

Critical Illness Claim Form

କ୍ରିଟିକାଲ୍ ଇଲ୍‌ନେସ୍ ଦାବି ଫର୍ମ

POLICY NUMBER / ନୀତି ନମ୍ବର

Important instructions:

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ:

- 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.
ପୂରଣ ହୋଇଥିବା ଦାବି ଫର୍ମ, ଆବଶ୍ୟକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ କର୍ତ୍ତୃକ୍ଷମତା ବିହୀନ ସହିତ ଦାଖଲ କରାଯିବା କୁ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଆମ୍ଭ କି ନି ଦ୍ୱାରା ଉତ୍ତର ଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର ନାହିଁ । ଏହା କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ/ ମଧ୍ୟସ୍ଥତାକାରୀ କାନିଡେଟର ଫର .. କୌଣସି ପ୍ରକାରେ ଉତ୍ତର ଦାୟିତ୍ୱ ହୋଇନା ଥାନ୍ତି କିମ୍ବା ଉତ୍ତର ଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ ନୁହେଁ ।
- 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.
ଆବଶ୍ୟକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ସହିତ ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଅନୁଯାୟୀ ଏହି ଫର୍ମ ଆଗୁଆ ଦାଖଲ କଲେ ଆମ୍ଭେମାନେ ଆପଣଙ୍କ ଦାବି ଶୀଘ୍ର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରିବାକୁ ସମର୍ଥନ ହେବୁ । ଅସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାବି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବା ଏବଂ/ କିମ୍ବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ଦାଖଲ ନ କରିବା କାରଣରୁ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣରେ କୌଣସି ବିଳମ୍ବ ପାଇଁ ପିଏନ୍‌ଏମ୍‌ଏଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଦାୟୀ ହେବ ନାହିଁ ।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
ଏହି ଫର୍ମଟି ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବେ ବ୍ଲକ୍ ଅକ୍ଷରରେ ପୂରଣ ହେବ ।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମରେ ଯେଉଁଠାରେ ସଂଶୋଧନ କରାଯାଇଛି/ ଲେଖା କଟାଯାଇଛି ସେଠାରେ ପ୍ରତି ସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ ।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
ଫର୍ମ ଏବଂ ସମସ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ନିକଟତର ପିଏନ୍‌ଏମ୍‌ଏଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟରେ କିମ୍ବା ଉପରୋକ୍ତ ଠିକଣାରେ ଦାଖଲ କରାଯିବ ।
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
ପିଏନ୍‌ଏମ୍‌ଏଲ୍ ଲାଇଫ୍ ର ନିକଟତର ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟରେ କିମ୍ବା ଉପରୋକ୍ତ ଠିକଣାରେ ଦାଖଲ ହେବାକୁ ଥିବା ଫର୍ମ ଏବଂ ସମସ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

ବିଭାଗ A: ବୀମାଭୁକ୍ତ ଜୀବନର ବିବରଣୀ

Name: _____ Age: _____
 ନାମ: _____ ବୟସ: _____
 Address (Current Residential Address): _____
 ଠିକଣା (ସା, ଚିକ ବାସସ୍ଥାନ ଠିକଣା): _____
 City _____ Pin Code _____ State _____
 ସହର _____ ପିନ୍ କୋଡ୍ _____ ରାଜ୍ୟ _____
 Contact Number: Landline _____ /Mobile _____
 ସମ୍ପର୍କ ନମ୍ବର: ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ୍ ନମ୍ବର: _____ /ମୋବାଇଲ୍ _____
 E-mail Address: _____ PAN No./ Form 60: _____
 ଇମେଲ୍ ଠିକଣା: _____ ପ୍ୟାନ୍ ନଂ./ ଫର୍ମ 60: _____
 *Aadhaar No:

X	X	X	X	X	X	X	X	X				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

 *Only last 4 digits to be mentioned.
 *ଆଧାର ନଂ: _____ *କେବଳ ଶେଷ 4 ଅଙ୍କ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ ।

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର ସ୍ଲିପ୍

Policy number(s) _____
 ପଲିସି ନମ୍ବର(ଗୁଡ଼ିକ)
 Name of claimant _____
 ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ
 Branch name & code _____
 ଶାଖା ନାମ ଏବଂ କୋଡ୍
 Date: _____ Employee name & Code _____
 ତାରିଖ: _____ କର୍ମଚାରୀ ନାମ ଏବଂ କୋଡ୍

Company Seal & Stamp with Date and time
 ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ ସହ କମ୍ପାନୀ ସିଲ୍ ଏବଂ ସ୍ତମ୍ପ

Documents Submitted: ଦସ୍ତାବିଜଗୁଡ଼ିକ ଦାଖଲ କରାଗଲା:

<input type="checkbox"/> Original Policy Document ମୂଳ ପଲିସି ଦସ୍ତାବିଜ	<input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof ଦାବିଦାରଙ୍କ ଫଟୋ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ	<input type="checkbox"/> Family physician certificate ପରିବାର ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍
<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ / ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକ୍ କପି	<input type="checkbox"/> Attending physician certificate ଯୋଗ ଦେଇଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍	
<input type="checkbox"/> PAN Card/ Form 60 of the nominee ପ୍ୟାନ୍ କାର୍ଡ/ ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଫର୍ମ 60	<input type="checkbox"/> Medical Documents (if any) ଡାକ୍ତରୀ ଦସ୍ତାବିଜ୍ (ଯଦି କିଛି)	<input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken କୌଣସି ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ଅତୀତର ସମସ୍ତ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ୍
<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 ଚିକିତ୍ସା ଏବଂ ଚିକିତ୍ସା ହୋଇଥିବା ରୋଗର ଚିକିତ୍ସା ନିମନ୍ତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ୍ ଅର୍ଥୁସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷା/ ଯାଞ୍ଚ ରିପୋର୍ଟ, ଡିସ୍‌ଚାର୍ଜ୍ ସାରାଂଶ, ଇନ୍‌ଡୋର କେସ୍ ପେପର୍		

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.
 ଏହି ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର ପତ୍ର ଦାବି ଗ୍ରହଣ କରାଯିବାର ସ୍ୱୀକୃତି ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବା ଉଚିତ୍ ନୁହେଁ । କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରିବା ସମ୍ପର୍କରେ ନିଶ୍ଚିତ୍ ନେବା ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ୍, ସୂଚନା ଏବଂ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆବଶ୍ୟକ କିଛି ମଗାଇ ବାର ସମସ୍ତ ଅଧିକାର ରହିଛି ।

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

ବିଭାଗ B: ଜୀବନର ଚିକିତ୍ସା ଇତିହାସ ବାମାଭୁକ୍ତ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
 ଅସୁସ୍ଥତା/ରୋଗ/ଆଘାତର ନାମ ବନ୍ଧାନ୍ତ: _____
 Symptoms: _____
 ଉପସର୍ଗଗୁଡ଼ିକ: _____
 Duration of symptoms: _____ Date of Diagnosis: _____
 ଉପସର୍ଗଗୁଡ଼ିକର ଅବଧି: _____ ନିରାକରଣର ତାରିଖ: _____
 When were these symptoms first evident/occurred: _____
 ପ୍ରଥମ ଲକ୍ଷଣ କେବେ ଦେଖା ଦେଇଥିଲା/ ଘଟିଥିଲା: _____
 Date and Time of Admission _____ Date and Time of Discharge _____
 ଆଡମିଶନ ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ _____ ଡିସଚାର୍ଜ୍‌ର ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ _____
 Name of hospital: _____
 ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ: _____
 Have you ever had the similar condition in past: Yes No (If "yes," provide details) _____
 ଅତୀତରେ ଆପଣଙ୍କଠାରେ ଏହିପରି ଅବସ୍ଥା ଦେଖାଦେଇଥିଲା କି: ହଁ ନା (ଯଦି "ହଁ" ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାୟ କରନ୍ତୁ) _____

Nature of Illness and Habits ଅସୁସ୍ଥତା ଏବଂ ଅଭ୍ୟାସର ପ୍ରକୃତ				Date of diagnosis of Illness ରୋଗର ନିରାକରଣର ତାରିଖ
<input type="checkbox"/> Hypertension ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ	<input type="checkbox"/> Diabetes ମଧୁମେହ	<input type="checkbox"/> Asthma ଶ୍ୱାସ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Heart ହୃତପିଣ୍ଡ	
<input type="checkbox"/> Cancer କର୍କଟ	Other..... ଅନ୍ୟମାନେ			
<input type="checkbox"/> Tuberculosis ଯକ୍ଷ୍ମା	<input type="checkbox"/> Smoking ଧୂମପାନ	<input type="checkbox"/> Alcohol ମଦ୍ୟପାନ	<input type="checkbox"/> Tobacco ତମାଖୁ	<input type="checkbox"/> Drugs ଦ୍ରବ୍ୟ
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ଯଦି ହଁ, ବ୍ୟବହାରର ଅବଧି _____ ଏବଂ ପରିମାଣ ଖର୍ଚ୍ଚ ହୋଇଛି _____				

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
 ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ବିଷୟରେ ସୂଚନା (ଦୟାକରି ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିବା ଅସୁସ୍ଥତାରେ ଚିକ୍ ଚିହ୍ନଟ ଦିଅନ୍ତୁ)

<input type="checkbox"/> Heart attack ହୃଦଘାତ	<input type="checkbox"/> Cancer କର୍କଟ	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ସି-ଏବିଜି (କରୋନାରୀ ଆର୍ଟେରୀ ବାଇପାସ୍ ସର୍ଜରୀ)
<input type="checkbox"/> Stroke ଷ୍ଟ୍ରୋକ	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ଆପାଲିକ୍ ସିଣ୍ଡ୍ରୋମ୍	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ବେନିଗନ୍ ବ୍ରେନ୍ ଟ୍ୟୁମର
<input type="checkbox"/> Blindness ଦୃଷ୍ଟିହୀନତା	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ମସ୍ତିଷ୍କ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର	<input type="checkbox"/> Coma କୋମା
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ଶେଷ ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଯକୃତ ରୋଗ ଓ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ହାର୍ଟ ଭାଲ୍ଭ୍ ସର୍ଜରୀ	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ଶିରରେ ବଡ଼ ଧରଣର ଆଘାତ
<input type="checkbox"/> Angioplasty ଆଞ୍ଜିଓପ୍ଲାଷ୍ଟି	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଙ୍ଗ ପ୍ରତ୍ୟାଗ୍ରୋପଣ	<input type="checkbox"/> Paralysis ପକ୍ଷାଘାତ
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia ଆପ୍ଲାଷ୍ଟିକ୍ ଆନେମିଆ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy କାର୍ଡିଓମାୟୋପାଥୀ #	<input type="checkbox"/> Deafness ବଧୂରତା
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ପାର୍କିନ୍ସନ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ପୋଲିଓମାଇଲାଇଟିସ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ଲ୍ୟୁପସ୍ ନେଫ୍ରାଇଟିସ୍ ସହିତ ଏସ୍ଏଲ୍‌ଇ
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ପ୍ରାଥମିକ ପଲମୋନାରୀ ହାଇପ୍ ଲୋପଡନ୍	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ମସ୍ତିଷ୍କ ଲାଇ ଡିଷ୍ଟ୍ରୋଫି	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ମଲ୍ଟିପ୍ଲ ସ୍କ୍ଲେରୋସିସ୍
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ମୋଟର ନ୍ୟୁରନ୍ ଡିଜିଜ୍	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ମେଡୁଲାରୀ ସିଷ୍ଟିକ୍ ରୋଗ ଓ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ବାକ୍ ହାନି
<input type="checkbox"/> Kidney Failure କିଡ୍ନି ହାନି	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ଆଲଜିଜିମିୟର୍ ଡିଜିଜ୍	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ଅଓଟାର ସର୍ଜରୀ
<input type="checkbox"/> Major Burns ବଡ଼ ଧରଣର ପୋଡ଼ା ଘାତ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ଅତି ଗୁରୁତର ବା ଘାତକ ଅସୁସ୍ଥତା	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ଅଙ୍ଗ ହାନି
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ସ୍ୱାଧୀନ ଅସ୍ତିତ୍ୱ ହରାଇବା	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease କ୍ରନିକ୍ ପୁସ୍ ପୁସ୍ ରୋଗ	

Section C: PAYMENT – NEFT

ବିଭାଗ C: ଦେୟ – ଏନଇଏଫଟି

Bank Account no: _____
 ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନଂ: _____
 Name of bank: _____
 ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ: _____
 IFSC code: _____
 ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ବିଭାଗ D: ଘୋଷଣାକାରୀ ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ

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.

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ବ୍ୟବସାୟ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ମୋ ପକ୍ଷରୁ କୌଣସି ତଥ୍ୟ ଲୁଚାଯିବ ନାହିଁ। ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ଦାବି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କଲାବେଳେ ଫିଏଲ୍ ମେମ୍ବରଙ୍କୁ କୌଣସି ପ୍ରକାରରେ ପଲିସି ଅଧୀନରେ କୌଣସି ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିବାକୁ ଅନୁମତି ଦିଆଯାଇ ନାହିଁ। ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନା ଯେ କି ମୋର ଅସୁସ୍ଥତା କିମ୍ବା ରୋଗ ପାଇଁ ମୋର ଦେଖାଶୁଣା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ପରୀକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି ସେମାନେ ମୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥା ବିଷୟରେ ତଥ୍ୟ ବା ସୂଚନା ଯାହାକି ଫିଏଲ୍ ମେମ୍ବର ଲାଇଫ୍ ଟାଇମ୍ କାରି କରାଯାଇଥିବା ପରେ ବା ପୂର୍ବରୁ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ ତାହା ପ୍ରକାଶ କରିବା ପାଇଁ ରେକର୍ଡରେ ସଂଲଗ୍ନ କରିବା ପାଇଁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛି।

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.

ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସମ୍ମତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ ଯେ ଫିଏଲ୍ ମେମ୍ବର ଲାଇଫ୍ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ / ଆମଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥିବା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ହାସଲ କରାଯାଇଥିବା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ଅଧିକାର କରୁଛୁ, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ଫିଏଲ୍ ମେମ୍ବର ଲାଇଫ୍ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟରେ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଚିତ୍ତିତ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେ ଓଲାଇଫି ବଲିଭି ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରେ ପୁନଃ ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ଭେଣ୍ଡର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ/ କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____

ସ୍ୱକ୍ଷତ/ବାମ ଥମ୍ବ ଇମ୍ପ୍ରେସନ୍ _____ ତାରିଖ _____

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)

ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ଦାବି ଫର୍ମ ପୂରଣ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା | (ଯଦି ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ଦାବି ଫର୍ମ ଆବେଦନ ଫର୍ମ ଠାରୁ ଭିନ୍ନ ଭାଷାରେ ଭରାଯାଇଥାଏ / ସ୍ୱକ୍ଷତ କରାଯାଇଥାଏ)

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.

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ଦାବି ପତ୍ରର ବିଷୟ ବସ୍ତୁ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବୁଝାଯାଇଥିବା ଏବଂ ଭାଷାରେ ଦାବୀଦାରଙ୍କୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛି । ତାହା ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଅନୁଯାୟୀ ରେକର୍ଡ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଉକ୍ତ ସ୍ତରରେ ପଢ଼ାଯାଇଛି ଏବଂ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ପୁଷ୍ଟି କରାଯାଇଛି।

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

ଏହି ଫର୍ମ ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ଏଠାରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଦାବିରେ ଏହାର ଗୁରୁତ୍ୱ ଭଲଭାବରେ ବୁଝିପାରୁଛି

Table with 4 columns: Date, Place, Signature of Declarant/ Witness, Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee. Includes fields for Name of Declarant/ Witness, Address of Declarant/ Witness, Contact No., Claimant relation, Date, and Place.

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ଦାଖଲ କରିବାକୁ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ତତ୍ତ୍ୱାବଳୀ:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
Discharge Summary confirming the surgery undergone
All past medical records for any treatment taken
Cancelled cheque / Copy of bank passbook
PAN Card/ Form 60 of the life assured
Current address proof
Photo identity proof
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

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

ଟିପ୍ପଣୀ: ଯଦି ଅନୁରୋଧରେ କେୱାଲିଫି ପ୍ରମାଣ ଭାବରେ ଆଧାର କାର୍ଡ ଦାଖଲ କରାଯାଇଛି ତେବେ ଦୟାକରି ଆଧାର ନମ୍ବରର ପ୍ରଥମ ୮ ଡିଜିଟ୍ ମାସ୍କ୍ କରନ୍ତୁ ବା ଲୁଚାନ୍ତୁ