

## Critical Illness Claim Form

### ક્રિટિકલ ઈલનેસ ક્લેમ ફોર્મ

POLICY NUMBER / પોલિસી નંબરક્રમ

#### Important instructions:

##### મહત્વપૂર્ણ સુચનાઓ:

- 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. દાખ(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 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 PNB (પીએનબી) મેટલાઈફની નજીકના શાખા કાર્યાલયમાં અથવા ઉપર જણાવવામાં આવેલ સરનામે સબમિટ કરવાના રહેશે.

#### Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

##### સેક્શન A: જીવન વીમાતની વિગતો

Name: _____	Age: _____																				
નામ: _____	ઉંમર: _____																				
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: _____																				
ઈ-મેલ સરનામું: _____	પાન નંબર/ફોર્મ 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><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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	*Only last 4 digits to be mentioned. *માત્ર છેલ્લા 4 આંકડાઓ દર્શાવવાના છે.
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
*આધાર નંબર: _____																					

#### Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

##### સેક્શન B: જીવન વીમાતનો તબિબી ઇતિહાસ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
માંદગી/રોગ/થયેલી ઈજાનું નામ: _____	
Symptoms: _____	
લક્ષણો: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
લક્ષણોની અવધિ: _____	નિદાનની તારીખ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
આ ચિહ્નો સૌપ્રથમ વખત ક્યારે દેખાયા/ઉદ્ભવ્યાં હતાં: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
પ્રવેશ માટેની તારીખ અને સમય _____	ડિસ્ચાર્જની 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) _____	
શું તમારી પાસે ભૂતકાળમાં ક્યારેય આવી જ સ્થિતિ હતી: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના (જો "હા" હોય તો વિગતો આપો) _____	

#### 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: \_\_\_\_\_  
તારીખ:

Employee name & Code \_\_\_\_\_  
કર્મચારી નામ અને કોડ

#### Documents Submitted:

દસ્તાવેજો સબમિટ:

Original Policy Document

મુખ્ય પોલિસી દસ્તાવેજ

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

રદબાતલ ચેક/બેંક પાસબુકની નકલ

PAN Card/ Form 60 of the nominee

પાન કાર્ડ/ નોમિનીનું ફોર્મ 60

Claimant's photo identity proof

દાવેદારનો ફોટો ઓળખ પૂરાવો

Attending physician certificate

એટેન્ડ કરનાર ફીઝિશીયનનું પ્રમાણપત્ર

Medical Documents (if any)

મેડિકલ દસ્તાવેજો (જો હોય તો)

Family physician certificate

દાવેદારનું વર્તમાન સરનામાનો પૂરાવો

All past medical records for any treatment taken

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, ઇન્ડોર 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 પાસ જરૂરિયાતોને મંગાવવાનો તેનો હક્ક અનામત રાખે છે.

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 ડાયાબિટીસ <input type="checkbox"/> Asthma અસ્થમા <input type="checkbox"/> Heart હૃદય <input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર <input type="checkbox"/> Tuberculosis ટ્યુબરક્યુલોસિસ <input type="checkbox"/> Other..... અન્ય .....	
<input type="checkbox"/> Smoking ધુપ્રપાન <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 _____	
<b>Note:</b> 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 <b>નોંધ:</b> લક્ષ્યા, પાર્કિન્સન્સ ડિસીઝ, સ્ટ્રોક, મસ્ક્યુલર ડિસ્ટ્રોફી, મેજર હેડ ટ્રોમા અને અલ્ઝાઈમર્સ ડિસીઝ, બહેરાશ, મલ્ટીપલ સ્કલેરોસિસ, સ્પીચ લોસ, હાથ-પગ ગુમાવવા, મોટર ન્યુરોન ડિસીઝ, અંધત્વ, અંધત્વ, સ્વતંત્ર અસ્તિત્વ ગુમાવવું, સ્વતંત્ર અસ્તિત્વ ગુમાવવા માટે ઉપલબ્ધ વધારાના ડોક્ટરના સર્ટિફિકેટને ભરો.	

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

ગંભીર માંદગી અંગેની માહિતી (કાપા કરી નિદાન થયેલ માંદગી પર ખરનું ચિહ્ન કરો)

<input type="checkbox"/> Heart attack હાટકમ્ એટેક	<input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) હબાઈન (કોરોનરી આટક્યરી બાયપાસ સર્જકમ્ રી)
<input type="checkbox"/> Stroke સ્ટ્રોક	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome એપિલિક સિન્ડ્રોમ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor બિનાઈન બ્રેઈન ટ્યુમર
<input type="checkbox"/> Blindness બ્લાઈન્ડનેસ (અંધત્વ)	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ઈન સર્જકમ્	<input type="checkbox"/> Coma કોમા
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease છેવટના તબક્કાનો લીવર રોગ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery હાટકમ્ વાલ્વ સર્જકમ્	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma માથાની તીવ્ર ઈજા
<input type="checkbox"/> Angioplasty એન્જીઓપ્લાસ્ટી	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant મેજર ઓગકમ્ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ (મુખ્ય અંગ પ્રત્યારોપણ)	<input type="checkbox"/> Paralysis પેરાલાઈસિસ (લકવો)
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia એપ્લાસ્ટિક એનીમિયા	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy કાર્ડિયોમયોપથી	<input type="checkbox"/> Deafness ડેફનેસ (બહેરાપણું)
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease પાર્કિન્સન્સ રોગ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis પોલીઓમાયેલીટિસ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis લપસ નેફ્રાઈટિસ સાથે કીભ
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension પ્રાથમરી પલ્મોનરી હાયપરટેન્શન	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy મસ્ક્યુલર ડાસ્ટ્રોફી	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis મલ્ટિપલ સ્કલેરોસિસ
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease મોટર ન્યુરોન ડિસીઝ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease મેડ્યુલરી સાયક્લિક 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 અલ્ઝાઈમર ડિસીઝ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta એઓટાઈક સર્જકમ્ (મુખ્ય ધોરીનસની શસ્ત્રક્રિયા)
<input type="checkbox"/> Major Burns મેજર બર્ન (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 ઈન્ડીપેન્ડન્ટ એગ્ઝિસ્ટન્સ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ક્રોનિક લંગ ડિસીઝ [ફિફ્સાનો ગંભીર રોગ]	

**Section C: PAYMENT – NEFT**

સેક્શન C: પેમેન્ટ – નેફ્ટ

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

**Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION**

સેક્શન D: ડિક્લેરેશન અને ઓથોરાઈઝેશન (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 ખરાં છે અને એ કે મારા તરફથી કોઈ પણ દબાવી રાખવા અથવા છુપાવવામાં આવેલ નથી. હું સમજું છું કે દાખલ (પીએનબી) મેટલાઈફ તરફથી પૂરા પાડવામાં આવેલ દાવામાં કોઈ જવાબદારીની કબૂલાત નથી કે પોલિસી હેઠળના એના કોઈક અધિકારો જતા કરનાર નથી. હું આ સાથે જાહેર કરું છું કે મારા કોઈક માંદગી અથવા બીમારી અંદર કરેલ અથવા તપાસેલ અથવા મારી સારવારકરી લોય તે દિગ્ગણિય અથવા હોસ્પિટલને ભલે પછી તેણે/તેણે કદાચને. દાખલ (પીએનબી) મેટલાઈફ દ્વારા પોલિસી જરી કરવામાં આવી તે અગાઉ અથવા પછીથી મેળવેલ લોય તેવી કોઈક જાણકારી અથવા માહિતી છતી કરવા અથવા મારા આરોગ્યની સ્થિતિ સંબંધી રેકોર્ડ્સ પૂરા પાડવા અધિકાર કરું છું.

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.

હું/અમે આ સાથે વધુમાં, PNB (પીએનબી) મેટલાઈફને અંગત અને સંવેદનશીલ અથવા, PNB (પીએનબી) મેટલાઈફ સાથે ઉપલબ્ધ લોય તેવી (આ સ્ટેટમેન્ટમાં આવેલી લોય કે બીજી કોઈક રીતે મેળવવામાં આવેલ લોય) માહિતીમાંથી કોઈ પણ વાપરવા અને છતી કરવા જે કદાચને મારી/અમારી એકત્રિત કરવામાં આવેલ લોય છતાં દસ્તાવેજો સહિતની કોઈક જોડાયેલ વ્યક્તિ/સંગઠન/સંસ્થા અથવા ભાગીદારીમાં લોય અથવા દાખલ (પીએનબી) મેટલાઈફ દ્વારા એન્ગેજ કરવામાં આવેલ લોય, રિન્યુયર રસમ, ક્લેમ ઈન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, દુકાનદારો અને ઊંચોગ એસોસિએશન/ફેડેરેશન સાથે આ ક્લેમની પ્રક્રિયાના હેતુથી અન્યથવા અનુગામી સેવા પૂરી પાડવા સંમત થાઉં છું/થઈએ છીએ અને અધિકૃત કરું છું કરીએ છીએ.

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

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) or write to us at 1<sup>st</sup> Floor, Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

પીએનબી મેટ લાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ  
રજીસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બેંગલોર - 560001, ફર્સ્ટ ફ્લોર. આઈઆરડીએ ઓફ ઈન્ડિયા રજીસ્ટ્રેશન નંબર 117.  
CI No. U66010KA2001PLC028883, ટોલ ફ્રી નંબર - 1-800-425-6969 ઉપર કોલ કરો, વેબ સાઈટ [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ઈમેલ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) અથવા અમને લખો - 1 લો માળ, ટેકનીપ્લેક્સ -1, ટેકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરગાઉ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +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)

ક્રિટિકલ ઇલનેસ ફોર્મ ભરનાર ફોર્મ દ્વારા ઘોષણા. (અરજ ફોર્મમાં જે ભાષા છે તે સિવાયની ભાષામાં જો ક્રિટિકલ ઇલનેસ ફોર્મ 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 ફોર્મના 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/ Witness ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષીના હસ્તાક્ષર	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee દાવેદાર /નોમિનીની સહી /ડાબા અંગૂઠાનો નમૂનો
Name of Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષીનું નામ: _____	Address of Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા/સાક્ષીનું સરનામું: _____		
Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષીનો સંપર્ક નંબર: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ ઘોષણાકર્તા (ડિક્લેરન્ટ)/સાક્ષી સાથે દાવેદાર (ક્લેઇમન્ટ)નો સંબંધ: _____		
Date: _____ તારીખ: _____	Place: _____ સ્થળ: _____		

**Mandatory Documents to be submitted along with this form:**

આ ફોર્મ સાથે સબમિટ કરવાના ફરજિયાત દસ્તાવેજો:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format  
ડૉક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (પારિવારિક ડૉક્ટર અથવા સારવાર કરતા ડૉક્ટર પાસેથી) પસંદગીરૂપ પ્રમાણિત પીએનબી મેટલાઈફ ફોર્મટમાં
- Discharge Summary confirming the surgery undergone  
કરવામાં આવેલ શસ્ત્રક્રિયાની પુષ્ટિ કરતી ડિસ્ચાર્જ સમરી
- All past medical records for any treatment taken  
કોઈપણ લેવાયેલ સારવાર માટેના તમામ ભૂતકાળના તબીબી રેકૉર્ડ
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook  
રદ કરેલ ચેક / બેંક પાસબુકની નકલ
- PAN Card/ Form 60 of the life assured  
PAN કાર્ડ / નિશ્ચિત જીવનનું 60મું ફોર્મ
- Current address proof  
વર્તમાન સરનામાંનો પુરાવો
- Photo identity proof  
ફોટો ઓળખનો પુરાવો
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor  
સંબંધિત ડૉક્ટર દ્વારા પ્રમાણિત કરવામાં આવવું જોઈએ તે હોસ્પિટલ કેશ બેનિફિટ ક્લેઇમ ફોર્મ
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH  
ગ્રાન્ટ અથવા જીપીએચ પર પ્રાપ્ત થયેલ દાવાઓ માટે જો દાવાની સૂચના ત્રીજા પક્ષ દ્વારા પ્રાપ્ત થઈ હોય તો દાવેદાર (ક્લેઇમન્ટ) તરફથી અધિકૃતતા પર

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

નોંધ:- જો વિનંતી સાથે આધાર કાર્ડને કેવાયસી પુરાવા તરીકે સબમિટ કર્યું હોય તો કૃપા કરીને આધાર નંબરના પ્રથમ 8 અંકોને માર્સ્ક કરો

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) or write to us at 1<sup>st</sup> Floor,  
Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

પીએનબી મેટ લાઈફ ઈન્ડિયા ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બેંગલોર - 560001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ ઓફ ઈન્ડિયા રજિસ્ટ્રેશન નંબર 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ટોલ ફ્રી નંબર - 1-800-425-6969 ઉપર કોલ કરો, વેબ સાઈટ [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ઈમેલ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) અથવા અમને લખો - 1 લો માળ,

ટેકનીપ્લેક્સ -1, ટેકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062. ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

Version 3.6 / Feb'24 Page 3 of 3

સંસ્કરણ 3.6 / ફેબ્રુઆરી'24 પૃષ્ઠ 3 નું 3