

## Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

### क्लेम फॉर्म पीएनबी मेटलाइफमरा हार्ट अँड कॅन्सर केअर

POLICY NUMBER / पॉलिसी क्रमांक

#### Important instructions:

##### महत्त्वाच्या सूचना:

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 दस्तऐवजांसह, आधी भरलेल्या क्लेम फॉर्मच्या सबमिशन पॉलिसी अंतर्गत आमच्या कंपनीच्या दायित्वांमध्ये प्रवेश म्हणून गृहित धरता येणार नाही. कोणत्याही एजंटला / मध्यस्थाला कंपनीच्या वतीने कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकारण्यासाठी अधिकृत केले गेले नाही किंवा केले जाणार नाही.

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.

खालील फॉर्मची आवश्यकतेनुसार पूर्तता करून, खाली दिल्याप्रमाणे अनिवार्य दस्तऐवजांसह लवकर सादर केल्यास तुमच्या दाव्याची प्रक्रिया आम्ही वेगाने करू शकू. अपूर्ण फॉर्म सादर केल्यामुळे आणि / किंवा अनिवार्य दस्तऐवज सबमिट न केल्यामुळे दावा प्रक्रियेच्या कोणत्याही विलंबासाठी पीएनबी मेटलाइफ जबाबदार नाही.

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.

हा फॉर्म ब्लॉक अक्षरांमध्ये पूर्ण मरायचा आहे.

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

कृपया काउंटर साईन करा जेथे फॉर्ममध्ये बदल केले आहेत.

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

राजपत्रित अधिकारी / नोटरी पब्लिक / मॅजिस्ट्रेट किंवा स्थानिक व्यक्तीची साक्षीदार म्हणून सही अनिवार्य आहे.

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.

पीएनबी मेटलाइफच्या जवळच्या शाखेत किंवा वर नमूद केलेल्या पत्त्यावर सर्व फॉर्म आणि सर्व आवश्यक गोष्टी सादर कराव्या आहेत.

#### Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

##### विभाग अ: विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचे तपशील

|  |                          |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|--|--------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| Name: _____                                    | Age: _____               |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| नाव: _____                                     | वय: _____                |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| Address (Current Residential Address): _____   |                          |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| पत्ता (वर्तमान निवासी पत्ता): _____            |                          |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| City _____                                     | Pin Code _____           | State _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| शहर _____                                      | पिन _____                | राज्य _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| Contact Number: Landline _____ / Mobile _____  |                          |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| संपर्क क्रमांक: लॅंडलाइन: _____ / 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></tr></table> | X | X | X | X | X | X | X | X | X |  |  |  |  |
| X  | X                        | X  | X | X | X | X | X | X |   |   |   |  |  |  |  |
| ई-मेल पत्ता: _____                             | पॅन क्र./फॉर्म 60: _____ | *आधार क्र.: _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| *Only last 4 digits to be mentioned.           |                          |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| *केवळ शेवटचे 4 अंक नमूद करावचे आहेत.           |                          |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |

#### Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

##### विभाग बी: विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचा वैद्यकीय इतिहास

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____   |                                  |
| आजार / रोग/ दुखापतीचे नाव: _____  |                                  |
| Symptoms: _____   |                                  |
| लक्षण: _____  |                                  |
| Duration of symptoms: _____   | Date of Diagnosis: _____         |
| लक्षणे सुरुवातीची: _____  | निदान तारीख: _____               |
| When were these symptoms first evident/occurred: _____  |                                  |
| ही लक्षणे प्रथम केव्हा स्पष्ट दिसली / झाली: _____   |                                  |
| Date and Time of Admission _____  | Date and Time of Discharge _____ |
| लक्षणे प्रवेशाची तारीख आणि वेळ _____  | डिस्चार्जची तारीख आणि वेळ _____  |
| Name of hospital: _____   |                                  |
| रुग्णालयाचे नाव: _____  |                                  |
| Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____ |                                  |
| तुम्हाला पूर्वी असे व्हाई झाले होते का: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही (जर हो असेल तर तपशील द्या) _____          |                                  |

|   |  |
|---|--|
| Nature of Illness and Habits<br>आजाराचे स्वरूप आणि सवयी   | Date of diagnosis of Illness<br>आजाराच्या निदानाची तारीख |
| <input type="checkbox"/> Hypertension हायपरटेन्शन<br><input type="checkbox"/> Diabetes मधुमेह<br><input type="checkbox"/> Asthma अस्थमा<br><input type="checkbox"/> IHD आयएचडी<br><input type="checkbox"/> Malignancy मलिनगन्सी<br>Other.....<br>इतर .....  |  |
| <input type="checkbox"/> Smoking धूम्रपान<br><input type="checkbox"/> Alcohol दारू<br><input type="checkbox"/> Tobacco तंबाखू<br><input type="checkbox"/> Drugs ड्रग्स<br>If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____<br>जर हो असेल, तर घेण्याचा कालावधी, _____ वापरण्याचे प्रमाण _____ |  |

**Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)**

**गंभीर आजाराविषयीची माहिती** (कृपया निदान झालेल्या आजारावर टिक करा)

| List of Heart conditions covered under Heart Cover<br>हृदय कव्हर अंतर्गत सुरक्षित हृदयाच्या स्थितीची यादी  | List of Cancer conditions covered under Cancer Cover<br>कॅन्सर कव्हर अंतर्गत सुरक्षित कॅन्सरच्या स्थितीची यादी  |
|--|---|
| <b>Mild Stage</b><br>सौम्य टप्पा   |   |
| <input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries)<br>एंजियोप्लास्टी आणि कॅरोनरी धमनीसाठी स्टेंट<br><input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries<br>एंजियोप्लास्टी आणि कॅरोनरी आर्टरीजसाठी स्टेंटिंग<br><input type="checkbox"/> Endarterectomy<br>एंडरटेरेक्टॉमी<br><input type="checkbox"/> Renal Angioplasty<br>रेनल एंजियोप्लास्टी<br><input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves<br>हृदय वाल्वच्या दुरुस्तीसाठी किंवा पुनर्स्थापनेसाठी परक्युनेशन प्रक्रिया<br><input type="checkbox"/> Pericardectomy<br>पेरीकार्डेक्टॉमी<br><input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm<br>ऑर्टिक एन्युरीझमसाठी कमीत कमी आक्रमक शस्त्रक्रिया<br><input type="checkbox"/> Infective Endocarditis<br>संसर्गजन्य एंडोकार्डिटिस | <input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ<br>प्रारंभिक स्टेज कॅन्सर किंवा कार्सिनोमा इन सिटू   |
| <b>Moderate Stage</b><br>मध्यम टप्पा   |   |
| <input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD)<br>हृदयात स्थायी पेसमेकरचे आरंभिक रोपण किंवा इम्प्लेन्टेबल कार्डियोव्हर्टर डीफ्रिलेटर (आयसीडी) समाविष्ट करणे<br><input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts<br>वेंट्रिकुलर सहाय्य यंत्रे किंवा संपूर्ण कृत्रिम हृदयाची शस्त्रक्रिया   | Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered:<br>कार्सिनोमा इन सिटू कॅन्सर दाव्याच्या * पात्रतेमुळे कर्करोगासंबंधित शस्त्रक्रिया आवश्यक आहेत, कव्हर्ड आहेत:<br><input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast<br>स्तनांच्या कार्सिनोमा इन सिटूसाठी मास्टेक्टॉमी<br><input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the testis<br>टेस्टिसच्या कार्सिनोमा इन सिटूसाठी ऑर्चीक्टॉमी<br><input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer<br>मूत्रपिंडाच्या मूत्राशयातील कार्सिनोमा इन सिटूसाठी सिस्टेक्टॉमी / टी 1 एनओमो मूत्रमार्गात मूत्राशय कर्करोग<br><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<br>संपूर्ण पोटातील हिस्टेरेक्टॉमी आणि द्विपक्षीय साल्पिंगो ओफोरेक्टॉमी सर्हिक्सचे कार्सिनोमा इन सिटू / अंडाशयाचे कार्सिनोमा इन सिटू ओव्हरीजचे कार्सिनोमा इन सिटू<br>*A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit<br>*या फायद्यासाठी सीआयएस कर्करोगाचा दावा देय असला पाहिजे |
| <b>Severe Stage</b><br>तीव्र टप्पा   |   |
| <input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity)<br>मायोकार्डियल इन्फ्रक्शन (प्रथम हृदयविकाराचा झटका – विशिष्ट तीव्रतेचा)<br><input type="checkbox"/> Cardiomyopathy<br>कार्डिओमायोपॅथी<br><input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta<br>आओर्टाची प्रमुख शस्त्रक्रिया<br><input type="checkbox"/> Open Chest CABG<br>ओपन च्हेस्ट सीएबीजी<br><input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves<br>ओपन हार्ट रिप्लेसमेंट किंवा हार्ट व्हाल्वची दुरुस्ती<br><input type="checkbox"/> Heart Transplant<br>हार्ट ट्रान्सप्लांट  | <input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis<br>मुख्य कर्करोग निदान  |

**Section C: PAYMENT – NEFT**

सेक्शन सी पेमेंट – एनईएफटी

|                         |
|-------------------------|
| Bank Account no: _____  |
| बँक खाते क्रमांक: _____ |
| Name of bank: _____     |
| बँकेचे नाव: _____       |
| IFSC code: _____        |
| आयएफसी कोड: _____       |

**Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION**

सेक्शन डी: घोषणा आणि अधिकृतता

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.

मी याद्वारे असे घोषित करतो की वरील सर्व विधाने सत्य आणि पूर्ण आहेत आणि मी काहीच दडवलेले नाही किंवा ते बाजूला ठेवले नाही. मी समजतो की दाव्याचे प्रपत्र सादर करताना पीएनबी मेटलाइफने दाखिल स्वीकारले नाही किंवा पॉलिसीच्या अंतर्गत त्याचे कोणतेही अधिकार फाफ केले नाही. मी अशा प्रकारे वैद्यकीय किंवा रुग्णालयाला अधिकृत केले आहे ज्याने कोणत्याही आजार किंवा आजाराबद्दल माझी तपासणी केली आहे किंवा मला माहिती दिली आहे किंवा पीएनबी मेटलाइफ यांनी पॉलिसी जारी केल्यानंतर किंवा आधी माझ्याशी संबंधित आरोग्य नोंदी सादर केल्या आहेत. आम्ही यापुढे संमती देतो आणि पीएनबी मेटलाइफ (या निवेदनात सामाविष्ट असलेल्या किंवा अन्यथा मिळवल्या गेलेल्या) कोणत्याही वैयक्तिक/संवेदनशील माहितीचा वापर आणि प्रकटीकरण करण्यासाठी अधिकृत करतो आणि त्यात केवळयसी कगदपत्रे कोणत्याही व्यक्ती / संस्थेस समाविष्ट करू शकतात. या दाव्याची प्रक्रिया करण्यासाठी आणि / किंवा पुढील सेवा प्रदान करण्याच्या प्रयोजनार्थ, पुनर्विक्रेतासाह, पीएनबी मेटलाइफ संबंधित किंवा संलग्न किंवा गुंतलेल्या संस्था /अन्वेषण करणाऱ्या एजन्सी, विक्रेते आणि उद्योग संघ / संघटना यांचा समावेश आहे.

Signature/Left Thumb impression \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
स्वा क्षरी / डाव्या अंगठ्याचा ठसा \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

**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 आजारपण दावा फॉर्म भरणाऱ्या व्यक्तीद्वारे घोषणापत्र (गंभीर आजारपण दावा फॉर्म अर्ज प्रपत्राच्या भाषेपेक्षा वेगळ्या भाषेत भरला/सही केला असल्याच्या प्रसंगात)**

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.

मी याद्वारे घोषित करतो/ते की मी दावा करणाऱ्याला त्याला/तिला समजणाऱ्या भाषेत गंभीर आजारपण दावा फॉर्मचा मजकूर स्पष्ट करून सांगितला आहे. तो त्याला/तिला पूर्णपणे समजला आहे आणि दावा करणाऱ्याने पुरवलेल्या माहितीनुसार उत्तरे नोंदवलेली आहेत आणि उत्तरे दावा करणाऱ्याला वाचून दाखवली, त्याला/तिला पूर्णपणे समजली आणि त्याने/तिने पुष्टी केली.

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 आणि दस्तऐवजातील मजकूर मला पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आला आहे आणि की त्यात नमूद केलेला मजकूर आणि प्रस्तावित दाव्यासाठी त्याचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे.

| Date<br>तारीख | Place<br>ठिकाण | Signature of Declarant<br>घोषणा करणाऱ्याची सही | Signature / Left thumb Impression<br>Claimant/ Nominee<br>दावा करणाऱ्याची / नामनिर्देशितची सही / डाव्या अंगठ्याचा ठसा |
|---------------|----------------|--|---|
| _____         | _____          | _____  | _____   |

Name of Witness: \_\_\_\_\_ Signature of Witness: \_\_\_\_\_  
साक्षीदाराचे नाव: \_\_\_\_\_ साक्षीदाराची सही: \_\_\_\_\_

Address of Witness: \_\_\_\_\_  
साक्षीदाराचा पत्ता: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
तारीख: \_\_\_\_\_ ठिकाण: \_\_\_\_\_

**CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP****गंभीर आजारपण पोचपावती**

Policy number(s) \_\_\_\_\_  
पॉलिसी क्रमांक \_\_\_\_\_

Name of claimant \_\_\_\_\_  
दावा करणाऱ्याचे नाव \_\_\_\_\_

Branch name & code \_\_\_\_\_  
शाखेचे नाव आणि कोड \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Employee name & Code \_\_\_\_\_  
तारीख: \_\_\_\_\_ कर्मचाऱ्याचे नाव आणि कोड \_\_\_\_\_

Company Seal  
& Stamp with  
Date and time  
कंपनीची मोहोर आणि  
शिकका तारीख आणि  
वेळेसह

Documents Submitted:  Original Policy Document  Photo identity & residence proof  Doctor's Certificate - Critical Illness  
मूळ पॉलिसी दस्तऐवज फोटो ओळखपत्र आणि निवासाचा पुरावा डॉक्टरचे प्रमाणपत्र - गंभीर आजारपण

दस्तऐवज सादर केलेले:  Cancelled cheque / Copy of bank passbook  All past medical records for any treatment taken  
रद्द केलेला घनादेश/बँक पासबुकची नकल निदानासाठी संपूर्ण वैद्यकीय नोंदी आणि डिस्चार्ज समरी, इनडोर केसपेपर

Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper  
निदान केलेल्या आजाराच्या निदानासाठी आणि उपचारासाठीच्या संपूर्ण वैद्यकीय नोंदी म्हणजेच सर्व चाचण्या/तपासण्यांचे अहवाल, 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.

घपावती म्हणजे दाव्याचा स्वीकार मानू नये. कंपनी आपला अतिरिक्त दस्तऐवज, माहिती आणि दाव्याची प्रक्रिया करण्याच्या निर्णयाच्या दृष्टीने आणखी आवश्यक गरजा मागण्याचा हक्क राखून ठेवते.

**Documents to be submitted along with this form:**

**या फॉर्मबरोबर जम करावयाची कागदपत्रे:**

- Original policy document  
मूळ धोरण दस्तऐवज
- Doctor's Certificate - Critical Illness  
चिकित्सकाचे प्रमाणपत्र - गंभीर आजार
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers  
उपस्थित चिकित्सक प्रमाणपत्र निदान झालेल्या रोगाचे निदान आणि उपचारासाठी पूर्ण वैद्यकीय रेकॉर्ड उदा. सर्व तपासणी/ तपासणी अहवाल, डिस्चार्ज सारांश, इन डोअर
- All past medical records for any treatment taken  
केस पेपर घेतलेल्या कोणत्याही उपचारांसाठी सर्व मागील रेकॉर्ड
- Cancelled cheque  
रद्द चेक
- Id & residence proof  
आयडी आणि राहण्याचा पुरावा

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7<sup>th</sup> 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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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 इंशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701, 702 आणि 703, 7वा मजल, परियम विंग, राहेजा टॉवर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर – 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117, सीआय क्रमांक U66010KA2001PLC028883 वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), इमेल- [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) आम्हाला टोल फ्री वर खॅल करा 1-800-425-6969 किंवा आम्हाला लिहा, 1ला मजला, टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर, गोरेगाव (परियम), मुंबई- 400 062 फोन 91 -22-41790000