

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

دعوی فارم۔ پی این بی میٹ لائف میرا ہارٹ اور کینسر کیئر

POLICY NUMBER / پالیسی نمبر

Important instructions:

اہم کلام:

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.
بھرے ہوئے دعوی فارم کی حوالگی ضروری مطلوبہ دستاویزات کے ساتھ پالیسی کے تحت ہماری کمپنی کے لائبلٹیز کے حوالگی کے طور پر نہیں سمجھا جائے گا۔ کسی ایجنٹ/ اینٹر میڈیاری کو کمپنی کی طرف سے کسی بھی لائبلٹیز کو داخل کرنے کا اختیار حاصل نہیں ہوگا۔

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.

اس فارم کی حالیہ حوالگی مطلوبہ ضروری دستاویزات کے ساتھ جیسا کہ نیچا فراہم کیا گیا ہے ہمیں دعوی کو جلدی سے آگے بڑھانے میں مدد کرے گا۔ پی این بی میٹ لائف کسی بھی نامکمل دعوی فارم یا ضروری دستاویزات کے نہ حوالہ کرنے پر دعوی کو آگے بڑھانے میں تاخیر کے لیے ذمہ دار نہیں ہوگا۔

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

یہ فارم پورے طور پر جلی حروف میں بھرے ہوئے ہونے چاہیے۔

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

یہ فارم پورے طور پر جلی حروف میں بھرے ہوئے ہونے چاہیے برائے مہربانی کاؤنٹر سائن کریں جہاں فارم میں اصلاحات یا ترمیم کی گئی ہے۔

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

کسی سرکاری آفیسر / نوٹری پبلک / مجسٹریٹ یا مقامی اسٹینڈنگ کے گواہ کا دستخط ضروری ہے۔

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

فارم اور مطلوبہ چیزیں پی این بی میٹ لائف کے قریبی برانچ آفس یا دیئے گئے پتہ پر جمع کیے جائیں گے۔

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

سیکشن اے: بیمہ شدہ شخص کی تفصیلات

Name: _____	Age: _____
نام: _____	عمر: _____
Address (Current Residential Address): _____	
پتہ (موجودہ رہائشی پتہ): _____	
City _____	Pin Code _____ State _____
شہر: _____	پین کوڈ: _____ ریاست: _____
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____
رابطہ نمبر: لینڈ لائن _____ موبائل _____	
E-mail Address: _____	PAN No. / Form 60: _____ *Aadhaar No: _____
ای میل: _____ PAN نمبر / فارم 60: _____ *آدھار نمبر: _____	
*Only last 4 digits to be mentioned.	
*صرف آخر کے 4 ہندسے درج کریں۔	

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

سیکشن بی: تاعمر بیمہ شدہ کی طبی تفصیل

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
نہ ختم ہونے والی بیماری/مرض/زخم کا نام: _____
Symptoms: _____
علامات: _____
Duration of symptoms: _____ Date of Diagnosis: _____
تشمیص کی تاریخ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____
رینوب ریڈ عوقو رہا ہک روا ہک تاملاء ہ: _____
Date and Time of Admission _____ Date and Time of Discharge _____
داخلہ کی تاریخ اور وقت: _____ ڈسچارج کی تاریخ اور وقت: _____
Name of hospital: _____
ہسپتال کا نام: _____
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____
آپ کو اس طرح کی حالت ماضی میں پیش آئی: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> اگر نہیں تو تفصیلات فراہم کریں _____

Nature of Illness and Habits					Date of diagnosis of Illness	
بیماری اور عادت کی نوعیت					بیماری کی تشخیص کی تاریخ	
<input type="checkbox"/> Hypertension ہائپر ٹینشن	<input type="checkbox"/> Diabetes ذیابیطس	<input type="checkbox"/> Asthma دمہ	<input type="checkbox"/> IHD IHD	<input type="checkbox"/> Malignancy عنادی سرطان		
Other.....					دیگر.....	
<input type="checkbox"/> Smoking سگریٹ نوشی	<input type="checkbox"/> Alcohol شراب نوشی	<input type="checkbox"/> Tobacco تمباکو خوری	<input type="checkbox"/> Drugs دوائیاں			
If yes, Duration of Consumption_____ & Quantity Consumed_____					اگر ہاں تو لینے کی مدت_____ اور لینے کی مقدار_____	

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

سنگین بیماری کے بارے میں معلومات (براہ کرم بیماری کی تشخیص کو نشان زد کریں)

List of Heart conditions covered under Heart Cover		List of Cancer conditions covered under Cancer Cover	
ہارٹ کنڈیشنس کی لسٹ جو ہارٹ کوور کے تحت کوور کیا گیا ہو		کینسر کنڈیشن کی لسٹ جو کینسر کوور کے تحت کوور کیا گیا ہے	
Mild Stage			
ہلکے مرحلے			
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) اینجیوپلاسٹی (کروونری آرٹریز کے لیے اسٹنٹنگ)		<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ کسی بھی حالت میں کینسر یا مہلک امراض کے مخصوص ابتدائی مرحلے	
<input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries کیروڈ شریانوں کے لیے اینجیوپلاسٹی اور اسٹینٹنگ			
<input type="checkbox"/> Endarterectomy شریان کا آپریشن			
<input type="checkbox"/> Renal Angioplasty کٹنی ک اینجیوپلاسٹی			
<input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves دل کی والوز کی مرمت یا تبدیلی کے لئے پیچیدہ طریقہ کار			
<input type="checkbox"/> Pericardectomy پیریکارڈیکٹومی			
<input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm Aortic انیورسزم کے لئے کم سے کم کے لئے ناگوار سرجری			
<input type="checkbox"/> Infective Endocarditis انفیکٹیو انڈوکارڈائٹس			
Moderate Stage			
وسط مرحلے			
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) یا امپلانٹبل کارڈیوورٹر ڈیفیبریٹر (آئی سی ڈی) کا مستقل پیسمیکر کا بنیادی امپلانٹیشن		Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: کسی مہلک بیماری کی وجہ سے مندرجہ کینسر سے متعلق جو سرجریز ضروری ہیں وہ کوورڈ ہیں:	
<input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts سرجری بطینی اسسٹ ڈیوائس والی یا پورے مصنوعی ہارٹ والی		<input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast ماسٹیکٹومی کے لیے کارسنوما میں سیٹو	
		<input type="checkbox"/> Orchidectomy for Carcinoma-in-situ of the tests ٹیسٹ کے کارسنوما میں سیٹو کے لئے اورچائیڈکٹومی	
		<input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer پیشاب مثانے/ T1NoMo پیشاب مثانے کے کینسر کے کارسنوما میں سیٹو کے لئے کیسٹیکٹومی	
		<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 کل پیٹ بیسٹوریکٹمی اور دو طرفہ سالپانگو-اووپہوریکٹومی کے سیٹو/عقی-میں کارسنوما کے کارسنوما-میں-سیٹو/بیچہ دانی مینان	
		*A CiS cancer claim must be payable for payment of this benefit *سی آئی ایس کے کینسر کا دعوی اس فائدہ کی ادائیگی کے لئے قابل ادائیگی ہونا ضروری ہے	
Severe Stage			
سخت مرحلہ			
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) احتشاء عضل قلب (پہلا دل کا دورہ-مخصوص شدت کا)		<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis بڑے کینسر کی تشخیص	
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy قلبی عضلات کی تکلیف			
<input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta اہر کی بڑی سرجری			
<input type="checkbox"/> Open Chest CABG اوپن ہارٹ کی سی اے بی جی			
<input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves اوپن ہارٹ کی تبدیلی یا ہارٹ کے والو کا اصلاح			
<input type="checkbox"/> Heart Transplant ہارٹ ٹرانسپلانٹ			

Bank Account no: _____

بینک اکاؤنٹ نمبر: _____

Name of bank: _____

بینک کا نام: _____

IFSC code: _____

آئی ایف ایس سی کوڈ: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ڈی شن سی: وضاحت اور تصدیق

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.

میں اس کے ذریعہ یہ اعلان کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا سارے بیانات سچے اور مکمل ہیں اور میرے پاس سے کسی چیز کو دبایا نہیں گیا ہے۔ سمجھیں کہ دعویٰ فارم پیش کرنے میں PNB MetLife نے ذمہ داری تسلیم نہیں کی ہے یا پالیسی کے تحت اپنا کوئی حق معاف نہیں کیا ہے۔ میں یہاں اس معالج یا اسپتال کو مجاز بناتا ہوں جس نے کسی بیماری یا بیماری کے لئے مجھ سے شرکت کی یا اس کا معائنہ کیا ہے یا اس کا علاج کیا ہے یا میری صحت کی حالت کے بارے میں ریکارڈ پیش کیا ہے جو اس نے / یا اس سے پہلے حاصل کیا تھا یا اس پالیسی کے بعد تھا PNB MetLife کے ذریعہ جاری کیا گیا۔ میں/ہم بذریعہ PNB MetLife کو اس امر کی مزید رضامندی اور اجازت دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ PNB MetLife کی جانب سے وصول کردہ یا اس کے پاس دستیاب میری/بیماری ذاتی اور حساس معلومات کو (خواہ اس بیان نامے/درخواست میں درج ہوں یا کسی اور طرح سے حاصل کی گئی ہوں) جن میں KYC دستاویزات شامل ہوسکتی ہیں، اور اس دعوے، درخواست پر عمل درآمد اور/یا مابعد خدمات کی فراہمی، جن میں دعوے کے تصفیے کے نتیجے میں سامنے آنے والی خدمت شامل ہو، کے مقصد کے لئے استعمال کرسکتا ہے اور PNB MetLife سے منسلک یا الحاق شدہ یا اس کی طرف سے شامل کردہ کسی بھی فرد/تنظیم/ادارے بشمول مکرر بیمہ کنندگان، دعوے کی تحقیقاتی ایجنسیاں، ویڈئرز اور صنعتوں کی ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز پر ظاہر کرسکتا ہے۔

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____

ناشن اک ے ہتھوگنا / طختسد _____ خیرات _____

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)

شدید مرض کے دعویٰ فارم کو پُر کرنے والے فرد کی جانب سے اعلامیہ۔ (اگر شدید مرض کے دعویٰ فارم کو درخواست فارم کی زبان سے مختلف کسی اور زبان میں پُر / دستخط کیا گیا ہو)

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.

میں بذریعہ PNB MetLife اس بات کا اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے دعویٰ کنندہ کو شدید مرض کے دعویٰ فارم کے مندرجات کی وضاحت اسے سمجھ میں آنے والی زبان میں مکمل طور پر کر دی ہے۔ اس دستاویز کو متعلقہ فرد نے پوری طرح سمجھ لیا ہے اور جوابات کو دعویٰ کنندہ کی جانب سے فراہم کردہ معلومات کے مطابق درج کر لیا گیا ہے اور یہ جوابات دعویٰ کنندہ کو باآواز بلند پڑھ کر سنا دیے گئے ہیں، اس نے سمجھ لیے ہیں اور اس نے ان کی تصدیق کر دی ہے۔

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

فارم اور دستاویز کے مندرجات کی مجھے مکمل طور پر وضاحت کر دی گئی ہے اور یہ کہ میں دستاویز PNB MetLife میں بیان کردہ مندرجات اور پیش کردہ دعوے کے لیے اس کی اہمیت کو مکمل طور پر سمجھ چکا/چکی ہوں

Date تاریخ	Place مقام	Signature of Declarant اعلان کنندہ کے دستخط	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee دستخط / بائیں انگوٹھے کا نشان دعویٰ کنندہ / نامزد فرد
Name of Witness: _____		Signature of Witness: _____	
گواہ کا نام: _____		گواہ کے دستخط: _____	
Address of Witness: _____			
گواہ کا پتہ: _____			
Date: _____		Place: _____	
تاریخ: _____		مقام: _____	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

شدید مرض کے اقرار نامے کی رسید

Policy number(s) _____

پالیسی نمبر (نمبرز) _____

Name of claimant _____

دعویٰ کنندہ کا نام _____

Branch name & code _____

برانچ کا نام اور کوڈ _____

Date: _____

ملازم کا نام اور کوڈ _____

Employee name & Code _____

تاریخ: _____

Company Seal & Stamp with Date and time
کمپنی کی مہر اور اسٹیمپ مع تاریخ اور وقت

Documents Submitted: _____

دستاویزات جمع کردہ _____

☐ Original Policy Document
پالیسی کی اصل دستاویز

☐ Photo identity & residence proof
تصویری شناخت اور رہائشی ثبوت

☐ Doctor's Certificate - Critical Illness
ڈاکٹر کی سند - شدید مرض

☐ Cancelled cheque / Copy of bank passbook
منسوخ شدہ چیک / بینک پاس بک کی نقل

☐ All past medical records for any treatment taken
کسی بھی گزشتہ علاج کے تمام سابقہ طبی ریکارڈز

☐ Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper
تشخیص کردہ مرض کے تشخیصی عمل اور علاج کے مکمل طبی ریکارڈز یعنی ٹیسٹ/معائنے کی تمام رپورٹس، اسپتال سے رخصت کا خلاصہ، اندرون اسپتال کیس پیپر

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.

اقرار نامے کی اس رسید کو دعوے کی قبولیت نہ سمجھا جائے۔ کمپنی دعوے پر عمل درآمد کا فیصلہ کرنے کے لیے اضافی دستاویزات، معلومات اور دیگر کوئی بھی مزید لوازمات طلب کرنے کا حق محفوظ رکھتی ہے۔

Documents to be submitted along with this form:

یگ ےناج یک عمج تازیواتسد هتاس ےک مراف سا:

- Original policy document
- Doctor's Certificate - Critical Illness
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
- All past medical records for any treatment taken
- Cancelled cheque
- Id & residence proof

زیواتسد یسیلاپ یلصا

یرامیب کزان -ٹکفیٹرس یک رٹکاٹ

سرپیپ سیک روٹنا، یرمس جراجسد، سٹروپر یتاقیقحت روا چناج ےراس /ٹراکیئر لکیٹیم اروپ اک یرامیب روا جالع بدش صیخشت

ٹراکیئر لکیٹیم اک جالع یهب یسک ےیگ ےیل نیم یضام

کیچ ہنش در

فورپ یسناہر روا یڈ یئا

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

پی این بی میتلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹر شدہ دفتر: یونٹ نمبر۔ 701، 702 اور 703، 7 ویں منزل، رابیجا ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور – 560001، کرناٹکا۔ انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا رجسٹریشن نمبر 117۔
CI نمبر U66010KA2001PLC028883، ہمیں 1-800-425-6969 پر ٹول فری کال کریں، ویب سائٹ www.pnbmetlife.com، ای میل indiaservice@pnbmetlife.co.in یا پہلی منزل، ٹیکنی پلیکس – 1، ٹیکنی کمپلیکس، ویر ساورکر فلائی اوور سے دانیں، گوریگاؤں (ویسٹ)، ممبئی – 400062 پر ہمیں لکھیں۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203