

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care दावा फॉर्म – छठ मेट लाइफ मेरा हार्ट और कैंसर केयर

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। छठ 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: _____	*Aadhaar No: <table border="1"> <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></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
X	X	X	X	X	X	X	X	X									
ईमेल पता: _____	पैन नंबर. / फॉर्म 60: _____	*आधार नं: _____															
*Only last 4 digits to be mentioned.																	
* 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 _____	छुटी 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) _____	

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"/> IHD आईएचडी <input type="checkbox"/> Malignancy असाध्यता	
Other..... अन्य.....	
<input type="checkbox"/> Smoking धूम्रपान <input type="checkbox"/> Alcohol शराब <input type="checkbox"/> Tobacco तम्बाकू <input type="checkbox"/> Drugs ड्रग्स	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ यदि हां, सेवन की अवधि _____ 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)

List of Heart conditions covered under Heart Cover हार्ट कवर के अंतर्गत कवर की गई दिल की स्थिति की सूची	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover कैंसर कवर के अंतर्गत कवर की गई कैंसर की स्थिति की सूची
Mild Stage शुरुआती चरण	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) एंजियोप्लास्टी (कोरोनरी धमनियों के लिए स्टेंटिंग) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries कैरोटिड धमनियों के लिए एंजियोप्लास्टी और स्टेंटिंग <input type="checkbox"/> Endarterectomy एंडार्टरेक्टोमी <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty रेनल एंजियोप्लास्टी <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves हार्ट वाल्वों की मरम्मत या प्रतिस्थापन के लिए परक्यूटेनियस प्रक्रियाएं <input type="checkbox"/> Pericardectomy पेरिकारडेक्टोमी <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm महाधमनी धमनीविस्फार के लिए न्यूनतम इनवेसिव सर्जरी <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis संक्रामक अन्तर्हृद्घोथ	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ विषिष्ट शुरुआती अवस्था का कैंसर या कार्सिनोमा-इन-सितु
Moderate Stage मध्यम अवस्था	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) हृदय के स्थानीय पेसमेकर का आरंभिक प्रत्यारोपण या प्रत्यारोपण योग्य कार्डियोवर्टर डेफिब्रिलेटर (आईसीडी) को लगाना <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts वेंट्रिक्युलर असिस्ट डिवाइस या कुल कृत्रिम दिलों को रखने के लिए सर्जरी	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: कैंसर से संबंधित सर्जरी के कारण निम्नलिखित पात्र कार्सिनोमा-इन-सितु कैंसर दावा* कवर की जाती हैं: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast स्तन कार्सिनोमा-इन-सितु का वक्ष उच्छेदन <input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the testis कार्सिनोमा-इन-सितु परीक्षणों का ऑर्किएक्टोमी (अंडग्रंथि निकालने की शल्यक्रिया) <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer यूरेनरी ब्लॉडर/T1NoMo यूरेनरी ब्लॉडर कैंसर के कार्सिनोमा-इन-सितु के लिए सिस्टेक्टोमी <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 गर्भाशय ग्रीवा के कार्सिनोमा-इन-सितु/गर्भाशय के कार्सिनोमा-इन-सितु/अंडाशय के कार्सिनोमा-इन-सितु के लिए कुल उदर(पेट) संबंधी गर्भाशयोच्छेदन (हिस्टेरेक्टोमी) और द्विपक्षीय सैलिंगो ऑओफोरेक्टोमी *A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit *इस लाभ के भुगतान के लिए सीआईएस कैंसर का दावा देय होना चाहिए
Severe Stage गंभीर अवस्था	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) मायोकार्डियलिनफार्सेप्शन (पहला दिल का दौरा-विशेष विनिर्दिष्ट गंभीरता) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy कार्डियोमायोपैथी <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta महाधमनी की प्रमुख सर्जरी <input type="checkbox"/> Open Chest CABG ओपन च्हेस्ट सीएबीजी <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ओपन हार्ट रिप्लेसमेंट या हार्ट वाल्व का रिपेयर <input type="checkbox"/> Heart Transplant हृदय प्रत्यारोपण	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis प्रमुख कैंसर निदान

Section C: PAYMENT – NEFT

अनुभाग सी: भुगतान – नेफ्ट

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

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

अनुभाग डी: 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. 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.

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 सझ PNB मेट लाइफ 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 PNB मेट लाइफ की पॉलिसी से पहले या बाद में हासिल किया हो। मैं एतद्वारा पूर्णतया सहमत हूँ और मेरी बीमारी कोई निजी और संवेदनशील जानकारी जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा संकलित की गई हो या उनके पास उपलब्ध हो (चाहे इस कथन/आवेदन में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो) जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से सम्बद्ध या उनके द्वारा नियुक्त किसी व्यक्ति/संगठन/संस्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता (रिइश्योरर), दावा जाँच एजेंसियाँ, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संघ/फेडरेशन 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 कंवाईसी 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 /बाएं अंगूठे का निशान _____ 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 रिकार्ड किए गए हैं और उत्तर पढ़कर सुनाए गए हैं जो दावाकर्ता द्वारा पूरी तरह 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 घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान दावाकर्ता/ नामिती
Name of Witness: _____ गवाह का नाम: _____		Signature of Witness: _____ गवाह के हस्ताक्षर: _____	
Address of Witness: _____ गवाह का पता: _____			
Date: _____ दिनांक: _____	Place: _____ स्थान: _____		

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

गंभीर बीमारी अभिस्वीकृति पर्ची

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

Policy number(s) _____, _____, _____, _____
पॉलिसी संख्या(एँ)
Name of claimant _____
दावाकर्ता का नाम
Branch name & code _____
शाखा का नाम और कोड
Date: _____ Employee name & Code _____
दिनांक: _____ कर्मचारी का नाम और कोड

Documents Submitted: _____
दस्तावेज जमा किया गया: _____

Original Policy Document मूल पॉलिसी दस्तावेज
 Photo identity & residence proof फोटो पहचान और पते का प्रमाण
 Doctor's Certificate - Critical Illness डॉक्टर का प्रमाणपत्र- गंभीर बीमारी
 Cancelled cheque / Copy of bank passbook निरस्त किया गया चौक / बैंक पासबुक की प्रति
 All past medical records for any treatment taken किसी भी उपचार के लिए पिछले सभी मेडिकल रिकॉर्ड
 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 रिकार्ड अर्थात् सभी परीक्षण/जाँच रिपोर्ट, डिस्चार्ज समरी, इनडोर केस पेपर

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.

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।

Documents to be submitted along with this form:

इस फॉर्म के साथ जमा किये जाने वाले दस्तावेज:

- Original policy document
मूल पॉलिसी दस्तावेज
- Doctor's Certificate - Critical Illness
डॉक्टर का प्रमाण पत्र – गंभीर बीमारी
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
बीमारी के निदान और उपचार के लिए पूर्ण चिकित्सा रिकॉर्ड यानी कि सभी परीक्षण / जांच रिपोर्ट, डिस्चार्ज सारांश, इंडोर केस पेपर्स
- All past medical records for any treatment taken
किसी भी उपचार के लिए पिछले सभी मेडिकल रिकॉर्ड
- Cancelled cheque
रद्द चेक
- Id & residence proof
आईडी और निवास प्रमाण

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7th Floor, West Wing, Raheja Towers,26/27 MG Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India Registration number117.

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

पोएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालयक यूनिट नंबर 701, 702 और 703, 7 वीं मंजिल, वेस्ट विंग, राहेजा टावर्स, 26/27, म जी रोड, बैंगलोर - 560001, कर्नाटक। IRDA of India पंजीकरण संख्या 117- CI No- U66010KA2001PLC028883.

1-800-425-6969 पर हमें टोल-फ्री कॉल करें, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in पर या हमें पहली मंजिल पर लिखें।, टेक्निप्लेक्स -1, टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, ऑफ वीर सावरकर फ्लाईओवर, गोरगांव

(पश्चिम), मुंबई - 400062- फोन: + 91- 22-41790000, फैक्स: + 91-22-41790203