

# Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

## ବାଦି ଫର୍ମ – ପିଏନଡି ମେଟାଲାଇଫ ମେରା ହାର୍ଟ ଏବଂ କ୍ୟାନ୍ସର କେୟାର

POLICY NUMBER / ପଲିସି ନଂ.ମର:																			
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**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 ବାଦି ଫର୍ମ, ଆବଶ୍ୟକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ସହିତ ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଆମ୍ଭ କମ୍ପାନି ଦ୍ୱାରା ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର ଭାବରେ ବିଚାର କରାଯିବ ନାହିଁ। କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ/ମଧ୍ୟସ୍ଥତାକାରୀ କମ୍ପାନି ତରଫରୁ କୌଣସି ପ୍ରକାରେ ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ହୋଇନାହିଁ କିମ୍ବା ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ 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 ବାଦି ଶୀଘ୍ର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରିବାକୁ ସମର୍ଥ ହେବୁ। ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବାଦି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବା ଏବଂ/ କିମ୍ବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ଦାଖଲ ନ କରିବା କାରଣରୁ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣରେ କୌଣସି ବିଳମ୍ବ ପାଇଁ ପିଏନଡି ମେଟାଲାଇଫ ଦାୟୀ ହେବ ନାହିଁ।

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.  
 ଏହି ଫର୍ମ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବ୍ଲକ୍ ଅକ୍ଷରରେ ପୂରଣ କରାଯିବ।

Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.  
 ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମରେ ଯେଉଁଠାରେ ସଂଶୋଧନ କରାଯାଇଛି/ଲେଖା କରାଯାଇଛି ସେଠାରେ ପ୍ରତି ସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ।

Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.  
 ଗେଜେଟେଡ୍ ଅଫିସର/ନୋଟାରି ପବ୍ଲିକ୍/ମାଗିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ କିମ୍ବା ସ୍ଥାନୀୟ କ୍ଷେତ୍ରର ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସାକ୍ଷର ସ୍ୱାକ୍ଷର ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ହୋଇଥାଏ। ଫର୍ମ ଏବଂ ସମସ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ନିକଟବର୍ତ୍ତୀ ପିଏନଡି ମେଟାଲାଇଫ ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟରେ କିମ୍ବା ଉପର ବର୍ଣ୍ଣିତ ଠିକଣାରେ ଦାଖଲ କରାଯିବ।

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.  
 ପିଏନଡି ମେଟାଲାଇଫ ର ନିକଟସ୍ଥ 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: _____														
ଶୁ୍ନାମ: _____	ବୟସ: _____														
Address (Current Residential Address): _____															
_____															
ଠିକଣା (ସାମ୍ପ୍ରତିକ ବାସଗୃହ ଠିକଣା): _____															
_____															
City: _____	Pin Code: _____	State: _____													
ସହର: _____	ପିନ୍ କୋଡ୍: _____	ରାଜ୍ୟ: _____													
Contact Number: Landline _____ / Mobile _____															
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ୍: _____ / ମୋବାଇଲ୍: _____															
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____	*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px; height: 15px;"><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							
ଇମେଲ ଠିକଣା: _____	ପ୍ୟାନ ନଂ./ ଫର୍ମ 60: _____	*ଆଧାର ନଂ: _____													
*Only last 4 digits to be mentioned.															
* କେବଳ ଶେଷ 4 ଅଙ୍କ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ।															

**Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED**  
**ବିଭାଗ B: ଜୀବନର ଚିକିତ୍ସା ଇତିହାସ ବୀମାଭୁକ୍ତ**

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
ଅସୁସ୍ଥତା/ରୋଗ/ହୋଇଥିବା ଆଘାତର ଶୁ୍ନାମ: _____	
Symptoms: _____	
ଉପସର୍ଗଗୁଡ଼ିକ: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
ଉପସର୍ଗଗୁଡ଼ିକର ଅବଧି: _____	ଡିଗ୍ନୋସିସ୍ ତାରିଖ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
ପ୍ରଥମ ଲକ୍ଷଣ କେବେ ଦେଖା ଦେଇଥିଲା/ଘଟିଥିଲା: _____	
Date and Time of Admission: _____	Date and Time of Discharge: _____
ଦାଖଲର ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ: _____	ଛୁଟି ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ: _____
Name of hospital: _____	
ବ୍ୟବସାୟର ଶୁ୍ନାମ: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If “yes,” provide details) _____	
_____	
ଅତୀତରେ ଆପଣଙ୍କଠାରେ ଏହିପରି ଅବସ୍ଥା ଦେଖାଦେଇଥିଲା କି: <input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ। (ଯଦି ହଁ, ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ) _____	
_____	

Nature of Illness and Habits ଅସୁସ୍ଥତା ଏବଂ ଅଭ୍ୟାସର ପ୍ରକୃତି					Date of diagnosis of Illness ଅସୁସ୍ଥତା ଚିହ୍ନଟକରଣର ତାରିଖ
<input type="checkbox"/> Hypertension ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ	<input type="checkbox"/> Diabetes ମଧୁମେହ	<input type="checkbox"/> Asthma ଶ୍ୱାସ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> IHD ଆଇଏଚ୍ଡି	<input type="checkbox"/> Malignancy ମାଲିଗ୍ନାନ୍ସି	
Other..... ଅନ୍ୟାନ୍ୟ.....					
<input type="checkbox"/> Smoking ଧୂମପାତ୍ର କରିବା	<input type="checkbox"/> Alcohol ମଦ୍ୟପାନ	<input type="checkbox"/> Tobacco ତମାଖୁ ସେବଣ	<input type="checkbox"/> Drugs ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ ସେବଣ		
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ଯଦି ହଁ, କେତେ ବର୍ଷ ହେଲା ସେବଣ କରୁଛନ୍ତି _____ ଏବଂ ସେବଣ କରୁଥିବା ପରିମାଣ _____					

**Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)**  
**କଟିକ ଅସୁସ୍ଥତା ବିଷୟରେ ସୂଚନା** (ଦୟାକରି ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିବା ଅସୁସ୍ଥତାରେ ଟିକ୍ ଚିହ୍ନ ଦିଅନ୍ତୁ)

List of Heart conditions covered under Heart Cover ହାର୍ଟକଲର ଅଧିନରେ ବୀମା ପୁରଣିତ ହୃଦ୍‌ରୋଗର ତାଲିକା	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover କ୍ୟାନ୍ସର କଲର ଅଧିନରେ ବୀମା ପୁରଣିତ ବିଭିନ୍ନ ବର୍ଣ୍ଣିତ ରୋଗର ତାଲିକା
<b>Mild Stage</b> ସାଧାରଣ ଅବସ୍ଥା	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) ଆଞ୍ଜିଓପ୍ଲାଷ୍ଟି (କରୋନାରିଆ ଆର୍ଟେରୀ ପାଇଁ ଷ୍ଟେଣ୍ଟିଂ) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries ଆଞ୍ଜିଓପ୍ଲାଷ୍ଟି ଏବଂ କ୍ୟାରେଟିଡ୍ ଆର୍ଟେରୀର ଷ୍ଟେଣ୍ଟିଂ <input type="checkbox"/> Endarterectomy ଏଣ୍ଡାର୍ଟେକ୍ଟୋମି <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty ରେନାଲ୍ ଆଞ୍ଜିଓପ୍ଲାଷ୍ଟି <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves ହାର୍ଟଭାଲ୍ଭ୍‌ସ୍ ପ୍ରତ୍ୟାସ୍ଥାପନ ବା ମରାମତି ପାଇଁ ପର୍କ୍ୟୁଟାନିଅସ୍ ପଦ୍ଧତି <input type="checkbox"/> Pericardectomy ପେରିକାର୍ଡେକ୍ଟୋମି <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm ଆଉଟିକ୍ ଆନ୍ୟରିଜିମ୍ ପାଇଁ ମିନିମାଲି ଇନ୍‌ଭାସିଭ୍ ସର୍ଜରୀ <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis ଅପ୍ରଭାବୀ ଏଣ୍ଡୋକାର୍ଡାଇଟିସ୍	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ ଏହି ଛୁଇଁକାରିତ ପ୍ରାଥମିକ ପର୍ଯ୍ୟାୟର କ୍ୟାନ୍ସର କିମ୍ବା କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇଣ୍‌ସିତୁ ସିଟୁ
<b>Moderate Stage</b> ମଧ୍ୟମ ପର୍ଯ୍ୟାୟ	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) ହାର୍ଟରେ ପର୍ମାନେଣ୍ଟ ପେସମେକରର ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ପ୍ରତିଷ୍ଠାପଣ କିମ୍ବା ଇମ୍ପ୍ଲାଣ୍ଟେବଲ୍ କାର୍ଡିଓଭେଟ୍‌ରୀ ଡିଫିବ୍ରିଲେଟର (ଆଇସିଡି) ସଂସ୍ଥାପଣ <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts ଭେଣ୍ଟ୍ରିକୁଲାର ଆସିଷ୍ଟିଭ୍ ଡିଭାଇସ୍ ସ୍ଥାପନ ପାଇଁ କିମ୍ବା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କୃତ୍ରିମ ହୃଦ୍‌ପିଣ୍ଡ ସ୍ଥାପନ ପାଇଁ ଅପ୍ରେସନ	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: ଯାହାକି କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ କ୍ୟାନ୍ସର ହୋଇଥାଏ କିମ୍ବା କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ କ୍ୟାନ୍ସର ହୋଇଥାଏ: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast ପ୍ରସ୍ଥରେ କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ ପାଇଁ ମାଷ୍ଟେକ୍ଟୋମି <input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the tests ବୁଷ୍ଟରେ କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ ପାଇଁ ଅର୍କିଡେକ୍ଟୋମି <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer ମୁତ୍ରାଶୟ କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ ପାଇଁ ସିଷ୍ଟେକ୍ଟୋମି / T1NoMo ମୁତ୍ରାଶୟ କର୍କଟ <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 ଗୋଟାଲ୍ ଆବଡୋମିନାଲ୍ ହିଷ୍ଟେରୋହେକ୍ଟୋମି ଏବଂ ବାଇଲ୍ୟାଟେରାଲ୍ ସାଲ୍ପିଞ୍ଜୋ ଓ ଓଫୋରେକ୍ଟୋମି କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ ପାଇଁ / କରାମୁର କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ / ଓଭେରୀ କାର୍‌ସିନ୍‌ଓମା ଇନ୍‌ସିତୁ *A CiS cancer claim must be payable for payment of this benefit *A CiS କ୍ୟାନ୍ସର କ୍ଲେମ୍ ଏହି ଲାଭ ପାଇଁ ପୈତୃକ ଯୋଗ୍ୟ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ
<b>Severe Stage</b> ଗୁରୁତର ଅବସ୍ଥା	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) ମାୟୋକାର୍ଡିଆଲ୍ ଇଣ୍ଫାରକ୍ସନ୍ (ପ୍ରଥମ ହୃଦ୍‌ଘାତ – ଛୁଇଁକାରିତ ଗୁରୁତରତାର) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy କାର୍ଡିଓମାୟୋପାଥି <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta ମେଜର ସର୍ଜରୀ ଅଫ୍ ଆର୍ଟେରୀ <input type="checkbox"/> Open Chest CABG ଓପନ୍ ଚେଷ୍ଟ୍ ସିଏସ୍‌ବିଜି <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ଓପନ୍ ହାର୍ଟ ରିପ୍ଲେସମେଣ୍ଟ କିମ୍ବା ହାର୍ଟ ଭାଲ୍ଭ୍ ରିପେୟାର <input type="checkbox"/> Heart Transplant ହାର୍ଟ ଟ୍ରାନ୍ସପ୍ଲାଣ୍ଟ	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis ମେଜର କ୍ୟାନ୍ସର ଚିହ୍ନଟକରଣ

Section C: PAYMENT - NEFT

ବିଭାଗ C: ପେଠ-ଏକ୍ସପ୍ରେସ୍

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

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ବିଭାଗ D: ଘୋଷଣାସ୍ୱୀକାରୀ ଏବଂ ପ୍ରାଧିକାରଣ

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.

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ବ୍ୟବସାୟ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ମୋ ପକ୍ଷରୁ କୌଣସି ତଥ୍ୟ ଲୁଚାଯିବାର ସମ୍ଭାବନା ନାହିଁ। ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ଦାବି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କଲାବେଳେ ପିଏନଏମ୍ ଲାଇଫ୍ କୌଣସି ପ୍ରକାରେ ପଲିସି ଅଧୀନରେ କୌଣସି ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିନାହାନ୍ତି କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଅଧିକାର ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିନେଇନାହାନ୍ତି। 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 ପିଏନଏମ୍ ଲାଇଫ୍ ଦ୍ୱାରା ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବା ପରେ ବା ପୂର୍ବରୁ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ ତାହା ପ୍ରକାଶ କରିବା ପାଇଁ ରେକର୍ଡରେ ସଂଲଗ୍ନ କରିବା ପାଇଁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛି। ମୁଁ / ଆମ୍ଭେ ଏତଦ୍ୱାରା ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସମ୍ମତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛି ଯେ ପିଏନଏମ୍ ଲାଇଫ୍ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ / ଆମ୍ଭଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ଦସ୍ତଖତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥିବା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ହାସଲ କରାଯାଇଥିବା) ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ଅଧିକାର କରୁଛି, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ପିଏନଏମ୍ ଲାଇଫ୍ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟରତ କିମ୍ବା ଅନୁଦକ୍ଷିତ କମ୍ପାନୀ କଡିଟ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେଉଁକିଏ ଦଲିଲ୍ ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନୁଗୃହଣ କରେ ପୁନଃ ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ରେଗୁଲେଟର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ।

Signature/Left Thumb impression Date
ସ୍ୱାକ୍ଷର/ ବାମ ହସ୍ତ ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଳ ଚିତ୍ରଟିକ୍ଟ 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)

ଏହି ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ଦାବି ପତ୍ର ପୂରଣ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା । ( ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ଦାବି ପତ୍ର ଆବେଦନ ପତ୍ର ଠାରୁ ଭିନ୍ନ ଏକ ଭାଷାରେ ପୂରଣ / ସ୍ୱାକ୍ଷର ହେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ)

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 ଏକ ଭାଷାରେ ଦାବୀଦାରଙ୍କୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛି । ତାହା ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଦାବୀଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଅନୁଯାୟୀ ରେକର୍ଡ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଉକ୍ତ ସ୍ତରରେ ପଢ଼ାଯାଇଛି ଏବଂ ଦାବୀଦାରଙ୍କ 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 ପ୍ରାପ୍ତିତ ଦାବିରେ ଏହାର ଗୁରୁତ୍ୱ ଉଲ୍ଲଭାବରେ ବୁଝିଛି

Table with 4 columns: Date, Place, Signature of Declarant, Signature / Left thumb Impression. Includes fields for Name of Witness, Address of Witness, and Date/Place for witness.

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ସ୍ଲିପ୍

Policy number(s), Name of claimant, Branch name & code, Date, Employee name & Code



Documents Submitted: Original Policy Document, Photo identity & residence proof, Doctor's Certificate - Critical Illness, Cancelled cheque / Copy of bank passbook, All past medical records for any treatment taken, Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper

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.

ଏହି ସ୍ୱୀକୃତି ସ୍ଲିପ୍ ଦାବିର ଗ୍ରହଣ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବା ଉଚିତ୍ ନୁହେଁ। ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉପରେ ନିଶ୍ଚିତ୍ତ ନେବାକୁ ଅତିରିକ୍ତ ତଥ୍ୟମାନଙ୍କୁ, ସୂଚନା ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକ ଅନ୍ୟ କିଛି କଲ୍ସ ଶିକ୍ଷା ଆବଶ୍ୟକତା କଲ୍ କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀ ଏହାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷଣ କରେ।

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

**ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ବାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା ଦଲିଲଗୁଡ଼ିକ:**

- Original policy document  
ମୂଳ ପଲିସି ଦଲିଲ
- Doctor's Certificate - Critical Illness  
ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍- କଟିକ ଅସୁସ୍ଥତା
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers  
ରୋଗ ଚିହ୍ନଟ ଓ ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିବା ଅସୁସ୍ଥତାର ଚିକିତ୍ସାର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ଯଥା ସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷା/ଅଣୁସନ୍ଧାନ ରିପୋର୍ଟ, ଛୁଟି ଶୁଣି ସାରାଂଶ, ଅନ୍ତଃ ରୋଗୀ ବିମୁାଗ କେସ୍ ପେପର୍
- All past medical records for any treatment taken  
କୌଣସି ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ଅତୀତର ସମସ୍ତ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ
- Cancelled cheque  
ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍
- Id & residence proof  
ପରିଚୟ ଏବଂ ବାସଗୁଣ୍ଡା ପ୍ରମାଣ

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

ପିଏସ୍‌ସ୍‌ସି ମେଟଲାଇଫ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ ଦାର୍ଯ୍ୟାବସ୍ଥା: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701,702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱାର୍ସ, 26/27 ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କର୍ପୋରେସନ ଆକ୍ଟ 1980 ର ଅନୁଯାୟୀ ପଞ୍ଜିକୃତ ନଂ. 117 । ବିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) ବିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 । ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203