

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ - ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਥਲਾਈਫ ਮਰਾ ਹਾਰਟ ਐਂਡ ਕਸਰ ਕੇਅਰ

POLICY NUMBER / ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Important instructions:

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸ਼ਰਾਅਤ:

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.

ਲੋੜੀਂਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਭਰੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾਂ ਕਰਾਉਣਾ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵਿਹਤ ਸਾਡੀ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਏਜੰਟ / ਵਿਚੋਲਗੀਰ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

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.

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਕੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਹੋਵੇਗੀ। ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਅਧੂਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾਂ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਾ ਜਮਹਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤਿਕਰਮਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗੀ।

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

ਬਲੌਕ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਹੈ।

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

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਊਂਟਰ-ਸਾਈਨ ਕਰੋ ਜਿੱਥੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸੋਧਾਂ / ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

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

ਗਜ਼ਟਡ ਅਫਸਰ / ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ / ਮੈਜਿਸਟਰੇਟ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਗਵਾਹ ਦਸਤਖਤ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੇ ਨੇਰੇਸਟ ਬਰਾਂਚ ਦੇ ਤਰ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਪਤੇ ਤੇ ਜਮਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ ਏ: ਲਾਈਫ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ

Name: _____ Age: _____
 ਨਾਮ: _____ ਉਮਰ: _____
 Address (Current Residential Address): _____
 ਪਤਾ (ਵਰਤਮਾਨ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ): _____
 City: _____ Pin Code: _____ State: _____
 ਸ਼ਿਹਰ: _____ ਪਿੰਨ ਕੋਡ: _____ ਰਾਜ: _____
 Contact Number: Landline _____ / Mobile _____
 ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: ਲੈਂਡਲਾਈਨ: _____ ਮੋਬਾਈਲ: _____
 E-mail Address: _____ PAN No./ Form 60: _____ *Aadhaar No:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ਈਮੇਲ ਖਾਤਾ: _____ ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60: _____ * ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ: _____
 *Only last 4 digits to be mentioned.
 * ਕੇਵਲ ਅੰਤਿਮ 4 ਅੰਕ ਦਰਸਾਏ ਜਾਣ।

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ ਬੀ: ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
 ਬੀਮਾਰੀ / ਰੋਗ / ਇੰਜਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਬਰਕਰਾਰ: _____
 Symptoms: _____
 ਲੱਛਣ: _____
 Duration of symptoms: _____ Date of Diagnosis: _____
 ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਸਮਾਂ: _____ ਨਿਦਾਨਦੀਤਾਰੀਖ: _____
 When were these symptoms first evident/occurred: _____
 ਇਹ ਲੱਛਣ ਕਦੋਂ ਪਿਹਲੀ ਸਨ ਸਾਬਤ ਆਈ: _____
 Date and Time of Admission: _____ Date and Time of Discharge: _____
 ਦਾਖਲਾ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: _____ ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: _____
 Name of hospital: _____
 ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____
 Have you ever had the similar condition in past: Yes No (If "yes," provide details) _____
 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਪਹਿਲੀ ਸਾਲ ਦੀ ਇਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ (ਜੇ "ਹਾਂ," ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) _____

Nature of Illness and Habits ਬੀਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ	Date of diagnosis of Illness ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
<input type="checkbox"/> Hypertension ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ <input type="checkbox"/> Diabetes ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ <input type="checkbox"/> Asthma ਦਮਾ <input type="checkbox"/> IHD ਆਈਐਚਡੀ <input type="checkbox"/> Malignancy ਮਲੀਗਨੈਂਸੀ	
Other..... ਹੋਰ	
<input type="checkbox"/> Smoking ਤਮਾਖੂਨੋਸ਼ੀ <input type="checkbox"/> Alcohol ਅਲਕੋਹਲ <input type="checkbox"/> Tobacco ਤੰਬਾਕੂ <input type="checkbox"/> Drugs ਡਰੱਗਜ਼	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ _____ ਅਤੇ ਖਪਤ ਦੀ ਗਿਣਤੀ _____	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ)

List of Heart conditions covered under Heart Cover ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਲ ਦੇ ਕਵਰ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਕਵਰ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਦੀਆਂ ਕੈਂਸਰ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ
Mild Stage ਹਲਕੇ ਪੜਾਅ	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ (ਕੋਰੋਨਰੀ ਆਰਟਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਟੀਨਿੰਗ) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ ਅਤੇ ਕਾਰੋਟਿਡ ਆਰਟਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਟੀਨਿੰਗ <input type="checkbox"/> Endarterectomy ਐਂਡਾਰਟੇਕਟੋਮੀ <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty ਰੀਨਲ ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves ਹਾਰਡ ਵਾਲਵ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਬਦਲੀ ਲਈ ਪਰਾਈਕੂਟਿਨਜ਼ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ <input type="checkbox"/> Pericardectomy ਪਰਾਈਕਾਰਡੈਕਟੋਮੀ <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm ਆਰਟਿਕ ਐਨਵਾਇਰਿਜ਼ਮ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਹਮਲਾਵਰ ਸਰਜਰੀ <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis ਸੰਭਾਵੀ ਐਂਡੋਕਾਰਡਾਈਟਿਸ	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ ਜੀ ਨਰਿਧਾਰਤ ਅਰਲੀ ਸਟੇਜ ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ
Moderate Stage ਮੱਧਮ ਪੜਾਅ	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) ਦਿਲ ਦਾ ਸਥਾਈ ਪੇਸਮੇਕਰ ਜਾਂ ਇੰਪਲੈਂਟੇਬਲ ਕਾਰਡੀਓਵਰਟਰ ਡੀਫਿਬਰਿਲੇਟਰ ਇੰਪਲਾਂਟੇਬਲ ਕਾਰਡੀਓਵਰਟਰ ਡਿਫਿਬ੍ਰਿਲੇਟਰ (ਆਈਸੀਡੀ) <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts ਸਹਾਇਕ ਡਿਵਾਈਸਾਂ ਜਾਂ ਕੁੱਲ ਨਕਲੀ ਦਿਲਾਂ ਨੂੰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਜੀ ਸਰਜਰੀ	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: ਕਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਕਲੇਮ* ਦੇ ਤਹਿਤ ਕਾਊਂਟਰ ਸੰਬੰਧੀ ਸਰਜਰੀਆਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast ਛਾਤੀ ਦੇ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਲਈ ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ <input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the testis ਟੈਸਟਾ ਦੇ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੀਜੀ ਲਈ ਜੀ ਆਰਚਾਇਡੈਕਟੋਮੀ <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer ਪਿਸ਼ਾਬ ਬਲੈਡਰ / ਟੀ 1 ਨੋਮੋ ਪਿਸ਼ਾਬ ਬਲੈਡਰ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਲਈ <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 ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਪੇਟ ਦੇ ਹਿਸਟਾਰੈਕਟਮੀ ਅਤੇ ਦੋ-ਪੱਖੀ ਸਲਪਿੰਗੋ- ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਸਰਵਿਕਸ / ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਲਈ ਓਫੋਰੈਕਟਮੀ ਕਾਰਸੀਨੋਮਾ-ਇਨ-ਸੀਟੂ ਆਫ ਦ ਓਵਰੀ *A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit *ਇਸ ਲਾਭ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਇਕ ਸੀਆਈਐਸ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
Severe Stage ਗੰਭੀਰ ਪੜਾਅ	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ (ਪਹਿਲਾ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ - ਨਿਰਧਾਰਤ ਤੀਬਰਤਾ ਦਾ) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ਕਾਰਡਿਓਮੋਯੋਪੈਥੀ <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta ਜੀਓ ਦੀ ਵੱਡੀ ਸਰਜਰੀ <input type="checkbox"/> Open Chest CABG ਓਪਨ ਛਾਤੀ CABG <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ਓਪਨ ਹਾਰਟ ਰੀਪਲੇਸਮੈਂਟ ਜਾਂ ਹਾਰਟ ਵਾਲਵ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ <input type="checkbox"/> Heart Transplant ਹਾਰਟ ਟਰਾਂਸਪਲਾਂਟ	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis ਮਾਜਰ ਕੈਂਸਰ ਰੋਗ ਦੀ ਨਿਦਾਨ

Section C: PAYMENT - NEFT

ਸੈਕਸ਼ਨ C: ਭੁਗਤਾਨ – NEFT

Bank Account no: _____
ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: _____
Name of bank: _____
ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____
IFSC code: _____
IFSC ਕੋਡ: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ਸੈਕਸ਼ਨ D: ਐਲਾਨ ਅਤੇ ਅਥਾਰੀਟੀ

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. I 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.

ਮੈਂ ਇਥੋਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਸਾਰੇ ਬਿਆਨ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਵੀ ਮੇਰੇ ਪਾਸਿਓਂ ਦਬਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੇ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੋਈ ਦੇਣਦਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸਦਾ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਮੁਆਫ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਥੋਂ ਇਕ ਵੈਦ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਜਿਸ ਨੇ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਮੇਰੀ ਹਾਜ਼ਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ, ਜੋ ਉਸਨੇ / ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਨੀਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੀ ਮੇਰੀ / ਸਾਡੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਵਾਂਗੇ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਾਂਗੇ (ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਬਿਆਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਹਨ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪੀ.ਐਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਫ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਜਾਂ ਜੁੜੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ / ਸੰਗਠਨ / ਇਕਾਈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਬੀਮਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਦਾਅਵੇ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕਰੇਤਾ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਸੰਘ / ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ, ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
 ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

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)

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਭਰੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ। (ਜੇਕਰ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਅਰਜੀ ਫਾਰਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ/ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ)

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.

ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੇ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਹੈ।

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

ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਬਾਰੇ ਮੈਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਈ ਸਮੱਗਰੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਕਲੇਮ ਲਈ ਇਸ ਦੇ ਮਹੱਤਵ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ

Date ਮਿਤੀ	Place ਸਥਾਨ	Signature of Declarant ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ
Name of Witness: ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ:	Signature of Witness: ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:		
Address of Witness: ਗਵਾਹ ਦਾ ਪਤਾ:	Date: ਮਿਤੀ:		Place: ਸਥਾਨ:

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਰਸੀਦ ਸਲਿੱਪ

Policy number(s) _____, _____, _____
 ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ
 Name of claimant _____
 ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ
 Branch name & code _____
 ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ
 Date: _____ Employee name & Code _____
 ਮਿਤੀ: _____ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ

Company Seal & Stamp with Date and time ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਸੀਲ ਅਤੇ ਮੋਹਰ

- Documents Submitted: ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਖਲ ਕੀਤੇ ਗਏ:
- Original Policy Document ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
 - Photo identity & residence proof ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ
 - Doctor's Certificate - Critical Illness ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ-ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ
 - Cancelled cheque / Copy of bank passbook ਕੈਸ਼ਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ/ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ
 - All past medical records for any treatment taken ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪੁਰਾਣੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ
 - Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper ਪਤਾ ਲਗਾਈ ਗਈ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਯਾਨੀ ਕਿ ਸਾਰੇ ਟੈਸਟ/ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ਼ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਇਨਡੋਰ ਕੇਸ ਪੇਪਰ

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.

ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਇਸ ਰਸੀਦ ਨੂੰ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ। ਕੰਪਨੀ ਕੋਲ ਕਲੇਮ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲੋੜ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਹੈ।

Documents to be submitted along with this form

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

- Original policy document
ਅਸਲੀ ਪਾਲਸੀ ਦਸਤਾਵੇ
- Doctor's Certificate - Critical Illness
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ - ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਪੂਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਜਾਂਚ / ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਇਨਡੋਰ ਕੇਸ ਪੇਪਰ
- All past medical records for any treatment taken
ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ ਪਿਛਲੇ ਸਾਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ
- Cancelled cheque
ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਚੈੱਕ
- Id & residence proof
ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਨਿਵਾਸ ਦਾ ਸਬੂਤ

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

ਪੰਜਾਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ

ਰਜਿਸਟਰਡ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਾਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਮੀ ਗੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117.

CI ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883 ਸਾਨੂੰ 1-800-425-6969, ਤੇ ਟੈਲ-ਫਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ 1 ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1,

ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਾਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਓ (ਪੱਛਮੀ), ਮੁੰਬਈ - 400062 ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203