

Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

કલેમ ફોર્મક્ય - પીએનબી મેટલાઈફ મેરા હાર્ટક્ય એન્ડ કેન્સર કેઅર

POLICY NUMBER / પોલિસી નંબરક્ય

Important instructions:

મહત્વપૂર્ણ સૂચનાઓ :

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.

ભરવામાં આવેલ કલેમ ફોર્મ, જોઈતા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત સબમિટ કરવાને, પોલિસી હેઠળ અમારી કંપનીની જવાબદારીઓની કબુલાત તરીકે ગણી લેવામાં આવશે નહીં. કંપની વતી કોઈક જવાબદારીઓ પાકી કરવા કોઈ એજન્ટ/મધ્યસ્થી નથી કે અધિકૃત કરવામાં આવેલ નથી.

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.

નીચે પૂરા પાડવામાં આવ્યા મુજબના જોઈતા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત આ ફોર્મનું વહેલું સબમિશન, અમને તમારા કલેમની પ્રક્રિયા વધુ ઝડપથી કરવા શક્ય બનાવશે. દખ(પીએનબી) મેટલાઈફ અપૂર્ણ કલેમ ફોર્મ સબમિટ કરવા અથવા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સબમિટ ન કરવાના કારણે કલેમની પ્રક્રિયામાં વિલંબ માટે જવાબદાર નહીં હોય.

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

આ ફોર્મ પુરેપુરું બ્લોક લેટર્સમાં ભરવાનું છે.

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

ફોર્મમાં જ્યાં સુધારા-વધારા/કાપકૂપો કરી હોય ત્યાં કૃપા કરી કાઉન્ટર-સાઈન કરવા.

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

ગેઝેટેડ ઓફિસર/નોટરી પબ્લિક/મેજિસ્ટ્રેટ અથવા સ્થાનિક સ્ટેન્ડિંગની સાક્ષી તરીકેની સહી ફરજિયાત છે.

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

ફોર્મ્સ અને તમામ જરૂરિયાતો દખ(પીએનબી) મેટલાઈફની નજીકના શાખા કાર્યાલયમાં અથવા ઉપર જણાવવામાં આવેલ સરનામે સબમિટ કરવાના રહેશે.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

સેક્શન એ : જીવન વીમિતની વિગતો

Name: _____	Age: _____														
નામ: _____	વય: _____														
Address (Current Residential Address): _____															
સરનામું (હાલના રહેઠાણનું સરનામું): _____															
City _____	Pin Code _____	State _____													
શહેર _____	પિન કોડ _____	રાજ્ય _____													
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____														
સંપર્કક્રમનો નંબર : લેન્ડલાઈન _____	/મોબાઈલ _____														
E-mail Address: _____	PAN No. / Form 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></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							
ઈ-મેલ સરનામું: _____	PAN નંબર/ફોર્મ 60: _____	*આધાર નંબર: _____													
*Only last 4 digits to be mentioned.															
*માત્ર છેલ્લા 4 આંકડાઓ દર્શાવવાના છે.															

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

સેક્શન બી : જીવન વીમિતનો તબિબી ઇતિહાસ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
માંગી/રોગ/થયેલી ઇજાનું નામ: _____	
Symptoms: _____	
લક્ષણો: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
લક્ષણોની અવધિ: _____	નિદાનની તારીખ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
આ લક્ષણો સૌ પ્રથમ ક્યારે દેખાયા/ઉદભવ્યા: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
દાખલ થવાની તારીખ અને સમય _____	ડિસ્ચાર્જ થવાની તારીખ અને સમય _____
Name of hospital: _____	
હોસ્પિટલનું નામ: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
ભૂતકાળમાં પણ તમારે ક્યારેય આવી પરિસ્થિતિ થઈ હતી: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના (જો "હા," તો વિગતો પૂરી પાડો) _____	

Nature of Illness and Habits માંદગીનું સ્વરૂપ અને ટેવો	Date of diagnosis of Illness માંદગીનું નિદાન થવાની તારીખ
<input type="checkbox"/> Hypertension હાયપરટેન્શન <input type="checkbox"/> Diabetes ડયાબિટીઝ <input type="checkbox"/> Asthma અસ્થમા <input type="checkbox"/> IHD આઈએચડી <input type="checkbox"/> Malignancy મેલિગનન્સી Other..... અન્ય	
<input type="checkbox"/> Smoking ધુમ્રપાન <input type="checkbox"/> Alcohol આલ્કોહોલ <input type="checkbox"/> Tobacco તમાકુ <input type="checkbox"/> Drugs ડ્રગ્સ If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ જો હા, તો સેવન કરવાની અવધિ _____ અને સેવન કરવામાં આવેલ જથ્થો _____	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
ગંભીર માંદગી અંગેની માહિતી (કૃપા કરી નિદાન થયેલ માંદગી પર ખરાનું ચિહ્ન કરો)

List of Heart conditions covered under Heart Cover હાટક્ય કવર હેઠળ આવરવામાં આવેલ હાટક્ય કન્ડિશન્સની યાદી	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover કેન્સરક્ય કવર હેઠળ આવરવામાં આવેલ હાટક્ય કન્ડિશન્સની યાદી
Mild Stage માઈલ્ડ સ્ટેજ (મંદ તબક્કો)	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) એન્જિઓપ્લાસ્ટી (કોરોનરી આટક્યરી માટે સ્ટેન્ટિંગ) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries કેરોટાઈડ આટક્યરીઝ માટે એન્જિઓપ્લાસ્ટી અને સ્ટેન્ટિંગ <input type="checkbox"/> Endarterectomy એન્ડાર્ટક્યટેરીક્ટોમી <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty રીનલ એન્જિઓપ્લાસ્ટી <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves હાટક્ય વાલ્વના રિપેઅર અથવા રિપ્લેસમેન્ટ માટે સાવચેતીરૂપ કાયક્યપ્રણાલી <input type="checkbox"/> Pericardectomy પેરીકાર્ડક્યટેક્ટોમી <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm એઓરેટિક એનેયુક્યઝમ માટે મિનિમલી ઇનવેસિવ સર્જક્યરી <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis ઇન્ફેક્ટીવ એન્ડોકાર્ડાઇટીસ	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ ઉદ્દેશિત વહેલા તબક્કાનું કેન્સર અથવા કારસિનોમા-ઇન-સિતુ
Moderate Stage મોડરેટ સ્ટેજ (મધ્યમ તબક્કો)	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) હાટક્યના પરમેનન્ટ પેસમેકરનું શરૂઆતી પ્રત્યારોપણ અથવા ઇમ્પ્લાન્ટેબલ કાર્ડિયોવેટક્યર ડીફાઈબ્રીલેટર (ICD)નું દાખલ કરવ <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts વેન્ટ્રીક્યુલર આસિસ્ટ ડિવાઈસિસ મુકવા અથવા સંપૂર્ણક્યપાત્રે આટિફિસિયલ હાટક્યસ માટેની સર્જક્યરી	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: નીચેની કેન્સર સંબંધી શસ્ત્રક્રિયાઓ કારસિનોમા-ઇન-સિતુ કેન્સર ક્લેમ* માટે પાત્ર હોવા આવશ્યક હોવાનું આવરવામાં આવેલ છે: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast સ્તનના કારસિનોમા-ઇન-સિતુ માટે મસ્ટેક્ટોમી <input type="checkbox"/> Orchidectomy for Carcinoma-in-situ of the tests પરીક્ષણોના કારસિનોમા-ઇન-સિતુ માટે ઓચિશ્યકેક્ટોમી <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer યુરિનરી બ્લેડર/T1NoMo યુરિનરી બ્લેડર કેન્સરના કારસિનોમા-ઇન-સિતુ માટે સિસ્ટેક્ટોમી <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 સવિક્યકસના કારસિનોમા-ઇન-સિતુ માટે ટોટલ એબ્ડોમિનલ હિસ્ટેરેક્ટોમી અને બાયલેટરલ સાલપિન્ગોઓફરેક્ટોમી/યુટરસની કારસિનોમા-ઇન-સિતુ/ઓવરીની કારસિનોમા-ઇન-સિતુ *A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit *આ લાભની ચુકવણી માટે હક કેન્સર ક્લેમ ચુકવવાપાત્ર હોવું જ જોઈએ
Severe Stage સીવીઅર સ્ટેજ (તીવ્ર તબક્કો)	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) માયોકાર્ડિયલ ઇન્ફેકશન (સૂચવવામાં આવેલી તીવ્રતાનો પ્રથમ હાટક્ય એટેક) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy કાર્ડિયોમાયોપ્થી <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta એઓટક્ય સર્જક્યરી(મુખ્ય ધોરીનસની શસ્ત્રક્રિયા) <input type="checkbox"/> Open Chest CABG ઓપન ચેસ્ટ CABG <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ઓપન હાટક્ય રિપ્લેસમેન્ટ અથવા હાટક્ય વાલ્વનું રિપેઅર <input type="checkbox"/> Heart Transplant હાટક્ય ટ્રાન્સપ્લાન્ટ (પ્રત્યારોપણ)	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis મેજર કેન્સર નિદાન

Section C: PAYMENT – NEFT
સેક્શન સી : પેમેન્ટ – નેફ્ટ

Bank Account no: _____
બેન્ક એકાઉન્ટ નં.: _____
Name of bank: _____
બેન્કનું નામ: _____
IFSC code: _____
યાકલ કોડ: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION
સેક્શન ડી : ડિક્લેરેશન અને ઓથોરાઇઝેશન (જાહેરનામુ અને અધિકૃતતા)

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.

હું આ સાથે જાહેર કરું છું કે ઉપર જણાવવામાં આવેલ તમામ નિવેદનો સાચા અને ખરા છે અને એ કે મારા તરફથી કોઈ પણ દબાવી રાખવા અથવા છુપાવવામાં આવેલ નથી. હું સમજું છું કે .દખ(પીએનબી) મેટલાઈફ તરફથી પૂરા પાડવામાં આવેલ દાવામાં કોઈ જવાબદારીની કબુલાત નથી કે પોલિસી હેઠળના એના કોઈક અધિકારો જતા કરનાર નથી. હું આ સાથે જેણે ક્યારેય મને કોઈક માંદગી અથવા બીમારી એટેન્ડ કરેલ અથવા તપાસેલ અથવા મારી સારવાર કરી હોય તે ફિઝિશિયન અથવા હોસ્પિટલને ભલે પછી તેણે/તેઓએ કદાચને .દખ(પીએનબી) મેટલાઈફ દ્વારા પોલિસી જારી કરવામાં આવી તે અગાઉ અથવા પછીથી મેળવેલ હોય તેવી કોઈક જાણકારી અથવા માહિતી છતી કરવા અથવા મારા આરોગ્યની સ્થિતિ સંબંધી રેકોર્ડ્સ પૂરા પાડવા અધિકૃત કરું છું. હું/અમે આ સાથે વધુમાં, .દખ(પીએનબી) મેટલાઈફને અંગત અને સંવેદનશીલ અથવા .દખ(પીએનબી) મેટલાઈફ સાથે ઉપલબ્ધ હોય તેવી (આ સ્ટેટમેન્ટમાં આવેલી હોય કે બીજી કોઈક રીતે મેળવવામાં આવેલ હોય) માહિતીમાંથી કોઈ પણ વાપરવા અને છતી કરવા જે કદાચને મારી/અમારી એકત્રિત કરવામાં આવેલ હોય છહલ દસ્તાવેજો સહિતની કોઈક જોડાયેલ વ્યક્તિ/સંગઠન/સંસ્થા અથવા ભાગીદારીમાં હોય અથવા. દખ(પીએનબી) મેટલાઈફ દ્વારા એન્ગેજ કરવામાં આવેલ હોય, રિઇન્સ્યોરર સસ્ય, ક્લેમ ઇન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, દુકાનદારો અને ઊદ્યોગ એસોસિએશન/ફેડરેશન્સ સાથે આ ક્લેમની પ્રક્રિયાના હેતુથી અને/અથવા અનુગામી સેવા પૂરી પાડવા સંમત થાઉં છું/અમે છીએ અને અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
સહી/ડાબા હાથના અંગુઠાની છાપ _____ તારીખ _____

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)

ક્રિટિકલ ઈલનેસ ક્લેમ ફોર્મ ભરનાર ક્લેમ દ્વારા ઘોષણા. (અરજ ક્લેમમાં જે ભાષા છે તે સિવાયની ભાષામાં જો ક્રિટિકલ ઈલનેસ ક્લેમ ભરવામાં આવેલ છે/ સહી કરવામાં આવેલ છે.)

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.

હું અહીંથી જાહેર કરું છું કે દાવેદારને આ દાવા ક્લેમના સમાવિષ્ટોને તેના/તેણીના દ્વારા સમજાય તે ભાષામાં મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજાવેલ છે. તે તમામ તેના/તેણીના દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને જવાબો દાવેદાર દ્વારા અપાયેલ માહિતી પ્રમાણે નોંધવામાં આવેલ છે અને જવાબોને વાંચવામાં પણ આવેલ છે, દાવેદાર દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને ખાતરી કરવામાં આવેલ છે.

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

ફોર્મ અને દસ્તાવેજના તમામ સમાવિષ્ટોને મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવેલ છે અને સૂચિત દાવા માટે અહીં દર્શાવવામાં આવેલ સમાવિષ્ટોને અને તેના મહત્વને મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજેલ છે.

Date તારીખ	Place સ્થળ	Signature of Declarant જાહેર કરનારની સહી	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee દાવેદાર/નોમિનીની સહી/ડાબા અંગુઠાનો નમૂનો
Name of Witness: સાક્ષીઓના નામ:	Signature of Witness: સાક્ષીઓની સહી:		
Address of Witness: સાક્ષીઓના સરનામા:			
Date: તારીખ:	Place: સ્થળ:		

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP
ક્રિટિકલ ઈલનેસ એકનોલેજ સ્લીપ

Policy number(s) _____
પોલિસી સંખ્યા(ઓ)
Name of claimant _____
દાવેદારનું નામ
Branch name & code _____
શાખા નામ અને કોડ
Date: _____ Employee name & Code _____
તારીખ: _____ કર્મચારી નામ અને કોડ

Company Seal & Stamp with Date and time
તારીખ અને સમય સાથે કંપની સીલ અને સ્ટેમ્પ

Documents Submitted: Original Policy Document મુખ્ય પોલિસી દસ્તાવેજ Photo identity & residence proof ફોટો ઓળખપત્ર અને રહેવાસી પૂરાવો Doctor's Certificate - Critical Illness ડૉક્ટરનું પ્રમાણપત્ર - ક્રિટિકલ ઈલનેસ

દસ્તાવેજો સબમિટ: Cancelled cheque / Copy of bank passbook રદબાતલ ચેક / બેંક પાસબુકની નકલ All past medical records for any treatment taken વેવામાં આવેલી કોઈપણ સારવાર માટેના બધા ભૂતકાળના તબીબી રેકોર્ડ

સબમિટ: Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper નિદાન થયેલ માંદગીના નિદાન અને સારવાર માટેની સંપૂર્ણ તબીબી નોંધ એટલે કે તમામ ટેસ્ટ/તપાસ અહેવાલ, ડિસ્ચાર્જ સમરી, ઈન્ડોર કેસ પેપર

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.

આ એકનોલેજમેન્ટ સ્લીપ દાવાની સ્વીકૃતી તરીકે ગણવી જોઈએ નહીં. દાવાની પ્રક્રિયાને નક્કી કરવાના હેતુથી કંપની વધારાના દસ્તાવેજો, માહિતી અને કોઈ અન્ય ખાસ જરૂરિયાતોને મંગાવવાનો તેનો હક્ક અનામત રાખે છે.

Documents to be submitted along with this form:

આ ફોર્મસ્ય સાથે સબમિટ કરવાના દસ્તાવેજો:

- Original policy document
ઓરિજિનલ પોલિસી દસ્તાવેજ
- Doctor's Certificate - Critical Illness
ડોક્ટરનું પ્રમાણપત્ર - ગંભીર બીમારી
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
નિદાન કરવામાં આવેલ માંદગીના નિદાનો અને સારવાર માટેનો સંપૂર્ણ તબિબી રેકોર્ડ્સ એટલે કે તમામ ટેસ્ટ/તપાસની રિપોર્ટ્સ, ડિસ્ચાર્જ સમીક્ષા, ઇન્ડોર કેસ પેપર્સ
- All past medical records for any treatment taken
કોઈક સારવાર લેવામાં આવેલ હોય તો તેના ભૂતકાળના તમામ તબિબી રેકોર્ડ્સ
- Cancelled cheque
રદ કરવામાં આવેલ ચેક
- Id & residence proof
ઓળખ અને રહેઠાણનો પુરાવો

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

પીએનબી મેટલાઈફ ઇન્ડિયા ઇન્સ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ : યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, 7મો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 MG રોડ, બેંગ્લોર - 560001. કર્ણાટક. યુએમએ ઓફ ઇન્ડિયા રજિસ્ટ્રેશન નંબર 117, CI નં. U66010KA2001PLC028883, અમને ટોલ ફ્રી 1- 800-425-6969 પર કોલ કરો, વેબસાઇટ : www.pnbmetlife.com, ઇમેલ : indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા સ્ત્રો માળ, ટેકનિપ્લેક્સ - 1, ટેકનિપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ, ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન : +91-22-41790000, ફેક્સ : +91-22-41790203