

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

দাবী ফর্ম - পিএনবি মেটলাইফ আমার হার্ট ও ক্যান্সার কেয়ার

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: _____
কর: _____	পিনকোড: _____	রাজ্য: _____
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____	
যোগাযোগের নম্বর: ফোন: _____	/মোবাইল: _____	
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____	*Aadhaar No: _____
ই-মেইল ঠিকানা: _____	প্যান নং/ফর্ম 60: _____	*আধার নং: _____
*Only last 4 digits to be mentioned.		
*শুধুমাত্র শেষ 4টি অংক উল্লেখ কর-ত হ-ব।		

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

বিভাগ B: বীমাগ্রহীতার চিকিৎসা সম্পর্কিত বিবরণ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
অসুস্থতা/রোগ/আঘাত এর নাম: _____	
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 হাইপারটেনশন	<input type="checkbox"/> Diabetes ডায়াবেটিস	<input type="checkbox"/> Asthma হাঁপানি	<input type="checkbox"/> IHD আইএইচডি	<input type="checkbox"/> Malignancy ম্যালিগন্যান্সি	
Other..... অন্যান্য					
<input type="checkbox"/> Smoking ধূমপান	<input type="checkbox"/> Alcohol অ্যালকোহল	<input type="checkbox"/> Tobacco তামাক	<input type="checkbox"/> Drugs মাদকদ্রব্য		
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ যদি হ্যাঁ হয়ে থাকে, তাহলে সেবনের সময়কাল _____ এবং সেবনের পরিমাণ _____					

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
মারাত্মক অসুস্থতা সম্পর্কিত তথ্য (দেয়া করে চিকিৎসাকৃত অসুস্থতায় টীক চিহ্ন দিন)

List of Heart conditions covered under Heart Cover হাটের আওতায় বীমাকৃত হৃদয়ের বিভিন্ন অবস্থার তালিকা	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover ক্যান্সারের আওতায় বীমাকৃত ক্যান্সারের বিভিন্ন অবস্থার তালিকা
Mild Stage প্রাথমিক পর্যায়	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) এঞ্জিওপ্লাস্টি (করন্যারী ধমনীর জন্য স্টেন্টিং) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries জি এঞ্জিওপ্লাস্টি এবং ক্যারোটাইড ধমনীর জন্য স্টেন্টিং <input type="checkbox"/> Endarterectomy জি এন্ডারটেরেক্টমি <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty জি রেনাল এঞ্জিওপ্লাস্টি <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves হাটের ভালভ মেরামত বা প্রতিস্থাপনের জন্য জি পারকিউটেনাস পদ্ধতি <input type="checkbox"/> Pericardectomy জি পেরিকার্ডেক্টমি <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm জি মিনিমালি ইনভ্যাসিভ সার্জারি ফর এওরটিক অ্যানোরিসম <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis জি সংক্রামক এন্ডোকারডাইটিস	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ জি সুনির্দিষ্ট প্রাথমিক পর্যায়ের ক্যান্সার বা কার্সিনোমা-ইন-সিটু
Moderate Stage মাঝারি পর্যায়	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) জি হাটে স্থায়ী পেসমেকার প্রাথমিক প্রতিস্থাপন বা প্রতিস্থাপনযোগ্য কার্ডিওভার্টার ডিফিব্রিলেটর (আই-সিডি) বসানো <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts জি ভেন্ট্রিকুলার সহায়ক ডিভাইস বা সম্পূর্ণ কৃত্রিম হাট স্থাপনের জন্য সার্জারি	<p>Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: উপযুক্ত কার্সিনোমা-ইন-সিটু ক্যান্সার দাবীর* কারণে দরকারি নীচের ক্যান্সার সম্পর্কিত অস্ত্রোপচার কভার করবে:</p> <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast জি ব্রকের কার্সিনোমা-ইন-সিটু এর জন্য মাস্টেকটমি <input type="checkbox"/> Orchidectomy for Carcinoma-in-situ of the tests জি পরীক্ষার কার্সিনোমা-ইন-সিটু এর জন্য অর্কিডেক্টমি <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer জি ইউরিনারি ব্ল্যাডার এর কার্সিনোমা-ইন-সিটু এর জন্য সিস্টেক্টমি/ T1NoMo ইউরিনারি ব্ল্যাডার এর ক্যান্সার <input type="checkbox"/> Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo- Oophorectomy for Carcinoma-in-situ of the Cervix / Carcinoma-in-situ of the Uterus / Carcinoma-in-situ of the Ovary জি সম্পূর্ণ পেটের হিস্টেরেক্টমি এবং বাইলেটারেল সালপিঙ্ক্স- সার্ভিক্স এর কার্সিনোমা-ইন-সিটু এর জন্য ওফোরেক্টমি/ জরায়ুর কার্সিনোমা-ইন-সিটু/ওভারির কার্সিনোমা-ইন-সিটু <p>*A CiS cancer claim must be payable for payment of this benefit *এই সুবিধার পেমেন্টের জন্য একটি সিআইএস ক্যান্সার দাবী অবশ্যই পরিশোধযোগ্য</p>
Severe Stage গুরুতর পর্যায়	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) জি মায়োকার্ডিয়াল ইনফেকশন (বিশেষ সংকটাপূর্ণ - প্রথম হার্ট অ্যাটাক) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy জি কার্ডিওমায়োপ্যাথি <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta জি মহাধমনীর জটিল সার্জারি <input type="checkbox"/> Open Chest CABG জি ওপেন চেস্ট সিএবিজি <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves জি ওপেন হার্ট প্রতিস্থাপন বা হাটের ভালভ মেরামত <input type="checkbox"/> Heart Transplant জি হার্ট প্রতিস্থাপন	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis জি গুরুতর ক্যান্সার চিকিৎসা

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 উ: 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. 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. 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 processing this claim and/or for providing subsequent services.

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। 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, বিক্রেতা 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/বৃদ্ধাস্থলের 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)

ক্রিটিক্যাল ইলনেস ক্লেইম বা গুরুতর অসুস্থতা সংক্রান্ত দাবী ফর্ম পূরণকারী ব্যক্তির কৃত ঘোষণা (যদি ক্রিটিক্যাল ইলনেস ক্লেইম ফর্মটি আবেদন ফর্মের চেয়ে অন্য ভাষাতে পূরণকৃত/স্বাক্ষরিত হয়ে থাকে)

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 এইমর্মে ঘোষণা করছি -য, আমি ক্রিটিক্যাল ইলনেস ক্লেইম ফর্মের বিষয়বলী ক্লেইম বা দাবীকারীকে তার বোধগম্য ভাষাতে সম্পূর্ণভাবে ব্যাখ্যা করেছি। তিনি এই বিষয়বলী সম্পূর্ণভাবে বুঝেছেন এবং তার উত্তরগুলিকে দাবীকারীর প্রদানকৃত তথ্য অনুযায়ী রেকর্ড করা হয়েছে এবং উত্তরগুলি তাকে পড়ে শোনানো হয়েছে এবং দাবীকারী সম্পূর্ণভাবে তা বুঝেছেন ও নিশ্চিত করছেন।

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

আমার কাছ ফর্ম ও নথির বিষয়বলী সম্পূর্ণভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি এইমর্মে উল্লিখিত বিষয়বলী এবং প্রস্তাবিত ক্লেইমটি সম্পূর্ণভাবে বুঝেছি ও নিশ্চিত করছি।

Date তারিখ	Place স্থান	Signature of Declarant -ঘাষণাকারীর স্বাক্ষর	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee দাবীকারী/উত্তরাধিকারীর স্বাক্ষর/বৃদ্ধাস্থলের ছাপ
---------------	----------------	--	--

Name of Witness: _____ সাক্ষীর নাম:	Signature of Witness: _____ সাক্ষীর:
Address of Witness: _____ সাক্ষীর স্বাক্ষর:	
Date: _____ তারিখ:	Place: _____ স্থান:

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ক্রিটিক্যাল ইলনেস বা গুরুতর অসুস্থতা সংক্রান্ত প্রাপ্তিবীকার স্লিপ

Policy number(s) _____
 পলিসি নং(গুলি)
 Name of claimant _____
 দাবীকারীর নাম
 Branch name & code _____
 শাখার নাম ও কোড
 Date: _____ Employee name & Code _____
 তারিখ: _____ কর্মীর নাম ও কোড

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

Documents Submitted: Original Policy Document আসল পলিসি নথি Photo identity & residence proof সচিত্র পরিচয়পত্র ও ঠিকানার প্রমাণপত্র Doctor's Certificate - Critical Illness ডাক্তারের শংসাপত্র - গুরুতর অসুস্থতা
 নথিপত্র মাকৃত: Cancelled cheque / Copy of bank passbook ক্যানসেলকৃত চেক / ব্যাংক পাসবুক কপি All past medical records for any treatment taken নগমো কোনও চিকিৎসার জন্য অতীতের সমস্ত ডায়াগনস্টিক রেকর্ড
 Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper
 নগীত অসুস্থতার -রাগনির্ণয় ও চিকিৎসা সংক্রান্ত সম্পূর্ণ মেডিক্যাল রেকর্ডগুলি, অর্থাৎ সমস্ত টেস্ট/পরীক্ষার রিপোর্টগুলি, ডিসচার্জ সামারি, অভ্যন্তরীণ কেস নথি।

The acknowledgement slip should not be construed as acceptance of claim. The company reserves the right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

প্রাপ্তিবীকার স্লিপ-ক ক্লেইম বা দাবীর গ্রহণ হি-স-ব ধ-র -নওয়া উচিত নয়। কোম্পানী ক্লেইম বা দাবীটির প্রক্রিয়াকরণ সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত নথিপত্র, তথ্যাবলী এবং দরকারী কাগজ চাওয়ার অধিকার সংরক্ষিত রাখা।

Documents to be submitted along with this form

এই ফর্মেও সাথে যেসব নথিপত্র জমা দিতে হবে:

- Original policy document
মূল পলিসির নথি
- Doctor's Certificate - Critical Illness
ডাক্তারের প্রত্যক্ষ নথিপত্র - মারাত্মক অসুস্থতা
- 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 সংশ্লিষ্ট 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: UnitNo.701,702 &703,7thFloor,West Wing,RahejaTowers,26/27 MG Road, Bangalore -560001,Karnataka.IRDAof India Registrationnumber117.
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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ডঅফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া
রেজিস্ট্রেশন নম্বর 1171 সি আই নং 106601015200111-0028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা
আমাদের লিখে পাঠান এখানে 1ম তলা, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাত্যাকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোরগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203