

## Disability Claim Form

### معذوری کے دعوے کا فارم

POLICY NUMBER / پالیسی نمبر

#### Important Instructions:

اہم ہدایات:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

دعویدار کی معرفت بڑے حروف میں مکمل کیا جائے گا

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

برائے مہربانی سبھی سوالات کا جواب دیں، خالی چھوڑنے کے بجائے جیسا مناسب ہو "لاگو نہیں" (این/اے) کا استعمال کریں۔

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

جہاں فارم میں ترامیم / تبدیلیاں کی گئی ہیں وہاں انسداد دستخط ان کریں۔

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

گواہ کا دستخط لازمی ہے۔ گواہ ایک گزٹیڈ آفیسر / نوٹری پبلک / مجسٹریٹ یا مقامی شہرت والا شخص ہونا چاہیے۔

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

دعویدار کو نیچے سبھی صفحات پر دستخط کرنے چاہیے۔

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.

اس دعوے کے فارم کو بھرنا ہماری کمپنی کی ذمہ داریوں کا تسلیم کرنا نہیں سمجھا جاتا چاہیے۔ کوئی بھی ایجنٹ کمپنی کی جانب سے کسی بھی ذمہ داری کو تسلیم کرنے کا مجاز نہیں ہے اور نہ ہی اسے اختیار دیا گیا ہے۔

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

برائے مہربانی فارم اور لوازمات کو پاس کے نزدیکی برانچ آفس یا مندرجہ بالا پتہ پر جمع کریں۔

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

لوازمات کو جلد اور مکمل جمع کرنا کمپنی کو دعوے کے عمل پر جلد از جلد کارروائی کرنے کے قابل بنائے گا۔

#### CLAIMANT DETAILS:

دعویدار کی تفصیلات:

Name of the Insured: \_\_\_\_\_  
بیمہ شدہ فرد کا نام: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
پتہ: \_\_\_\_\_

Contact No.: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_  
رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_ ای میل آڈریس: \_\_\_\_\_

Bank Account Number of the Claimant\*: \_\_\_\_\_  
(favoring which the claim cheque is to be issued)  
دعویدار کا بینک اکاؤنٹ نمبر\*: \_\_\_\_\_  
(جس کی حمایت میں دعویٰ کا چیک جاری کیا جاتا ہے)

Name & Address of the Bank\*: \_\_\_\_\_  
بینک کا نام اور پتہ\*: \_\_\_\_\_

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

ڈاکٹر / ہسپتال کی تفصیلات جس نے بیمہ شدہ شخص کی معذوری کا علاج کیا:

Name of the Doctor: \_\_\_\_\_  
ڈاکٹر کا نام: \_\_\_\_\_

Name of the Hospital: \_\_\_\_\_  
ہسپتال کا نام: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
پتہ: \_\_\_\_\_

Contact No.: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_  
رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_ ای میل آڈریس: \_\_\_\_\_

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

یہ شناخت کریں کہ کون سی معذوری قابل اطلاق ہے (پالیسی کی تجویز کے مطابق فہرست بنائیں):

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye<br>ایک آنکھ کی بینائی کا نقصان | <input type="checkbox"/> Loss of use of one Limb<br>ایک عضو کے استعمال کا نقصان   | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes<br>دونوں آنکھوں کی بینائی کا نقصان                                    |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing<br>سننے کا نقصان                        | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs<br>دو عضووں کے استعمال کا نقصان | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye<br>ایک عضو کے استعمال کا اور ایک آنکھ کی بینائی کا نقصان |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing<br>تقریر اور سماعت کا نقصان  | <input type="checkbox"/> Loss of Speech<br>تقریر کا نقصان                         |   |

#### DETAILS OF ACCIDENT:

حادثے کی تفصیلات:

Cause of Accident: \_\_\_\_\_  
حادثے کا سبب: \_\_\_\_\_

Date of Accident: \_\_\_\_\_  
حادثے کی تاریخ: \_\_\_\_\_

Is FIR lodged:  Yes  No  
کیا ایف آئی آر درج ہوئی ہے:  ہاں  نہیں

If "yes" please attach the copy of Accident: \_\_\_\_\_  
اگر "ہاں" تو برائے مہربانی حادثے کی کاپی منسلک کریں: \_\_\_\_\_

## HISTORY

تفصیلات

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_  
 علامات کے ظہور کی پہلی تاریخ: \_\_\_\_\_

Have you ever had the similar condition in past:  Yes  No  
 کیا مریض کو کبھی بھی ایسی علامتیں ہوئیں یا ماضی میں اسی طرح کی حالت تھی: ہاں نہیں

(If "yes," state when and provide details): \_\_\_\_\_  
 (اگر "ہاں" تو بیان کریں کہ کب اور تفصیلات فراہم کر لیں): \_\_\_\_\_

## PRESENT CONDITION:

موجودہ حالات:

Present symptoms: \_\_\_\_\_  
 موجودہ علامات: \_\_\_\_\_

Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_  
 نفسی نتائج (سمیت موجودہ ایکس-ریز، ای سی جی یا کوئی دوسری خاص جانچ): \_\_\_\_\_

## TREATMENT:

علاج:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: \_\_\_\_\_  
 اس سلسلے میں اسپتال / ڈاکٹر سے پہلی ملاقات کی تاریخ: \_\_\_\_\_

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
 اوپی نمبر/ ہسپتال نمبر/ ان ڈور مریض نمبر: \_\_\_\_\_

(Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
 پہلی ملاقات کی تاریخ: \_\_\_\_\_ ملاقاتوں کی کثرت (ہفتہ وار / ماہانہ / دیگر): \_\_\_\_\_

Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
 پچھلے معائنے کی تاریخ: \_\_\_\_\_

## PROGRESS:

ترقی:

Recovered  Improved  Unimproved  Retrogressed  
 بحال سے بحال بہتر ہوئی بہتر نہیں بحال سے بحال

## DECLARATION:

اعلان:

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.

میں اس یہاں اعلان کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا ساری تفصیلات درست اور مکمل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ دعویٰ فارم پیش کرنے میں ہی این بی میٹ لائف نے اپنی کسی بھی ذمہ داری کو تسلیم نہیں کیا ہے یا اپنے کسی بھی حق کو معاف نہیں کیا ہے۔ میں اس طرح ڈاکٹر یا ہسپتال جس نے شرکت کی اور کسی بھی مرض یا بیماری کے لیے میری جانچ اور علاج میری صحت کی حالت کے بارے میں علم یا جانکاری ظاہر کرنے کے لیے کیا، جس کو وہ ہی این بی میٹ لائف کی طرف سے پالیسی جاری کیے جانے سے پہلے اور بعد میں بھی کر سکتے تھے، کو اختیار دیتا ہوں۔

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.

کو PNB MetLife کے ساتھ دستیاب کسی بھی ذاتی اور حساس معلومات کو استعمال کرنے، ذخیرہ کرنے، شیئر کرنے، منتقل کرنے اور ظاہر کرنے کے لیے ہی این بی میٹ لائف کو میری/ ہماری جمع کی گئی یا PNB MetLife میں/ ہم اس کے ذریعے دستاویزات شامل ہو KYC سے وابستہ یا اس سے منسلک یا منسلک کسی فرد/تنظیم/ادارہ تک میری ہی این بی میٹ لائف مزید رضامندی، اور باضابطہ اجازت دیتے ہیں (جاہے اس دستاویز میں موجود ہو یا دوسری صورت میں حاصل کی گئی ہو) جس میں سکتی ہیں لیکن ان تک محدود نہیں ہیں، بشمول ری بیمہ کنندگان، دعویٰ کی تفتیشی ایجنسیاں، ویٹرز اور انٹسٹری ایسوسی ایشن/فیڈریشنز، اس دعوے پر کارروائی کے مقصد کے لیے اور/ یا بعد میں خدمات فراہم کرنے کے لیے۔

Signature/Left Thumb impression of claimant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 دعویٰ دار کا دستخط/انگوٹھے کا نشان: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

Name & Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 گواہ کا نام اور دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

Address of Witness: \_\_\_\_\_  
 گواہ کا پتہ: \_\_\_\_\_

Official Seal of the Witness: \_\_\_\_\_  
 گواہ کی آفیشل مہر: \_\_\_\_\_

**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.

نوٹ: مقامی زبان میں دستخط کا انگریزی ترجمہ اس کے نیچے ضرور لکھا ہونا چاہیے۔ آگے دعویدار جو مقامی زبان میں دستخط کر رہا ہے اس کو اس کے مقامی زبان میں ایک اعلان کرنا چاہیے کہ اس نے مندرجہ بالا فارم کے مندرجات کو مفصل اور پورے اور تھیک طور سے سمجھا لیا ہے جیسا کہ اس کو ایک انگریزی جاننے والے شخص کی معرفت وضاحت کی گئی تھی، جو اس بارے میں بھی دستخط کرے گا کہ اس نے مندرجہ بالا فارم کے مندرجات کو مفصل طور سے دعویدار کو سمجھا دیا ہے۔