

Disability Claim Form

અપંગતા દાવા પત્રક

POLICY NUMBER

પોલિસી નંબર

Important Instructions:

મહત્વની સૂચનાઓ:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

દાવેદાર દ્વારા બ્લોક અક્ષરોમાં પૂર્ણ થવું જોઈએ

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank.

મહેરબાની કરીને બધા પ્રશ્નોના જવાબ આપો, તેને ખાલી રાખવાને બદલે "લાગુ નથી" (એન/એ) શબ્દનો યોગ્ય ઉપયોગ કરો.

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

જ્યાં જ્યાં ફોર્મમાં સુધારાઓ/ફેરફાર કરવામાં આવે ત્યાં કાઉન્ટર-સહી કરો.

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

સાક્ષીની સહી ફરજિયાત છે. સાક્ષી રાજ્યપત્રિત અધિકારી/જહેર કે પબ્લિક નોટરી/ન્યાયાધીશ અથવા સ્થાનિક સમિતિનો વ્યક્તિ હોવો જોઈએ.

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

દાવેદારે દરેક પાના પર નીચે સહી કરવી પડશે

The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our Company. No agent has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

આ દાવા પત્રકને ભરવાથી અમારી કંપનીની જવાબદારીઓમાં પ્રવેશ મળશે એવું સમજવામાં નહીં આવે. કોઈપણ એજન્ટને કંપની વતી કોઈપણ જવાબદારી સ્વીકારવા અધિકૃત નથી અથવા કરવામાં આવ્યો નથી.

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

મહેરબાની કરીને ફોર્મ અને જરૂરિયાતો નજીકની શાખા કચેરી અથવા ઉપર જણાવેલ સરનામાં પર રજૂ કરો.

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

જવાબદારીઓને વહેલી અને પૂર્ણ રજૂઆત કંપનીને વહેલા દાવાની પ્રક્રિયા કરવા સક્ષમ બનાવશે.

CLAIMANT DETAILS:

દાવેદાર/દર્દીની વિગતો:

Name of the Insured: _____
 વીમિત વ્યક્તિનું નામ: _____
 Address: _____
 સરનામું: _____
 Contact No.: _____ E-mail address: _____
 સંપર્ક નંબર: _____ ઈમેઈલ સરનામું: _____
 Bank Account Number of the Claimant*: _____
 (favoring which the claim cheque is to be issued)
 દાવેદારના બેંક ખાતા નંબર*: _____
 (જે એવી ઈચ્છા રાખે કે દાવાનો ચેક ઈશ્યુ થાય)
 Name & Address of the Bank*: _____
 બેંકનું નામ અને સરનામું*: _____

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABILITY:

વીમિત વ્યક્તિને જટિલ માંદગી માટે સારવાર આપનાર ડૉક્ટર/હોસ્પિટલની વિગત:

Name of the Doctor: _____
 ડૉક્ટરનું નામ: _____
 Name of the Hospital: _____
 હોસ્પિટલનું નામ: _____
 Address: _____
 સરનામું: _____
 Contact No.: _____ E-mail address: _____
 સંપર્ક નંબર: _____ ઈમેઈલ સરનામું: _____

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):

લાગુ પડતી અપંગતા દર્શાવો (પોલિસીની વ્યાખ્યા મુજબની યાદી):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one eye એક આંખની દ્રષ્ટિ ગુમાવવી	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb એક અંગના વપરાશની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes બંને આંખની દ્રષ્ટિની ખોટ
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing સાંભળવાની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs બંને અંગના વપરાશની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye એક અંગ અને એક આંખની દ્રષ્ટિ ગુમાવવી
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing બોલવાની અને સાંભળવાની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech બોલવાની ખોટ	

DETAILS OF ACCIDENT:

અકસ્માતની વિગત:

Cause of Accident: _____
 અકસ્માતનું કારણ: _____
 Date of Accident: _____
 અકસ્માતની તારીખ: _____
 Is FIR lodged: Yes No
 શું એફઆઈઆર નોંધવામાં આવ્યો છે: હા ના
 If "yes" please attach the copy of Accident: _____
 જો "હા" તો મહેરબાની કરીને અકસ્માતની નકલ જોડો: _____

HISTORY ઈતિહાસ

Date of appearance of first symptoms: _____
પહેલું લક્ષણ દેખાયું ત્યારની તારીખ: _____

Have you ever had the similar condition in past: Yes No
શુ ભૂતકાળમાં ક્યારેય પણ એ જ કે એના જેવી પરિસ્થિતિ દર્દીને હતી: હા ના
(If "yes," state when and provide details): _____

(જો "હા" તો ક્યારે તે દર્શાવો અને માહિતી પૂરી પાડો): _____

PRESENT CONDITION:

હાલની પરિસ્થિતિ:

Present symptoms: _____
વિષયવાર લક્ષણો: _____

Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

શોધો (હાલના એક્સ-રેનું પરિણામ, હાલના ઈસીજીનું પરિણામ અથવા અન્ય ખાસ પરીક્ષણોનો સમાવેશ થાય છે.) _____

TREATMENT:

સારવાર:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
હોસ્પિટલ/ડોક્ટરની આ બાબતમાં પહેલી મુલાકાતની તારીખ: _____

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
ઓપી નંબર/હોસ્પિટલ નંબર/આંતરિક દર્દી: _____

(Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
છેલ્લી તપાસની તારીખ: _____ મુલાકાતોની આવૃત્તિ/સંખ્યા (અઠવાડિક/માસિક/અન્ય): _____

Date of Last examination: _____
છેલ્લી તપાસની તારીખ: _____

PROGRESS:

પ્રગતિ:

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
ફરીથી પહેલા જેવી સુધરી ગયેલ બિનસુધરેલ બગડેલી

DECLARATION:

નિવેદન:

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights. 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 regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

આ વિધાનો મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા મુજબ સાચું અને યોગ્ય છે હું એ સમજી છું કે દાવાનું ફોર્મ ભરવામાં પીએનબી મેટલાઈફ કોઈ જવાબદારી સ્વીકારતી નથી અથવા તેના કોઈ હક્ક જતા કરતી નથી હું અહીંથી ફિઝીશિયન અથવા હોસ્પિટલ કે જેણે ઉપર હાજરી આપી છે અથવા તપાસ કરી છે અથવા મારી તબિયતની સ્થિતિ સંબંધિત કોઈ માહિતી અથવા જ્ઞાન જાહેર કરવા મને કોઈ માંદગી અથવા બીમારી માટે સારવાર આપી હોય જે તેઓએ/તેણે કદાચ પીએનબી મેટલાઈફ દ્વારા પોલીસી ઈશ્યુ કર્યા પહેલા કે પછી મેળવી હોય.

I/We hereby further consent, and duly authorize, PNB MetLife to use, store, share, transfer and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this document or obtained otherwise) which may include but not limited to my KYC documents to any individual / organization / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/ federations, for the purpose of processing this claim and / or for providing subsequent services.

હું/અમે આ દ્વારા આગળ સંમતિ આપું છું/આપીએ છીએ, અને પીએનબી મેટલાઈફને મારી/અમારી એકત્રિત કરેલી અથવા પીએનબી મેટલાઈફ પાસે ઉપલબ્ધ કોઈપણ વ્યક્તિગત અને સંવેદનશીલ માહિતીનો ઉપયોગ કરવા, સંગ્રહ કરવા, શેર કરવા, સ્થાનાંતરિત કરવા અને જાહેર કરવા માટે (બલે આ દસ્તાવેજમાં સમાવિષ્ટ હોય અથવા અન્યથા પ્રાપ્ત કરેલ હોય) જેમાં મારા KYC દસ્તાવેજોનો સમાવેશ થઈ શકે છે પરંતુ તેના સુધી મર્યાદિત નથી આ દાવાની પ્રક્રિયા કરવાના હેતુથી અને/અથવા અનુગામી સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે રિઈન્સ્યોરર્સ, ક્લેમ ઈન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, વિકેન્ડાઓ અને ઈન્ડસ્ટ્રી એસોસિએશન્સ/ ફેડરેશન સહિત પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સંકળાયેલ અથવા સંબંધિત અથવા સંબંધિત કોઈપણ વ્યક્તિ/સંસ્થા/ એન્ટિટી માટે યોગ્ય રીતે અધિકૃત કરું છું / કરીએ છીએ.

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____
દાવેદારની સહી/અંગુઠાની છાપ: _____ તારીખ: _____

Name & Signature of Witness: _____ Date: _____
સાક્ષીનું નામ અને સહી: _____ તારીખ: _____

Address of Witness: _____
સાક્ષીનું સરનામું: _____

Official Seal of the Witness: _____
સાક્ષીનું અધિકૃત મુદ્રણ: _____

Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian language by an English knowing person who shall also sign to the effect that he has fully explained the contents of the above form to claimant.

નોંધ: જો સહી ભારતીય ભાષામાં થયેલ હોય તો તેના નીચે તેઓનું અંગ્રેજી ભાષાંતર લખવું હોવું જોઈએ. વધુમાં જે દાવેદાર ભારતીય ભાષામાં સહી કરતા હોય તેમણે ભારતીય ભાષામાં નિવેદન આપવું પડશે કે તેણે ઉપરના ફોર્મના બધા સમાવિષ્ટો જે રીતે તેને ભારતીય ભાષામાં અંગ્રેજી જાણના વ્યક્તિ દ્વારા સમજાયા મુજબ સંપૂર્ણ અને યોગ્ય રીતે સમજ્યા છે અને તે સમજાવનાર વ્યક્તિ એ પણ એ બનાવની પાતરી માટે સહી કરવી પડશે કે તેણે ઉપરના ફોર્મના સમાવિષ્ટો સંપૂર્ણ રીતે સમજાયા છે.