

Critical Illness Claim Form गंभीर बीमारी दावा फॉर्म

POLICY NUMBER/पॉलिसी संख्या

Important instructions:

महत्वपूर्ण निर्देश:

- 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 दस्तावेज के साथ भरे हुए दावा प्रपत्र को जमा करने को पॉलिसी के तहत हमारी कंपनी की देयता स्वीकारोक्ति नहीं माना जाएगा। किसी एजेंट/मध्यवर्ती संस्था को कंपनी की ओर से देयता स्वीकार करने के लिए अधिकृत नहीं किया गया है।
- 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. आवश्यक अनिवार्य दस्तावेजों के साथ इस फॉर्म को जल्दी जमा करना, जैसा कि नीचे दिया गया है, हमें आपके दावे को तेजी से संसाधित करने में सक्षम करेगा। चूँकि मेट लाइफ अधूरा दावा फॉर्म जमा करने और/या अनिवार्य दस्तावेजों को जमा नहीं करने के कारण दावे के प्रसंस्करण में किसी भी देरी के लिए जिम्मेदार नहीं होगा।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters. इस फॉर्म को पूरी तरह से बड़े अक्षरों में लिखा जाना है।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form. फॉर्म में संशोधन / परिवर्तन के स्थान पर कृपया प्रतिहस्ताक्षर करें।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory. राजपत्रित अधिकारी / नोटरी पब्लिक / मजिस्ट्रेट या स्थानीय पद के व्यक्ति का साक्षी हस्ताक्षर अनिवार्य है।
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above. मेट लाइफ के निकटतम शाखा कार्यालय में या उपर्युक्त पते पर फॉर्म और सभी आवश्यकताओं को जमा करें।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

अनुभाग A: बीमित व्यक्ति के विवरण

Name: _____	Age: _____											
नाम: _____	आय: _____											
Address (Current Residential Address): _____												
पता (वर्तमान घरेलू पता): _____												
City _____	Pin Code _____	State _____										
शहर _____	पिन कोड _____	राज्य _____										
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____											
संपर्क नंबर: लैंडलाइन _____	/मोबाइल _____											
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____											
ईमेल पता: _____	पैन नंबर/फॉर्म 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.	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
*आधार नं: _____	*केवल आखिरी 4 अंक दर्ज करें।											

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

अनुभाग B: बीमित व्यक्ति का चिकित्सा इतिहास

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
दीर्घकालीन बीमारी/रोग/घाव का नाम: _____	
Symptoms: _____	
लक्षण: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
लक्षणों की अवधि: _____	निदान की तिथि: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
ध्ये लक्षण पहली बार कब प्रकट हुए/दिखाई दिए: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
प्रवेश की तिथि और समय _____	छुट्टी की तिथि और समय _____
Name of hospital: _____	
अस्पताल का नाम: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
क्या आपकी कभी भी अतीत में ऐसी ही स्थिति रही है: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं (यदि "हां," तो विवरण प्रदान करें) _____	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

गंभीर बीमारी अभिस्वीकृति पर्ची

Policy number(s) _____	पॉलिसी संख्या(एँ) _____	
Name of claimant _____	दावाकर्ता का नाम _____	
Branch name & code _____	शाखा का नाम और कोड _____	
Date: _____	दिनांक: _____	
Employee name & Code _____	कर्मचारी का नाम और कोड _____	
Documents Submitted: _____	दस्तावेज जमा किया गया: _____	
<input type="checkbox"/> Original Policy Document मूल पॉलिसी दस्तावेज	<input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof दावाकर्ता का फोटो पहचान प्रमाण	<input type="checkbox"/> Family physician certificate पारिवारिक चिकित्सक का प्रमाणपत्र
<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook निरस्त किया गया चौक / बैंक पासबुक की प्रति	<input type="checkbox"/> Attending physician certificate देखभालकर्ता चिकित्सक का प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken किसी भी उपचार के लिए पिछले सभी मेडिकल रिकॉर्ड
<input type="checkbox"/> PAN Card/ Form 60 of the nominee पैन कार्ड/ नामांकित व्यक्ति का फॉर्म 60	<input type="checkbox"/> Medical Documents (if any) चिकित्सा दस्तावेज (यदि कोई हों)	<input type="checkbox"/> Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper पाई गई बीमारी के निदान और उपचार के सम्पूर्ण चिकित्सा रिकॉर्ड अर्थात सभी परीक्षण/रिपोर्ट/ डिस्चार्ज समरी/ इनडोर केस पेपर

Company Seal & Stamp with Date and time
कंपनी की सील और मुहर दिनांक और समय के साथ

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.

यह अभिस्वीकृति पर्ची दावे को स्वीकार करना नहीं मानी जाएगी। दावा कार्यवाही का निर्णय लेने के लिए कोई अतिरिक्त दस्तावेज मांगने आवश्यक अपेक्षाओं का अधिकार कंपनी के पास सुरक्षित है।

Nature of Illness and Habits बीमारी के लक्षण और प्रवृत्ति		Date of diagnosis of Illness निदान की तिथि
<input type="checkbox"/> Hypertension उच्चरक्तचाप	<input type="checkbox"/> Diabetes मधुमेह	<input type="checkbox"/> Asthma अस्थमा
<input type="checkbox"/> Tuberculosis क्षय (ट्यूबरकुलोसिस)	Other..... अन्य	<input type="checkbox"/> Heart हृदय
<input type="checkbox"/> Smoking धूम्रपान	<input type="checkbox"/> Alcohol शराब	<input type="checkbox"/> Tobacco तम्बाकू
If yes, Duration of Consumption _____		<input type="checkbox"/> Drugs ड्रग्स
यदि हां, सेवन की अवधि _____		& Quantity Consumed _____ एवं सेवन की मात्रा _____

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
गंभीर बीमारी के बारे में जानकारी (कृपया निदान की गई बीमारी पर निधान लगाएं)

<input type="checkbox"/> Heart attack दिल का दौरा	<input type="checkbox"/> Cancer कैंसर	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) CABG (कोरोनरी धमनी बाईपास सर्जरी)
<input type="checkbox"/> Stroke स्ट्रोक	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome एपैलिक सिंड्रोम	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor सुसाध्य ब्रेन ट्यूमर
<input type="checkbox"/> Blindness ब्लाइंडनेस	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ब्रेन सर्जरी	<input type="checkbox"/> Coma कोमा
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease अंतिम चरण जिगर रोग	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery हृदय वाल्व सर्जरी	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma मेजर हेड ट्रामा
<input type="checkbox"/> Angioplasty एंजियोप्लास्टी	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant मेजर ऑर्गन ट्रांसप्लांट	<input type="checkbox"/> Paralysis पैरालिसिस
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia अप्लास्टिक एनीमिया	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy कार्डियोमायोपैथी	<input type="checkbox"/> Deafness बहरापन
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease पार्किंसंस रोग ल्यूपस	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis नेफ्राइटिस	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis एस एल ई व्हिद्धि पोलियोमाइलाइटिस
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension प्राथमिक पल्मोनरी उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy मस्क्युलर डिस्ट्रोफी	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis मल्टीपल स्क्लेरोसिस
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease प्राथमिक पल्मोनरी हाइपरटेंशन	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease मेडुलरी सिस्टिक डिजीज	<input type="checkbox"/> Loss of Speech मल्टीपल स्क्लेरोसिस
<input type="checkbox"/> Kidney Failure गुर्दे की खराबी	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease अल्जाइमर रोग	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta महाधमनी की सर्जरी
<input type="checkbox"/> Major Burns मेजर बर्न्स	<input type="checkbox"/> Terminal Illness चरम बीमारी	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs अंग की हानि
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence आत्मनिर्भरता में कमी	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease फेफड़ों का जीर्ण रोग	

Section C: PAYMENT – NEFT

अनुभाग C: भुगतान - नेफ्ट

Bank Account no: _____ बैंक खाता संख्या: _____
Name of bank: _____ बैंक का नाम: _____
IFSC code: _____ आईएफएससी कोड: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

अनुभाग D: घोषणा और प्राधिकार

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.

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी कथन सत्य हैं और पूर्ण हैं तथा यह कि मेरी ओर से कुछ भी छुपाया नहीं गया है या रोककर नहीं रखा गया है। मुझे इस बात की समझ है कि दावा फॉर्म भरने से स्त्र पीएनबी मेटलाइफ ने पॉलिसी के तहत किसी दायित्व को स्वीकार नहीं किया है या किसी अधिकार का अधित्याग नहीं किया है। मैं एतद्वारा चिकित्सक या अस्पताल जिसने मेरा किसी रोग या बीमारी की जांच की है या उपचार किया है उसे मेरे स्वास्थ्य की अवस्था या सूचना को प्रकट करने या रिकॉर्ड जुटाने के लिए अधिकृत करता हूँ जिसे उसने पीएनबी मेटलाइफ की पॉलिसी से पहले या बाद में हासिल किया हो।

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 service.

मैं/हम एतद्वारा पूर्णतया सहमत हैं और मेरी/हमारी कोई निजी और संवेदनशील जानकारी जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा संकलित की गई हो या उनके पास उपलब्ध हो (चाहे इस कथनध्वावेदन में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो) जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से सम्बद्ध या उनके द्वारा नियुक्त किसी व्यक्ति/संगठन/स्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता (रिइश्योरर), दावा जाँच एजेंसियां, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संघर्ष/डरेशन शामिल हैं को इस दावे, आवेदन पर कार्यवाही करने और/या अनुवर्ती सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, जिनमें दावा निपटान से उत्पन्न सेवाएं भी शामिल हैं, दिए गए केवाईसी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं, का उपयोग और प्रकटित करने के लिए पीएनबी मेटलाइफ को प्राधिकृत करते हैं।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
हस्ताक्षर ध्वाएं अंगूठे का निधान _____ दिनांक _____

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 बीमारी दावा फार्म भरने वाले व्यक्ति द्वारा घोषणा। (यदि गंभीर बीमारी दावा फार्म आवेदन फार्म से भिन्न भाषा में भरा/हस्ताक्षर किया गया है)

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.

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने गंभीर बीमारी दावा फार्म की विषयवस्तु के बारे में दावाकर्ता को उसे समझ में आने वाली भाषा में पूरी तरह से समझा दिया है। उसे उसके द्वारा पूर्णतया समझ लिया गया है और दावाकर्ता द्वारा दी गई सूचनाओं के अनुसार उत्तर रिकॉर्ड किए गए हैं और उत्तर पढ़कर सुनाए गए हैं जो दावाकर्ता द्वारा पूरी तरह

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 इश्योरंस कम्पनी लिमिटेड,

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117

CI No. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल,

टैक्नीप्लेक्स - 1, टैक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062, फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

समझे गए हैं और पुष्टि की गई है।

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

फॉर्म और दस्तावेज की सामग्री मुझे पूरी तरह से समझाई जा चुकी है और मैंने यहाँ वर्णित सामग्री को पूरी तरह से समझ लिया है और प्रस्तावित महत्व के लिए इसका महत्व

Date दिनांक	Place स्थान	Signature of Declarant/ Witness घोषणाकर्ता/गवाह के हस्ताक्षर	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee हस्ताक्षर/एंगूठे का निशान दावाकर्ता/ नामिती
Name of Declarant/ Witness: _____ घोषणाकर्ता/गवाह का नाम: _____		Address of Declarant/ Witness: _____ घोषणाकर्ता/गवाह का पता: _____	
Contact No. of Declarant/ Witness: _____ घोषणाकर्ता/गवाह का संपर्क नंबर: _____		Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ घोषणाकर्ता/गवाह के साथ दावेदार का संबंध: _____	
Date: _____ दिनांक: _____		Place: _____ स्थान: _____	

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

इस फॉर्म के साथ जमा किए जाने वाले अनिवार्य दस्तावेज:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
चिकित्सक का प्रमाणपत्र (पारिवारिक चिकित्सक या इलाज करने वाले चिकित्सक से) अधिमानतः मानकीकृत च्छट डमजस्पमि प्रारूप में
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
की गई सर्जरी की पुष्टि करने वाला डिस्चार्ज सारांश
- All past medical records for any treatment taken
पहले करवाए गए किसी भी उपचार के सभी मेडिकल रिकॉर्ड
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
रद्द चेक/ बैंक पासबुक की कॉपी
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
पैन कार्ड / वीमित व्यक्ति का फॉर्म 60
- Current address proof
वर्तमान पते का प्रमाण
- Photo identity proof
फोटो पहचान प्रमाण
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
अस्पताल नकद लाभ दावा फॉर्म संबंधित चिकित्सक द्वारा सत्यापित होना चाहिए
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
शाखा/जीपीएच ¼GPH½ में प्राप्त दावों के लिए दावा सूचना तीसरे पक्ष के माध्यम से प्राप्त होने की स्थिति में दावेदार से अनुमोदन पत्र

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

नोट:- यदि अनुरोध के साथ केवाईसी (KYC) प्रमाण के रूप में आधार कार्ड जमा किया जाता है तो कृपया आधार संख्या के पहले 8 अंकों को छिपा दें

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 इश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड,

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117

CI No. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल,

टैक्नीप्लेक्स - 1, टैक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062, फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

Version 3.5/Nov'22 / संस्करण 3.5 / नवंबर'22

Page 3 of 3 / पृष्ठ 3 का 3