করা হয়নি। আমি বুঝেছি যে দাবীপত্র দাখিলের ফলে পিএনবি মেটলাইফ দায় স্বীকার করেনি বা উক্ত প্রাতিষ্ঠান বীমা পলিসির অধীনে তার কোনো অধিকার পরিত্যাগ করেনি। আমি এইমর্মে পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক আমাকে বীমা পলিসি ইস্যু করার আগে বা পরে আমার কোনো রোগ বা অসুস্থতার জন্য যে ডাক্তার বা হাসপাতাল আমার স্বাস্থ্য পরীক্ষা করেছে, আমার চিকিৎসা করেছে তার/তাদের নিকট আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত রেকর্ডসমূহ থাকলে তা পেশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

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 pro- cessing this claim and/or for providing subsequent service.

আমি/আমরা আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি ও অনুমোদন দিচ্ছি যে, পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক সংগ্রহকৃত বা পিএনবি মেটলাইফ এর নিকট থাকা আমার/আমাদের যে কোনো ব্যক্তিগত ও সংবেদনশীল তথ্য (এই বিবৃতিতে অন্তর্ভুক্ত থাকুক অথবা অন্য কোনো ভাবে সংগৃহীত হউক না কেনো) এবং এর মধ্যে কেওয়াইসি নথিপত্রও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, এই দাবী প্রক্রিয়া করতে এবং অথবা পরবর্তী পরিষেবা এদানের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করতে পারবে এবং পুনঃবীমাকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা দাবী সম্পর্কিত তদন্তকারী সংস্থা, বিক্রোতা এবং শিল্প সমিতি/ফেডারেশনসহ পিএনবি মেটলাইফ এর সাথে সংশ্লিষ্ট বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক নিয়োজিত যেকোনো ব্যক্তি/সংস্থা/প্রতিষ্ঠান এর নিকট প্রকাশ করতে পারবে।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____

উত্তরাধিকারীর স্বাক্ষর/বৃদ্ধাসুলের ছাপ _____ তারিখ _____

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)

দাবি ফর্ম পূরণকারী ব্যক্তির দ্বারা ঘোষণা। (যদি আবেদন ফর্মের চেয়ে আলাদা ভাষায় দাবি ফর্মটি পূরণ করা / স্বাক্ষরিত হয়)

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.

আমি এখানে ঘোষণা করেছি যে আমি সমালোচনামূলক অসুস্থতা দাবি ফর্মের বিষয়বস্তু দাবিদারকে তার / তার দ্বারা বোঝানো ভাষায় সম্পূর্ণ ব্যাখ্যা করেছি। এটি তার / তার দ্বারা পুরোপুরি বোঝা গিয়েছে এবং দাবিগুলি দ্বারা পদত তথা অনুযায়ী জবাবগুলি রেকর্ড করা হয়েছে এবং উত্তরগুলি পুরোপুরি বোঝা গেছে এবং দাবিদারকে নিশ্চিত করেছে।

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

দস্তাবেজের সামগ্রী এবং ফর্মটি আমাকে পুরোপুরি ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি এখানে উল্লিখিত সামগ্রী এবং প্রস্তাবিত দাবির জন্য এর তাৎপর্য পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি।

DATE তারিখ	PLACE স্থান	Signature of the Declarant ঘোষণাপত্রের স্বাক্ষর	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee দাবীকারী/উত্তরাধিকারীর স্বাক্ষর/বৃদ্ধাসুলের ছাপ
Name of Witness: সাক্ষীর নাম:		Signature of Witness: সাক্ষীর নাম:	
Address of Witness: সাক্ষীর স্বাক্ষর:			
Date: তারিখ:		Place: স্থান:	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ক্রটিক্যাল ইলনেস বা গুরুতর অসুস্থতা সংক্রান্ত প্রাতিশ্রুতির স্লিপ

Policy number(s) _____

পলিসি নং (গুলি)

Name of claimant _____

দাবীকারীর নাম

Branch name & code _____

লক্ষ্যক্ষম ধর্ম উৎস

Date: _____ Employee name & Code _____

তারিখ:

কর্মচারীর নাম ও কোড

Company Seal
& Stamp with
Date and time
তারিখ এবং সময়
সহ কোম্পানী সীল
ও স্ট্যাম্প

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

নথিপত্র জমাকৃত: আসল পলিসি নথি যৎকৎ খৎফ খনড গুউংঠ পারিবারিক চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র

Cancelled cheque / Copy of bank passbook Attending physician certificate

বাতিল হওয়া চেক / ব্যাংক পাসবুকের অনুলিপি বর্তমান চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র

Medical Documents (if any) All past medical records for any treatment taken

মেডিকেল ডকুমেন্টস (যদি থাকে) নাওয়া কোনও চিকিৎসার জন্য অতীতের সমস্ত মেডিকেল রেকর্ড

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

রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ডগুলি সনাক্ত করা হয়েছে অর্থাৎ সমস্ত পরীক্ষা / তদন্ত রিপোর্ট, স্রাবের সারাংশ, ইনডোর 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 স্বীকৃতি স্লিপটি দাবি হিসাবে গ্রহণযোগ্যতা হিসাবে তৈরি করা উচিত নয়। দাবিটি প্রক্রিয়াজাতকরণের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত নথি, তথ্য এবং প্রয়োজনীয় যে কোনও প্রয়োজনীয়তা কল করার জন্য সংস্থাটি তার অধিকার সংরক্ষণ করে।

Documents to be submitted along with this form:

এই ফর্মেও সাথে যেসব নথিপত্র জমা দিতে হবে:

- Original policy document
মূল পলিসির নথি
- Family physician certificate
পারিবারিক চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র
- Attending physician certificate
বর্তমান চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
অসুস্থতার জন্য পরীক্ষা-নিরীক্ষার ও ওষুধপত্রের সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড, যেমন- সকল পরীক্ষা/ নিরীক্ষার প্রতিবেদন, হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার সংক্ষিপ্ত বিবরণ, অভ্যন্তরীণ পরীক্ষার কাগজপত্র
- All past medical records for any treatment taken
অতীতে গ্রহণকৃত যেকোনো চিকিৎসার মেডিকেল রেকর্ড
- Cancelled cheque
বাতিল চেক
- Id & residence proof
আইডি এবং বাসভবনের প্রমাণ

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: 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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ডঅফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্ডিয়াবেসেড রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117। সি আই নং 106601015200111-0028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969। আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com। ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠান এখানে 1ম তলা, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোরগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203