

Critical Illness Claim Form

ਕ੍ਰਿਟੀਕਲ ਇਲਨੈਸ ਰਲੇਮ ਫਾਰਮ

POLICY NUMBER / ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Important instructions:

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸ਼ੁਰੂਆਤ:

- 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 ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣਾ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵਿਹਤ ਸਾਡੀ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਏਜੰਟ / ਵਿਚੋਲਗੀਰ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਤਰਫੋਂ 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 ਅਪੂਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਾ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਗਟਿਆ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗੀ।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
ਬਲੋਕ 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.
ਗਜ਼ਟਿਡ 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 ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਬਰਾਂਚ ਦਫਤਰ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਪਤਾ ਤੇ ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ A: ਲਾਈਫ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ

Name: _____	Age: _____										
ਨਾਮ: _____	ਉਮਰ: _____										
Address (Current Residential Address): _____											
ਪਤਾ (ਵਰਤਮਾਨ ਲਰਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ): _____											
City _____	Pin Code _____	State _____									
ਸ਼ਿਹਰ _____	ਪਿਨ ਕੋਡ _____	ਰਾਜ _____									
Contact Number: Landline _____	Mobile _____										
ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: ਲੈਂਡਲਾਈਨ _____	ਮੋਬਾਈਲ _____										
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____										
ਈਮੇਲ ਖਾਤਾ: _____	ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60: _____										
*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table;"><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>X</td></tr></table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	*Only last 4 digits to be mentioned.
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
*ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ: _____	*ਕੇਵਲ ਅੰਤਿਮ 4 ਅੰਕ ਦਰਸਾਏ ਜਾਣ।										

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ B: ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
ਬੀਮਾਰੀ/ਰੋਗ/ਇੱਜ਼ਰੀ 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: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਪਹਿਲੀ ਸਾਲ ਦੀ ਇਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ (ਜੇ "ਹਾਂ," ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) _____	

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 _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ

Documents Submitted: _____

ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਖਲ ਕੀਤੇ ਗਏ:

Original Policy Document

ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

Claimant's photo identity proof

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ

Family physician certificate

ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਬੂਤ

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

ਕੈਸ਼ਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ / ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ

Attending physician certificate

ਅਟੈਂਡ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

PAN Card/ Form 60 of the nominee

ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੈਨ ਕਾਰਡ/ ਫਾਰਮ 60

Medical Documents (if any)

ਮੈਡੀਕਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਵੇ)

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, ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਇਨਡੋਰ ਕੇਸ ਪੇਪਰ

This acknowledgement slip should not be construed as acceptance of the claim. The Company reserves its 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।

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

Nature of Illness and Habits ਬੀਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪੜਿਕਰਤੀ					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"/> Heart ਦਿਲ	<input type="checkbox"/> Cancer ਕੈਂਸਰ	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis ਤਪਦਿਕ	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 _____					
Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for Paralysis, Parkinsons Disease, Stroke, Muscular Dystrophy, Major Head Trauma, and Doctor's Certificate for Neurological condition for Alzheimer's Disease, Deafness, Multiple Sclerosis, Loss of Speech, Loss of Limbs, Motor Neuron Disease, Blindness, Loss of Independent Existence					
ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਧਰੰਗ, ਪਾਰਕਿਨਸਨ ਰੋਗ, ਸਟ੍ਰੋਕ, ਮਸਕੂਲਰ ਡਿਸਟ੍ਰੋਫੀ, ਮੇਜਰ ਹੈਡ ਟਰਾਮਾ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਵਾਧੂ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਭਰੋ, ਅਤੇ ਅਲਜ਼ਾਈਮਰ ਰੋਗ, ਬੋਲਾਪਣ, ਮਲਟੀਪਲ ਸਕਲੇਰੋਸਿਸ, ਬੋਲਣ ਦੀ ਘਾਟ, ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਹਾਨੀ, ਮੋਟਰ ਨਿਊਰੋਨ ਰੋਗ, ਨੇਤਰਹੀਣਤਾ, ਸੁਤੰਤਰ ਹੋਣ ਦੀ ਹਾਨੀ ਲਈ ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਭਰੋ					

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

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ)

<input type="checkbox"/> Heart attack ਦਿਲ ਦੇ ਦੌਰੇ	<input type="checkbox"/> Cancer ਕੈਂਸਰ	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ਸੀ.ਏ.ਬੀ.ਜੀ. (ਕੋਰੋਨਰੀ ਆਰਟਰੀ ਬਾਈਪਾਸ ਸਰਜਰੀ)
<input type="checkbox"/> Stroke ਸਟਰੋਕ	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ਅਪਾਲਿਕ ਸਿੰਡਰੋਮ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ਬਿਨਾਈਨ ਬਰੇਨ ਟਿਊਮਰ
<input type="checkbox"/> Blindness ਅੰਨ੍ਹਾਪਣ	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ਦਿਮਾਗੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Coma ਕੋਮਾ
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ਅੰਤਮ ਪੜਾਅ ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ਦਿਲ ਦੀ ਵਾਲਵ ਦੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ਮੇਜਰ ਹੈਡ ਟਰੈਮਾ
<input type="checkbox"/> Angioplasty ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ਮੇਜਰ ਅੰਗ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ	<input type="checkbox"/> Paralysis ਅਧਰੰਗ
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia ਐਪਲਾਸਟਿਕ ਅਨੀਮੀਆ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ਕਾਰਡਿਓਮਾਈਓਪੈਥੀ	<input type="checkbox"/> Deafness ਬੋਲਾਪਣ
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ਪਾਰਕਿੰਸਨਸ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ਪੋਲੀਓਮਾਈਲਾਈਟਿਸ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ਲੂਪਸ ਨੈਫਰਿਸਿਸ ਦੇ ਨਾਲ SLE
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਪਲਮਨਰੀ ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ਮਾਸਕੂਲਰ ਡਾਈਸਟ੍ਰੋਫਾਈ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ਮਲਟੀਪਲ ਸਕਲੇਰੋਸਿਸ
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ਮੋਟਰ ਨਿਊਰੋਨ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ਕਮਯੂਨਰੀ ਸਿਸਟਿਕ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ਸਪੀਚ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ
<input type="checkbox"/> Kidney Failure ਗੁਰਦੇ ਫੇਲ੍ਹ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ਅਲਜ਼ਾਈਮਰ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ਏਓਰਟਾ ਤੋਂ ਸਰਜਰੀ
<input type="checkbox"/> Major Burns ਮੇਜਰ ਬਰਨਸ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ਟਰਮੀਨਲ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ਸੁਤੰਤਰ ਹੋਣ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ਗੰਭੀਰ ਵੇਫਤਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	

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 ਅਥਾਰਟੀ

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or withheld 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.

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 ਵੀ ਵੇਲੇ 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 ਵਿਚ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

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 service.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੀ ਸੇਵਾ / 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 ਕੇਵਲ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ 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 _____

PNB MetLife India Insurance Company Limited
Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore -560001. IRDA of India Registration number 117.
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

ਪੀਐਨਬੀ ਮਿਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ
ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜ਼ਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001। ਭਾਰਤ ਦਾ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117,
CI No. U66010KA2001PLC028883, ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਡੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਮੰਜ਼ਲ
ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, 'ਤੇ ਲਿਖੋ ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ +91-22-41790203

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 the Declarant/ Witness ਦਾਵੇਦਾਰ/ ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ
Name of Declarant/ Witness: _____ ਘੋਸ਼ਣਾਕਾਰ/ ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ: _____	Address of Declarant/ Witness: _____ ਘੋਸ਼ਣਾਕਾਰ/ਗਵਾਹ ਦਾ ਪਤਾ: _____	Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ਘੋਸ਼ਣਾਕਾਰ/ ਗਵਾਹ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ ਘੋਸ਼ਣਾਕਾਰ/ ਗਵਾਹ ਨਾਲ ਦਾਵੇਦਾਰ ਦਾ ਰਿਸ਼ਤਾ: _____
Date: _____ ਮਿਤੀ: _____	Place: _____ ਸਥਾਨ: _____		

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਫੈਮਿਲੀ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਵਲੋਂ) ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਰਕੇ ਮਿਆਰੀ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਡਿਸਚਾਰਜ ਦਾ ਸੰਖੇਪ
- All past medical records for any treatment taken
ਲਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਾਰੇ ਪਿਛਲੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
ਕੈਸਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ/ ਬੈਂਕ ਦੀ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
ਪੈਨ ਕਾਰਡ / ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਦਾ ਫਾਰਮ 60
- Current address proof
ਪਤੇ ਦਾ ਵਰਤਮਾਨ ਸਬੂਤ
- Photo identity proof
ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
ਸੰਬੰਧਿਤ ਡਾਕਟਰ ਰਾਹੀਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਕਦੀ ਲਾਭ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
ਸ਼ਾਖਾ/ ਜੀਪੀਐਚ 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਕਲੇਮਾਂ ਲਈ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਰਾਹੀਂ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਦਾਵੇਦਾਰ ਵਲੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਾਰ ਨੰਬਰ ਦੇ ਪਹਿਲੇ 8 ਅੰਕਾਂ ਨੂੰ ਢਕ ਜੇਕਰ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਆਪਾਰ ਕਾਰਡ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore -560001. IRDA of India Registration number 117.

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮਿਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ

ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜ਼ਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001। ਭਾਰਤ ਦਾ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਮੰਜ਼ਲ

ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਓਂ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, 'ਤੇ ਲਿਖੋ ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ +91-22-41790203