

Critical Illness Claim Form సంకటమయిన వ్యాధి దావా ఫారం

POLICY NUMBER / పాలసీ నెంబరు

Important instructions:

ముఖ్యమైన దోహదములు:

- 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. అవసరమైన తప్పింపు పాపాలతో ముటు పూరించిన టికెట్ వారం యొక్క సమర్పణ, ములసీ కింద మా కంపెనీ అర్హతరు అనుమతిగా భావించకూడదు. ఎవరైనా ఏజెంట్ / మద్దనీవప్పా కి కంపెనీ తరదాన ఎటువంటి అర్హతలను అనుమతించటానికి అధికారం మెదు.
- 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. దిపావ ఇచ్చిన అవసరమైన తప్పింపు పాపాలతో ముటు ఈవారం యొక్క శీఘరా సమర్పణ, మీ టికెటు వేగంగా మురాదోలు రయడానికి మారు సహాయపడుతుంది. పివనబి మెట్ అస్థ అసంపూర్ణ టికెట్ రం మఫామ్ / మెటి తప్పింపు పాపాలతో వరయస్ పక్కామె టికెట్ మురాదోలుకూడా ఆలసనీకానరు డ్లనీత వహించదు.
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters. ఈ ఫారాన్ని పూర్తిగా బ్లాక్ లెటర్స్ లో నింపాలి.
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form. దయరసీ వార్య సవరణా / మారులను రసిన చోట ద్రు వికరణ సంతకం రయండి.
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory. గెజిటెడ్ ఆఫీసర్ / నోటరీ పబ్లిక్ / మేజిస్ట్రేట్ మెటి స్టాఫ్క అధికాపా యొక్క సాక్షి సంతకం తప్పింపు.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above. పమరాహ మరయు అప్ప అవసరమన్న పమరాహ పివనబి. మెట్ అస్థ యొక్క సమీప శాఖ కారాసీలయయ మెటి పెన్ల పేర్కొన్న చిరునామ్యాసమూర్తిదాలి.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

విభాగం A: భీమా సభుయ యొక్క వివరాలు

Name: _____		Age: _____											
పేరు: _____		వయసు: _____											
Address (Current Residential Address): _____													
చిరునామా (ప్రస్తుత నివాస చిరునామా): _____													
City _____	Pin Code _____	State _____											
సిటీ _____	పిన్ కోడ్ _____	రాష్ట్రం _____											
Contact Number: Landline _____	Mobile _____												
సంప్రదింపు నెంబరు: ల్యాండ్లైన్ _____	మొబైల్ _____												
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____												
ఇ-మెయిల్ చిరునామా: _____	పాన్ నెంబరు./ఫారం 60: _____												
*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><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></tr></table>	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				
*ఆధార్ నం: _____	*కేవలం చివరి 4 అంకెలు మాత్రమే తెలపాలి.												

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

క్షిప్తతర జబ్బుల గుర్తింపు చీటీ

Policy number(s) _____, _____, _____

పాలసీ నెంబరు(లు)

Name of claimant _____

దావాదారుని పేరు

Branch name & code _____

బ్రాంచి పేరు మరియు కోడ్

Date: _____ Employee name & Code _____

తేదీ:

ఉద్యోగి పేరు మరియు కోడ్

Documents Submitted: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Family physician certificate

పత్రాలు సమర్పించబడినవి:

అసలైన పాలసీ పత్రము

ఫోటో గుర్తింపు మరియు నివాస ఋజువు

కైటుంబ వైద్యుల ప్రమాణపత్రం

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

క్యాన్సిల్డ్ చెక్ / బ్యాంకు పాస్ బుక్ నకలు

Attending physician certificate

వైద్యుల సర్టిఫికేట్కు హాజరవుతున్నారు

PAN Card/ Form 60 of the nominee

నామినీ పాస్ కార్డు/ఫారం 60

Medical Documents (if any)

వైద్య పత్రాలు (ఏదైనా ఉంటే)

All past medical records for any treatment taken

ఏదైనా చికిత్స కోసం గత వైద్య రికార్డులు

Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper

వ్యాధి నిర్ధారణ కొరకు సంపూర్ణ వైద్య రికార్డులు మరియు వ్యాధినిర్ధారణ యొక్క చికిత్స అంటి పరీక్ష/పరిశోధన నివేదికలన్నీ, డిస్చార్జి సారాంశం, ఇండోర్ కేస్ పత్రము

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.

గుర్తింపు చీటీ అనేది దావా కొరకు అంగీకారముగా పరిగణించబడదు. ఒ దావా యొక్క ప్రక్రియపై నిర్ణయం తీసుకోవడానికి ఏవైనా అదనపు పత్రాలను, సమాచారాన్ని

మరియు ఆవశ్యకమైన ఏవైనా మరన్ని పత్రాలను కోరడానికి కంపెనీకి గల తన హక్కులన్నీ పరిరక్షించడమైనవి.

Company Seal & Stamp with Date and time
తేదీ మరియు సమయంతో సహా కంపెనీ సీలు మరియు స్టాంపు

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

విభాగం B: జీవిత బీమా చేసిన వైద్య చరిత్ర

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
 అస్వస్థత/వ్యాధి యొక్క పేరు/గాయం తగిలిన వారు: _____
 Symptoms: _____
 లక్షణాలు: _____
 Duration of symptoms: _____ Date of Diagnosis: _____
 లక్షణాల వ్యవధి: _____ రోగ నిర్ధారణ తేదీ: _____
 When were these symptoms first evident/occurred: _____
 ఎప్పుడు ఈ లక్షణాలు మొదటి సారి స్పష్టమై/సంభవించింది: _____
 Date and Time of Admission _____ Date and Time of Discharge _____
 పర్యేక తేదీ మరియు సమయం _____ డిశ్చార్జ్ తేదీ మరియు సమయం _____
 Name of hospital: _____
 ఆసుపత్రి పేరు: _____
 Have you ever had the similar condition in past: Yes No (If "yes," provide details) _____
 మీరు ఎప్పుడైనా గతములో ఇలాంటి పరిస్థితి కలిగి ఉన్నారా: అవును కాదు ("అవును," అయితే వివరాలను తెలియజేయండి) _____

Nature of Illness and Habits అనారోగ్యం మరియు అలవాట్ల స్వభావం	Date of diagnosis of Illness అనారోగ్యం నిర్ధారణ తేదీ
<input type="checkbox"/> Hypertension రక్తపోటు <input type="checkbox"/> Diabetes మధుమేహం <input type="checkbox"/> Asthma అస్తమా <input type="checkbox"/> Heart గుండె <input type="checkbox"/> Cancer క్యాన్సర్ <input type="checkbox"/> Tuberculosis క్షయవ్యాధి Other..... ఇతర	
<input type="checkbox"/> Smoking దూమపానం <input type="checkbox"/> Alcohol ఆల్కహాల్ <input type="checkbox"/> Tobacco పొగాకు <input type="checkbox"/> Drugs డ్రగ్స్	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ అవును అయితే, వినియోగం యొక్క వ్యవధి _____ మరియు పరిమాణం వినియోగించబడుతుంది _____	
<p>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</p> <p>గమనిక: పక్షవాతం, పార్కిన్సన్స్ వ్యాధి, స్ట్రోక్, కండరాల బలహీనత, మేజర్ హెడ్ ట్రామా కోసం అందుబాటులో ఉన్న అదనపు డాక్టర్ సర్టిఫికేట్‌ను మరియు అల్జీమర్స్ వ్యాధి, చెవుడు, మల్టిపుల్ స్క్లెరోసిస్, మాటలు కోల్పోవడం, అవయవాల కోల్పోవడం, మోటార్ న్యూరాన్ వ్యాధి, అందత్వం, స్వతంత్ర ఉనికి కోల్పోవడం కోసం నాడీ సంబంధిత స్థితికి సంబంధించిన డాక్టర్ సర్టిఫికేట్‌ను దయచేసి పూరించండి</p>	

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

సంకటమయిన వ్యాధి గురించి సమాచారం (దయచేసి అనారోగ్యం నిర్ధారించండి)

<input type="checkbox"/> Heart attack గుండె నొప్పి	<input type="checkbox"/> Cancer క్యాన్సర్	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) సి ఏ బి జి (కోరోనరీ ఆర్టరీ బైపాస్ సర్జరీ)
<input type="checkbox"/> Stroke గుండె ఛోటు	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome అపోలిక్ సిండ్రోమ్	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor బెనిన్ బ్రెయిన్ ట్యూమర్
<input type="checkbox"/> Blindness అందత్వం	<input type="checkbox"/> Brain Surgery బ్రెయిన్ సర్జరీ	<input type="checkbox"/> Coma కోమా
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease లివర్ జబ్బు అంతిమ దశ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery గుండె వాల్వ్ సర్జరీ	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma పెద్ద తల గాయం
<input type="checkbox"/> Angioplasty యాంజియోప్లాస్టీ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ప్రధాన అవయవ మార్పిడి	<input type="checkbox"/> Paralysis పక్షవాతం
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia అప్లాస్టిక్ రక్తహీనత	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy కార్డియోమయోపతి	<input type="checkbox"/> Deafness చెవుడు
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease పార్కిన్సన్స్ జబ్బు	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis పోలియో	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ల్యూపస్ నెఫ్రటిస్తో సహా
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ప్రాథమిక ఊపిరితిత్తుల రక్తపోటు	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy కండరాల బలహీనత	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis మల్టిపుల్ స్క్లెరోసిస్
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease మోటార్ న్యూరాన్ వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease మెడ్యులరీ సిస్టిక్ వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Loss of Speech వాక్యం కోల్పోవడం
<input type="checkbox"/> Kidney Failure కిడ్నీ వైఫల్యం	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease అల్జాయిమర్ వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta మహాధమని సర్జరీ
<input type="checkbox"/> Major Burns ఎక్కువగా కాలిన గాయాలు	<input type="checkbox"/> Terminal Illness వైద్యము లేని రోగము	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs అవయవాల నష్టం
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence స్వతంత్ర ఉనికి యొక్క నష్టం	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease దీర్ఘకాలిక ఊపిరితిత్తుల వ్యాధి	

Section C: PAYMENT – NEFT

విభాగం C: చెల్లింపు - నెఫ్ట్

Bank Account no: _____
 బ్యాంక్ ఖాతా సంఖ్య: _____
 Name of bank: _____
 బ్యాంక్ పేరు: _____
 IFSC code: _____
 IFSC కోడ్: _____

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

పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్యూఎన్ఎఫ్-1, టిక్యూఎన్ఎఫ్ కంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైవేర్ నుండి, గోరగాన్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

విభాగం D: పరకీటన మరియు అధికారపత్రం

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or withheld 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.

పైన పేర్కొన్న అన్ని ప్రకటనలు కూడా సత్యమా మరియు సంపూర్ణమా అని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను మరియు నా వైపు నుంచి ఏదీ కూడా అణచివేయబడింది లేదా నిర్వహించలేదు. క్లెయిం ఫారంపై పి ఎన్ బి మెట్ లైఫ్ బాధ్యత వహించదు లేదా పాలీసీ కింద దాని యొక్క ఏదైనా హక్కులను రద్దు చేయలేదని అర్థం చేసుకోండి.

పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ద్వారా పాలీసీ జారీ చేసిన తరువాత లేదా తరువాత అతడు/ఆమె కొనుగోలు చేసిన నా ఆరోగ్య స్థితికి సంబంధించిన రికార్డులను లేదా ఏదైనా అస్పష్టత లేదా అస్పష్టతను కలిగి ఉన్న లేదా పరకీటించిన లేదా చికిత్స చేసిన వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రికి నేను ఇందుమూలంగా అధికారం ఇస్తున్నాను.

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.

పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ (ఈ స్టేట్ మెంట్ లేదా ఏదైనా పొందబడ్డ) యొక్క ఏదైనా వ్యక్తిగత/సంస్థ/సంస్థకు కె వై సి డాక్యుమెంట్ లు చేర్చవచ్చు మరియు పి ఎన్ బి మెట్ లైఫ్ కు అనుబంధంగా ఉన్న లేదా అసోసియేట్ అయిన నా/మా ద్వారా సేకరించిన లేదా లభ్యం అవుతున్న ఏదైనా వ్యక్తిగతమైన మరియు సున్నితమైన సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి మరియు వెల్లడించేందుకు పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ని నేను/మేం ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాం. ఈ క్లెయిం ప్రొసీజర్ కోరకు మరియు/లేదా అందించడం కోరకు రీన్సూర్సర్లు, క్లెయిం పరిశోధనాత్మక ఏజెన్సీలు, వెండర్ లు మరియు ఇండస్ట్రీ అసోసియేషన్/ఫెడరేషన్లు సహా తదుపరి సేవలు.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
 దావాదారుడు/నామినీ యొక్క సంతకం/ఎడమ తేదీ _____

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)

దావా పత్రంలో నింపుతున్న వ్యక్తి ద్వారా ప్రకటన. (ఈ దావా పత్రము, దరఖాస్తు పత్రంలో గల భాష కాకుండా ఇతర భాషలో నింపబడుతున్న/సంతకం చేయబడుతున్న సందర్భంలో)

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.

నేను ఈ క్లిష్టమైన జబ్బుల దావా పత్రంలో ఉన్న విషయాలను దావాదారునికి అర్థమయ్యే భాషలో అతనికి/ఆమెకు పూర్తిగా వివరించానని ఇందుమూలముగా ప్రకటిస్తున్నాను.

దీనిని, అతని/ఆమె పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నారు మరియు దావాదారుడు అందించిన సమాచారం ప్రకారం జవాబులు రికార్డు చేయబడ్డాయి మరియు ఆ జవాబులు తిరిగి చదవబడ్డాయి మరియు అవన్నీ దావాదారుని ద్వారా పూర్తిగా అర్థం చేసుకోబడి ధృవీకరించబడ్డాయి.

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

ఈ ఫారం మరియు పత్రంలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడినవి మరియు ఇక్కడ తెలిపిన విషయాలను మరియు ప్రతిపాదిత దావా కోరకు దీని ప్రాధాన్యత గురించి నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను

Date తేదీ	Place స్థలం	Signature of the Declarant/ Witness డిక్లరెంట్/సాక్షి సంతకం	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee దావాదారుడు/నామినీ యొక్క సంతకం/ఎడమ బొటనవేలి ముద్ర
Name of Declarant/ Witness: డిక్లరెంట్/సాక్షి పేరు:		Address of Declarant/ Witness: డిక్లరెంట్/సాక్షి చిరునామా:	
Contact No. of Declarant/ Witness: డిక్లరెంట్/సాక్షి సంప్రదింపు సంఖ్య:		Claimant relation with Declarant/ Witness: డిక్లరెంట్/సాక్షితో క్లెయిమెంట్ సంబంధం:	
Date: తేదీ:		Place: స్థలం:	

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ఈ ఫారమ్ తో పాటు సమర్పించాల్సిన తప్పనిసరి పత్రాలు:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
డాక్టర్ సర్టిఫికేట్ (కుటుంబ వైద్యుడు లేదా చికిత్స చేసే వైద్యుడి నుండి) ప్రామాణీకరించబడిన PNB మెట్ లైఫ్ ఫార్మాట్ లో
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
శస్త్రచికిత్స జరిగినట్లు నిర్ధారించే డిశ్చార్జ్ సారాంశం
- All past medical records for any treatment taken
గతంలో ఏ చికిత్స తీసుకున్నా వాటన్నిటి వైద్య రికార్డులు
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
క్యాన్సిల్ చేయబడిన చెక్కు / బ్యాంక్ పాస్ బుక్ కాపీ
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
పాన్ కార్డ్ / జీవిత బీమా యొక్క ఫారం 60
- Current address proof
ప్రస్తుత చిరునామా ఋజువు
- Photo identity proof
ఫోటో గుర్తింపు ఋజువు
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
హాస్పిటల్ క్యాష్ బెనిఫిట్ క్లెయిమ్ ఫారమ్ సంబంధిత వైద్యునిచే ధృవీకరించబడాలి
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
బ్రాంచ్/GPH వద్ద స్వీకరించబడిన క్లెయిమ్ కోసం తృతీయ పక్షం ద్వారా క్లెయిమ్ సమాచారం అందిన సందర్భంలో క్లెయిమెంట్ నుండి అధికార లేఖ

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request
 గమనిక: అభ్యర్థనతో పాటు ఆధార్ కార్డ్ ని KYC ఋజువుగా సమర్పించినట్లయితే, దయచేసి ఆధార్ నంబర్ లోని మొదటి 8 అంకెలను మాస్క్ చేయండి