

**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, Karnataka. 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 1st Floor, Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

પીએનબી મેટ લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજીસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બંગ્લોર - 560 001, કર્ણાટક. 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), ઈમેઈલ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) અથવા અમને લખો - 1 લો માળ,

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

## Disability Claim Form

### અપંગતા દાવા પત્રક

POLICY NUMBER / પોલિસી નંબર

**Important instructions:**

**મહત્વની સૂચનાઓ:**

To be completed by the claimant in BLOCK letters

દાવેદાર દૂવારા બ્લોક અક્ષરોમાં પૂર્ણ થવું જોઈએ

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. Countersign where amendments/alterations are made in the form.

મહેરબાની કરીને બધા પ્રશ્નોના જવાબ આપો, તેને ખાલી રાખવાને બદલે "લાગુ નથી" (એન/એ) શબ્દનો યોગ્ય ઉપયોગ કરો. જ્યાં જ્યાં ફોર્મમાં સુધારાઓ/ફેરફાર કરવામાં આવે ત્યાં કાઉન્ટર-સહી કરો.

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing. CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

સાક્ષીની સહી ફરજિયાત છે. સાક્ષી રાજપત્રિત અધિકારી/જાહેર કે પબ્લિક નોટરી/નાયાધીશ અથવા સ્થાનિક સમિતિનો વ્યક્તિ હોવો જોઈએ. દાવેદારે દરેક પાના પર નીચે સહી કરવી પડશે

The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our Company. No agent has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

આ દાવા પત્રકને ભરવાથી અમારી કંપનીની જવાબદારીઓમાં પ્રવેશ મળશે એવું સમજવામાં નહીં આવે. કોઈપણ એજન્ટને કંપની વતી કોઈપણ જવાબદારી સ્વીકારવા અધિકૃત નથી અથવા કરવામાં આવ્યો નથી.

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

મહેરબાની કરીને ફોર્મ અને જરૂરિયાતો નજીકની શાખા કચેરી અથવા ઉપર જણાવેલ સરનામાં પર રજૂ કરો.

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

જવાબદારીઓને વહેલી અને પૂર્ણ રજૂઆત કંપનીને વહેલા દાવાની પ્રક્રિયા કરવા સક્ષમ બનાવશે.

**CLAIMANT DETAILS:**

દાવેદાર/દર્દીની વિગતો:

Name of the Insured: \_\_\_\_\_  
 વીમિત વ્યક્તિનું નામ: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 સરનામું: \_\_\_\_\_

Contact No.: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_  
 સંપર્ક નંબર: \_\_\_\_\_ ઈમેઈલ સરનામું: \_\_\_\_\_

Bank Account Number of the Claimant\*: \_\_\_\_\_  
 (favoring which the claim cheque is to be issued)  
 દાવેદારના બેંક ખાતા નંબર\*: \_\_\_\_\_  
 (જે એવી ઈચ્છા રાખે કે દાવાનો ચેક ઈશ્યુ થાય)

Name & Address of the Bank\*: \_\_\_\_\_  
 બેંકનું નામ અને સરનામું\*: \_\_\_\_\_

**DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABILITY:**

વીમિત વ્યક્તિને જટિલ માંદગી માટે સારવાર આપનાર ડોક્ટર/હોસ્પિટલની વિગત:

Name of the Doctor: \_\_\_\_\_  
 ડોક્ટરનું નામ: \_\_\_\_\_

Name of the Hospital: \_\_\_\_\_  
 હોસ્પિટલનું નામ: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 સરનામું: \_\_\_\_\_

Contact No.: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_  
 સંપર્ક નંબર: \_\_\_\_\_ ઈમેઈલ સરનામું: \_\_\_\_\_

**SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):**

લાગુ પડતી અપંગતા દર્શાવો (પોલિસીની વ્યાખ્યા મુજબની યાદી):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye એક આંખની દ્રષ્ટિ ગુમાવવી	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb એક અંગના વપરાશની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes બંને આંખની દ્રષ્ટિની ખોટ
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing સાંભળવાની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs બંને અંગના વપરાશની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye એક અંગ અને એક આંખની દ્રષ્ટિ ગુમાવવી
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing બોલવાની અને સાંભળવાની ખોટ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech બોલવાની ખોટ	

**Note:** In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability

**નોંધ:** અકસ્માતને કારણે વિકલાંગતાના કિસ્સામાં, કૃપા કરીને આકસ્મિક વિકલાંગતા માટે ઉપલબ્ધ વધારાના ડોક્ટરના પ્રમાણપત્રને ભરો

**DETAILS OF ACCIDENT:****અકસ્માતની વિગત:**

Cause of Accident: \_\_\_\_\_  
 અકસ્માતનું કારણ: \_\_\_\_\_  
 Date of Accident: \_\_\_\_\_  
 અકસ્માતની તારીખ: \_\_\_\_\_  
 Is FIR lodged:  Yes  No  
 શું એફઆઈઆર નોંધવામાં આવ્યો છે: હા ના  
 If "yes" please attach the copy of Accident: \_\_\_\_\_  
 જો "હા" તો મહેરબાની કરીને અકસ્માતની નકલ જોડો: \_\_\_\_\_

**HISTORY****ઈતિહાસ**

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_  
 પહેલું લક્ષણ દેખાયું ત્યારની તારીખ: \_\_\_\_\_  
 Have you ever had the similar condition in past:  Yes  No  
 શુ ભૂતકાળમાં ક્યારેય પણ એ જ કે એના જેવી પરિસ્થિતિ ઘટીને હતી: હા ના  
 (If "yes," state when and provide details): \_\_\_\_\_  
 (જો "હા" તો ક્યારે તે દર્શાવો અને માહિતી પૂરી પાડો): \_\_\_\_\_

**PRESENT CONDITION:****હાલની પરિસ્થિતિ:**

Present symptoms: \_\_\_\_\_  
 વિષયવાર લક્ષણો: \_\_\_\_\_  
 Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_  
 શોધો (હાલના એક્સરેનું પરિણામ, હાલના ઈસીજનું પરિણામ અથવા અન્ય ખાસ પરીક્ષણોનો સમાવેશ થાય છે): \_\_\_\_\_

**TREATMENT:****સારવાર:**

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: \_\_\_\_\_  
 હોસ્પિટલ/ડોક્ટરની આ બાબતમાં પહેલી મુલાકાતની તારીખ: \_\_\_\_\_  
 OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
 ઓપી નંબર/હોસ્પિટલ નંબર/આંતરિક દર્દી: \_\_\_\_\_  
 Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
 છેલ્લી તપાસની તારીખ: \_\_\_\_\_ મુલાકાતોની આવૃત્તિ/સંખ્યા (અઠવાડિક/માસિક/અન્ય): \_\_\_\_\_  
 Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
 છેલ્લી તપાસની તારીખ: \_\_\_\_\_

**PROGRESS:****પ્રગતિ:**

Recovered  Improved  Unimproved  Retrogressed  
 ફરીથી પહેલા જેવી સુધરી ગયેલ બિનસુધરેલ બગડેલી

**DECLARATION:****નિવેદન:**

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form **PNB MetLife** has not admitted liability or waived any of its rights. 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 regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by **PNB MetLife**.

આ વિધાનો મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા મુજબ સાચું અને યોગ્ય છે હું એ સમજું છું કે દાવાનું ફોર્મ ભરવામાં **પીએનબી મેટલાઈફ** કોઈ જવાબદારી સ્વીકારતી નથી અથવા તેના કોઈ લક્ક જતા કરતી નથી હું અહીંથી દિઝીશિયન અથવા હોસ્પિટલ કે જેણે ઉપર હાજરી આપી છે અથવા તપાસ કરી છે અથવા મારી તબિયતની સ્થિતિ સંબંધિત કોઈ માહિતી અથવા જ્ઞાન જાહેર કરવા મને કોઈ માંગણી અથવા બીમારી માટે સારવાર આપી હોય જે તેઓએ/તેણે કદાચ **પીએનબી મેટલાઈફ** દ્વારા પોલીસી ઈશ્યુ કર્યા પહેલા કે પછી મેળવી હોય.

I/We hereby further consent, and duly authorize, PNB MetLife to use, store, share, transfer and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this document or obtained otherwise) which may include but not limited to my KYC documents to any individual / organization / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and / or for providing subsequent services.

હું/અમે આ દ્વારા આગળ સંમત આપું છું/આપીએ છીએ, અને પીએનબી મેટલાઈફને મારી/અમારી એકત્રિત કરેલી અથવા પીએનબી મેટલાઈફ પાસે ઉપલબ્ધ કોઈપણ વ્યક્તિગત અને સંવેદનશીલ માહિતીનો ઉપયોગ કરવા, સંગ્રહ કરવા, શેર કરવા, સ્થાનાંતરિત કરવા અને જાહેર કરવા માટે (ભલે આ દસ્તાવેજમાં સમાવિષ્ટ હોય અથવા અન્યથા પ્રાપ્ત કરેલ હોય) જેમાં મારા [જટ દસ્તાવેજોનો સમાવેશ થઈ શકે છે પરંતુ તેના સુધી મર્યાદિત નથી આ દાવાની પ્રક્રિયા કરવાના હેતુથી અને/અથવા અનુગામી સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે રિઈન્શ્યોરર્સ, ક્લેમ ઈન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, વિકેન્ડાઓ અને ઈન્ડસ્ટ્રી એસોસિએશન્સ/ ફેડરેશન સહિત પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સંકળાયેલ અથવા સંલગ્ન અથવા સંલગ્ન કોઈપણ વ્યક્તિ/સંસ્થા/ એન્ટિટી માટે યોગ્ય રીતે અધિકૃત કરું છું /કરીએ છીએ.

Signature/Left Thumb impression of claimant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 દાવેદારની સહી/અંગુઠાની છાપ: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_

Name & Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 સાક્ષીનું નામ અને સહી: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_

Address of Witness: \_\_\_\_\_  
 સાક્ષીનું સરનામું: \_\_\_\_\_

Official Seal of the Witness: \_\_\_\_\_  
 સાક્ષીનું અધિકૃત મુદ્રણ: \_\_\_\_\_

**Note:** Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian language by an English knowing person who shall also sign to the effect that he has fully explained the contents of the above form to claimant.  
**નોંધ:** જો સહી ભારતીય ભાષામાં થયેલ હોય તો તેના નીચે તેઓનું અંગ્રેજી ભાષાંતર લખવું હોવું જોઈએ. વધુમાં જે દાવેદાર ભારતીય ભાષામાં સહી કરતા હોય તેમણે ભારતીય ભાષામાં નવેદા આપવું પિશે કે તેણે ઉપરના ફોર્મડના બધા સમાવિષ્ટો જે રીતે તેને ભારતીય ભાષામાં અંગ્રેજી જાતો વ્યક્ત દ્વારા સમજાવ્યા મુજબ સંપૂર્ણ અને યોગ્ય રીતે સમજ્યા છે અને તે સમજાવનાર વ્યક્ત એ પર એ બનાવની ખાતરી માટે સહી કરવી પિશે કે તેણે ઉપરના ફોર્મડના સમાવિષ્ટો સંપૂર્ણ રીતે સમજાવ્યા છે.