

Critical Illness Claim Form गंभीर आजार दावा फॉर्म

POLICY NUMBER / पॉलिसी क्रमांक

Important instructions:

महत्वाच्या सूचना:

- 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.
अनिवार्य दस्तऐवजांसह, आधी भरलेल्या क्लेम फॉर्मच्या सबमिशन पॉलिसी अंतर्गत आमच्या कंपनीच्या दायित्वांमध्ये प्रवेश म्हणून गृहित धरता येणार नाही. कोणत्याही एजंटला / मध्यस्थाला कंपनीच्या वतीने कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकारण्यासाठी अधिकृत केले गेले नाही किंवा केले जाणार नाही.
- 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.
खालील फॉर्मची आवश्यकतेनुसार पूर्तता करून, खाली दिल्याप्रमाणे अनिवार्य दस्तऐवजांसह लवकर सादर केल्यास तुमच्या दाव्याची प्रक्रिया आम्ही वेगाने करू शकू. अपूर्ण फॉर्म सादर केल्यामुळे आणि/ किंवा अनिवार्य दस्तऐवज सबमिट न केल्यामुळे दावा प्रक्रियेच्या कोणत्याही विलंबासाठी पीएनबी मेटलाइफ जबाबदार नाही.
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
हा फॉर्म ब्लॉक अक्षरांमध्ये पूर्ण भरायचा आहे.
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
कृपया काउंटर साईन करा जेथे फॉर्म मध्ये बदल केले आहेत.
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
राजपत्रित अधिकारी/नोटरी पब्लिक /मॅजिस्ट्रेट किंवा स्थानिक व्यक्तीची साक्षीदार म्हणून सही अनिवार्य आहे.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
पीएनबी मेटलाइफच्या जवळच्या शाखेत किंवा वर नमूद केलेल्या पत्त्यावर सर्व फॉर्म आणि सर्व आवश्यक गोष्टी सादर करायच्या आहेत.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

विभाग A: विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचे तपशील

Name: _____	Age: _____																				
नाव: _____	वय: _____																				
Address (Current Residential Address): _____																					
पत्ता (वर्तमान निवासी पत्ता): _____																					
City _____	Pin Code _____	State _____																			
शहर _____	पिन कोड _____	राज्य _____																			
Contact Number: Landline _____	Mobile _____																				
संपर्क क्रमांक :लॅंडलाइन _____	मोबाइल _____																				
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____																				
ईमेल: _____	पॅन क्र./ फॉर्म 60: _____																				
*Aadhaar No: <table border="1"> <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.
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
*आधार क्र: _____	*केवळ शेवटचे 4 अंक नमूद करायचे आहेत.																				

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

विभाग B: विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचा वैद्यकीय इतिहास

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
आजार / रोग/ दुखापतीचे नाव: _____	
Symptoms: _____	
लक्षण: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
लक्षण कालावधी: _____	निदान तारीख: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
ही लक्षणे प्रथम केव्हा स्पष्ट दिसली / झाली: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
लक्षण प्रवेशाची तारीख आणि वेळ _____	डिस्चार्जची तारीख आणि वेळ _____
Name of hospital: _____	
रुग्णालयाचे नाव: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
तुम्हाला पूर्वी असे काही झाले होते का: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही (जर "हो," असेल तर तपशील द्या) _____	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

गंभीर आजारपण पोचपावती

Policy number(s) _____	पॉलिसी क्रमांक _____	
Name of claimant _____	दावा करणाऱ्याचे नाव _____	
Branch name & code _____	शाखेचे नाव आणि कोड _____	
Date: _____	Employee name & Code _____	कर्मचाऱ्याचे नाव आणि कोड _____
Documents Submitted: _____	<input type="checkbox"/> Original Policy Document मूळ पॉलिसी दस्तऐवज	<input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof दावा करणाऱ्या फोटो ओळखपत्र पुरावा
दस्तऐवज सादर केलेले:	<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुकची नकल	<input type="checkbox"/> Attending physician certificate उपचार करणाऱ्या फिजीशियनचे प्रमाणपत्र
	<input type="checkbox"/> PAN Card/ Form 60 of the nominee नामनिर्देशितीचा पॅन कार्ड/प्रपत्र 60	<input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken निदानासाठी संपूर्ण वैद्यकीय नोंदी आणि डिस्चार्ज समरी, इनडोअर केस पेपर
	<input type="checkbox"/> Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper निदान केलेल्या आजारपणाच्या निदानासाठी आणि उपचारासाठीच्या संपूर्ण वैद्यकीय नोंदी म्हणजेच सर्व चाचण्या/तपासण्यांचे अहवाल, डिस्चार्ज समरी, इनडोअर केस पेपर	

Company Seal & Stamp with Date and time
कंपनीची मोहोर आणि शिक्का तारीख आणि वेळेसह

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.

चपावती म्हणजे दाव्याचा स्वीकार मानू नये. कंपनी आपला अतिरिक्त दस्तऐवज, माहिती आणि दाव्याची प्रक्रिया करण्याच्या निर्णयाच्या दृष्टीने आणखी आवश्यक गरजा मागण्याचा हक्क राखून ठेवते.

Nature of Illness and Habits आजाराचे स्वरूप आणि सवयी	Date of diagnosis of Illness आजाराच्या निदानाची तारीख
<input type="checkbox"/> Hypertension हायपरटेन्शन <input type="checkbox"/> Tuberculosis क्षय <input type="checkbox"/> Smoking धूम्रपान <input type="checkbox"/> Diabetes मधुमेह <input type="checkbox"/> Alcohol दारू <input type="checkbox"/> Asthma अस्थमा <input type="checkbox"/> Tobacco तंबाखू <input type="checkbox"/> Heart हृदय <input type="checkbox"/> Drugs ड्रग्स <input type="checkbox"/> Cancer कर्करोग <input type="checkbox"/> Other..... इतर	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ जर हो असेल, तर घेण्याचा कालावधी, _____ वापरण्याचे प्रमाण _____	
Note: 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 टीप: अर्धागवायू, पार्किन्सन रोग, स्ट्रोक, लायू दुष्पोषण, प्रधान शीर्ष अर्धाघात यासाठी उपलब्ध असलेले डॉक्टरांचे अतिरिक्त प्रमाणपत्र आणि अल्झायमर रोग, बहिरेपणा, विकीर्ण काठीण्य, वाचालोप, हातपाय गमावणे, कारक चेतापेशी विकार, अंधत्व, स्वतंत्र अस्तित्व गमावणे यासाठीच्या चेतापेशीय स्थितीसाठी डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र भरा	

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
गंभीर आजाराविषयीची माहिती (कृपया निदान झालेल्या आजारावर टिक करा)

<input type="checkbox"/> Heart attack हृदयविकाराचा झटका	<input type="checkbox"/> Cancer कॅन्सर रोग	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) सीएबीजी (कोरोनरी आर्टरी बायपास सर्जरी)
<input type="checkbox"/> Stroke स्ट्रोक	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome अॅपॅलिक सिंड्रोम	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor बेनाइन ब्रेन ट्युमर
<input type="checkbox"/> Blindness अंधत्व	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ब्रेन सर्जरी	<input type="checkbox"/> Coma कोमा
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease यकृताच्या आजाराची शेवटची पायरी	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery हार्ट वाल्व शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma डोक्यावर मोठा आघात
<input type="checkbox"/> Angioplasty एंजिओप्लास्टी	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant मुख्य अवयव प्रत्यारोपण	<input type="checkbox"/> Paralysis पक्षाघात
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia एप्लास्टिक एंनिमिया	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy कार्डियोमायोपॅथी	<input type="checkbox"/> Deafness बहिरेपणा
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease पार्किन्सन रोग	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis पोलियोमालिटिस	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis लुपस नेफ्रायटिससह एसएलई
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension प्राथमिक पल्मोनरी हायपरटेन्शन	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy स्नायूंची विकृती	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis मल्टिपल स्क्लेरोसिस
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease मोटार न्यूरॉन रोग	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease मेड्युलरी सिस्टिक रोग	<input type="checkbox"/> Loss of Speech बोलणे गमावणे
<input type="checkbox"/> Kidney Failure किडनी फेल्युअर	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease अल्झायमर रोग	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta महाधमनीची शस्त्रक्रिया
<input type="checkbox"/> Major Burns मेजर बन्स	<input type="checkbox"/> Terminal Illness टर्मिनल आजार	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs अवयव गमावणे
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence स्वतंत्र अस्तित्व गमावणे	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease फुफ्फुसांचा तीव्र आजार	

Section C: PAYMENT – NEFT

सेक्शन C: पेमेंट – एनइएफटी

Bank Account no: _____ बँक खाते क्रमांक :
Name of bank: _____ बँकेचे नाव:
IFSC code: _____ आयएफसी कोड:

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

विभाग D: घोषणा आणि अधिकृतता

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.

मी याद्वारे असे घोषित करतो की वरील सर्व विधाने सत्य आणि पूर्ण आहेत आणि मी काहीच दडवलेले नाही किंवा ते बाजूला ठेवले नाही. मी समजतो की दाव्याचे प्रपत्र सादर करताना पीएनबी मेटलाइफने दायित्व स्वीकारले नाही किंवा पॉलिसीच्या अंतर्गत त्याचे कोणतेही अधिकार फाफ केले नाही. मी अशा प्रकारे वैद्यकीय किंवा रूग्णालयाला अधिकृत केले आहे ज्याने कोणत्याही आजार किंवा आजारावद्दल माझी तपासणी केली आहे किंवा मला माहिती दिली आहे किंवा पीएनबी मेटलाइफ यांनी पॉलिसी जारी केल्यानंतर किंवा आधी माझ्याशी संबंधित आरोग्य नोंदी सादर केल्या आहेत.

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.

आम्ही यापुढे संमती देतो आणि पीएनबी मेटलाइफ (या निवेदनात सामाविष्ट असलेल्या किंवा अन्यथा मिळवल्या गेलेल्या) कोणत्याही वैयक्तिक /संवेदनशील माहितीचा वापर आणि प्रकटीकरण करण्यासाठी अधिकृत करतो आणि त्यात केवायसी कागदपत्रे कोणत्याही व्यक्ती / संस्थेस सामाविष्ट करू शकताता. या दाव्याची प्रक्रीया करण्यासाठी आणि / किंवा पुढील सेवा प्रदान करण्याच्या प्रयोजनार्थ, पुनर्विक्रितासाह, पीएनबी मेटलाइफ संबंधित किंवा संलग्न किंवा गुंतलेल्या संस्था /अन्वेषण करणाऱ्या एजन्सी, विक्रेते आणि उद्योग संघ / संघटना यांचा समावेश आहे.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
 स्वाक्षरी / डाव्या अंगठ्याचा ठसा _____ तारीख _____

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, 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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर – 560001, कॅनारटक; आयब्यारडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, इमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1ला मजला,

टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +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)

गंभीर आजारपण दावा फॉर्म भरणाऱ्या व्यक्तीद्वारे घोषणापत्र (गंभीर आजारपण दावा फॉर्म अर्ज प्रपत्राच्या भाषेपेक्षा वेगळ्या भाषेत भरला/सही केला असल्याच्या प्रसंगात)

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.

मी याद्वारे धोषित करतो/ते की मी दावा करणाऱ्याला त्याला/तिला समजणाऱ्या भाषेत गंभीर आजारपण दावा फॉर्मचा मजकूर स्पष्ट करून सांगितला आहे. तो त्याला/तिला पूर्णपणे समजला आहे आणि दावा करणाऱ्याने पुरवलेल्या माहितीनुसार उत्तरे नोंदवलेली आहेत आणि उत्तरे दावा करणाऱ्याला वाचून दाखवली, त्याला/तिला पूर्णपणे समजली आणि त्याने/तिने पुष्टी केली.

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

फॉर्म आणि दस्तऐवजातील मजकूर मला पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आला आहे आणि की त्यात नमूद केलेला मजकूर आणि प्रस्तावित दाव्यासाठी त्याचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे.

Date तारीख	Place ठिकाण	Signature of the Declarant/ Witness घोषणाकर्त्याची/साक्षीदाराची सही	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee दावा करणाऱ्याची / नामनिर्देशितीची सही / डाव्या अंगठ्याचा ठसा
Name of Declarant/ Witness: घोषणाकर्त्याचे/साक्षीदाराचे नाव: _____		Address of Declarant/ Witness: घोषणा करणारा/साक्षीदाराचा पत्ता: _____	
Contact No. of Declarant/ Witness: घोषणाकर्त्याचा/साक्षीदाराचा संपर्क क्र. _____		Claimant relation with Declarant/ Witness: दावेदाराचे घोषणाकर्त्याशी/साक्षीदाराशी नाते: _____	
Date: तारीख: _____		Place: ठिकाण: _____	

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

अनिवार्य कागदपत्रे या फॉर्मसह सबमिट करा:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
डॉक्टरचे प्रमाणपत्र (कौटुम्बिक फिजीशियन किंवा उपचार करणाऱ्या डॉक्टरकडून) प्राधान्याने प्रमाणित पीएनबी मेटलाइफ प्रारूपात
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
करून घेतलेल्या शस्त्रक्रियेची पुष्टी करणारा डिस्चार्ज गोपवारा
- All past medical records for any treatment taken
घेतलेल्या कोणत्याही उपचारासाठी पूर्वीच्या सर्व वैद्यकीय नोंदी
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुकाची प्रत
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
पॅन कार्ड / जीवन आश्रवासिताचा फॉर्म 60
- Current address proof
सध्याच्या पत्त्याचा पुरावा
- Photo identity proof
फोटो ओळख पुरावा
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
संबंधित डॉक्टरने साक्षात्कृत करायचा रुग्णालय रोख लाभ अर्ज
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
शाखा/जीपीएच येथे प्राप्त झालेल्या दाव्यासाठी दाव्याची सूचना तिसऱ्या पक्षामार्फत मिळालेली असल्यास दावेदाराकडील अधिकार पत्र

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

टीप: विनंती बरोबर केवायसीच्या पुरावा म्हणून आधार कार्ड सादर केले असेल तर कृपया आधार कार्डचे पहिले 8 अंक झाका

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, 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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, रॅनाटक; आयब्यारडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1ला मजला,

टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

Version 3.6 / Feb'24 Page 3 of 3

आवृत्ती 3.6 / फेब्रुवारी 24 पृष्ठ 3 पैकी 3