

Critical Illness Claim Form

ક્રિટિકલ ઇલનેસ ક્લેમ ફોર્મ

POLICY NUMBER / પોલિસી નંબર

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 ક્લેમ ફોર્મ, જોઈતા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત સબમિટ કરવાને, પોલિસી હેઠળ અમારી કંપનીની જવાબદારીઓની કબૂલાત 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 ક્લેમની પ્રક્રિયા વધુ ઝડપથી કરવા શક્ય બનાવશે. દબ(પીએનબી) મેટલાઈફ અપૂર્ણ ક્લેમ ફોર્મ સબમિટ કરવા અથવા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સબમિટ ન કરવાના કારણે ક્લેમની પ્રક્રિયામાં વિલંબ માટે જવાબદાર નહીં હોય.
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
આ ફોર્મ પુરે પુરું 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.
ફોર્મ અને તમામ જરૂરિયાતો દબ(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 _____	
સંપર્કનંબર: લેન્ડલાઈન _____	/મોબાઈલ _____	
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____	*Aadhaar No: _____
ઈ-મેલ સરનામું: _____	પાન 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: _____	
માંદગી/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 ડાયાબિટીઝ	<input type="checkbox"/> Asthma અસ્થમા
<input type="checkbox"/> IHD આઈએચડી	<input type="checkbox"/> Malignancy મેલિગ્નન્સી	
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 _____		અન સેવન કરવામાં આવેલ જથ્થો _____

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

ગંભીર માંદગી અંગેની માહિતી (ક્રુપા કરી નિદાન થયેલ માંદગી પર ખરાનું ચિહ્ન કરો)

<input type="checkbox"/> Heart attack હાટકમ્ એટેક	<input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) હબપન (કોરોનરી આટકમ્પરી બાયપાસ સર્જકમ્પરી)
<input type="checkbox"/> Stroke સ્ટ્રોક	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome એપેલિક સિન્ડ્રોમ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor બિનાઈન બ્રેઈન ટ્યુમર
<input type="checkbox"/> Blindness બ્લાઈન્ડનેસ (અંધત્વ)	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ઈન સર્જકમ્પરી	<input type="checkbox"/> Coma કોમા
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease છેવટના તબક્કાનો લીવર રોગ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery હાટકમ્ વાલ્વ સર્જકમ્પરી	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma માથાની તીવ્ર ઇજા
<input type="checkbox"/> Angioplasty એન્જીઓપ્લાસ્ટી	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant મેજર ઓગકમ્પન ટ્રાન્સપ્લાન્ટ (મુખ્ય અંગ પ્રત્યારોપણ)	<input type="checkbox"/> Paralysis પેરાલાઇસીસ (લકવો)
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia એપ્લાસ્ટિક એનીમિઆ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy કાર્ડિયોમોપાથી	<input type="checkbox"/> Deafness ડેફનેસ (બહેરાપણું)
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease પાર્કિન્સન્સ રોગ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis પોલીઓમાયેલીટીસ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis લપસ નેફરાઈટીસ સાથે કીબ
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension પ્રાથમરી પલ્મોનરી હાયપરટેન્શન	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy મસ્ક્યુલર ડાસ્ટ્રોફી	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis મલ્ટિપલ સ્કલેરોસીસ
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease મોટર ન્યુરોન ડિસીઝ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease મેડ્યુલરી સાયક્ષિટક ડિસીઝ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech લોસ ઓફ સ્પીચ (વાચા ગુમાવવી)
<input type="checkbox"/> Kidney Failure કિડની નિષ્ફળ જવી	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease અલ્ઝાઇમર ડિસીઝ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta એઓટકમ્પ સર્જકમ્પરી (મુખ્ય ધોરીનસની શસ્ત્રક્રિયા)
<input type="checkbox"/> Major Burns મેજર બન્સકમ્પ (વધારે પડતું દાઝી જવું)	<input type="checkbox"/> Terminal Illness છેવટના તબક્કાના માંદગી	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs અવયવ ગુમાવવા
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence લોસ ઓફ ઇન્ડીપેન્ડન્ટ એક્ઝિસ્ટન્સ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ક્રોનિક લંગ ડિસીઝ (ફેફસાંનો ગંભીર રોગ)	

Section C: PAYMENT – NEFT

રેકશન સી : પેમેન્ટ – દબાવ

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

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

રેકશન સી : ડિક્લેરેશન અને ઓથોરાઇઝેશન (જાહેરનામું 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. 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.

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 કબૂલાત 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.

I/We he rebly 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 with or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry association / federations, for the purpose of pro- cessing this claim and/or for providing subsequent service.

હું/અમે આ સાથે વધુમાં, દખ(પીએનબી) મેટલાઈફને અંગત અને સંવેદનશીલ અથવા. દખ(પીએનબી) મેટલાઈફ સાથે ઉપલબ્ધ હોય તેવી (આ સ્ટેટમેન્ટમાં આવેલી હોય કે બીજા કોઈક રીતે મેળવવામાં આવેલ હોય) માહિતીમાંથી કોઈ પણ વાપરવા અને છતી કરવા જે કદાચને મારી/અમારી એકત્રિત કરવામાં આવેલ હોય છથહ દસ્તાવેજો સહિતની કોઈક જોડાયેલ વ્યક્તિ/સંગઠન/સંસ્થા અથવા ભાગીદારીમાં હોય અથવા. દખ(પીએનબી) મેટલાઈફ દ્વારા અન્ગેજ કરવામાં આવેલ હોય, રિઈન્સ્યોરર સ્કમ્પ, કલેમ ઇન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, દુકાનદારો અને ઊદ્યોગ એસોસિએશન/ફેડરેશન્સ સાથે આ કલેમની પ્રક્રિયાના હેતુથી અને/અથવા અનુગામી સેવા પૂરી પાડવા સંમત થાઉં છું/છાઈએ 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 જે 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 the Declarant જાહેર કરનારની સહી	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee દાવેદાર / નોમિનીની સહી / ડાબા અંગૂઠાનો 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

Documents Submitted: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Family physician certificate
દસ્તાવેજો સબમિટ: મુખ્ય પોલિસી દસ્તાવેજ દાવેદારનો ફોટો ઓળખ પૂરાવો દાવેદારનું વર્તમાન સરનામાનો પૂરાવો

Cancelled cheque / Copy of bank passbook Attending physician certificate
રદબાતલ ચેક / બેંક પાસબુકની નકલ એટેન્ડિંગ ફિઝિશિયનનું પ્રમાણપત્ર

Medical Documents (if any) All past medical records for any treatment taken
મેડિકલ દસ્તાવેજો (જો હોય તો) લેવામાં આવેલી કોઈપણ સારવાર માટેના બધા ભૂતકાળના તબીબી રેકોર્ડ

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

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.

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

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

