

Disability Claim Form

معذوری کے دعوے کا فارم

POLICY NUMBER / پالیسی نمبر

Important instructions:

اہم ہدایات:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

دعویدار کی معرفت بڑے حروف میں مکمل کیا جائے گا

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.

برائے مہربانی سبھی سوالات کا جواب دیں؛ خالی چھوڑنے کے بجائے جیسا مناسب ہو "لاگو نہیں" (این/اے) کا استعمال کریں۔ جہاں فارم میں ترامیم / تبدیلیاں کی گئی ہیں وہاں اتسداد دستخط ان کریں۔

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

گواہ کا دستخط لازمی ہے۔ گواہ ایک گزٹیڈ آفیسر / نوٹری پبلک / مجسٹریٹ یا مقامی شہرت والا شخص ہونا چاہیے۔ دعویدار کو نیچے سبھی صفحات پر دستخط کرنے چاہیے۔

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.

اس دعوے کے فارم کو بھرنا ہماری کمپنی کی ذمہ داریوں کا تسلیم کرنا نہیں سمجھا جانا چاہیے۔ کوئی بھی ایجنٹ کمپنی کی جانب سے کسی بھی ذمہ داری کو تسلیم کرنے کا مجاز نہیں ہے اور نہ ہی اسے اختیار دیا گیا ہے۔

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

برائے مہربانی فارم اور لوازمات کو پاس کے نزدیکی برانچ آفس یا مندرجہ بالا پتہ پر جمع کریں۔

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

AS لوازمات کو جلد اور مکمل جمع کرنا کمپنی کو دعوے کے عمل پر جلد از جلد کارروائی کرنے کے قابل بنائے

CLAIMANT DETAILS:

دعویدار کی تفصیلات:

Name of the Insured: _____	بیمہ شدہ فرد کا نام:
Address: _____	پتہ:
Contact No.: _____	E-mail address: _____
ای میل آڈریس:	رابطہ نمبر:
Bank Account Number of the Claimant*:	دعویدار کا بینک اکاؤنٹ نمبر: *
(favoring which the claim cheque is to be issued)	(جس کی حمایت میں دعویٰ کا چیک جاری کیا جانا ہے)
Name & Address of the Bank*:	بینک کا نام اور پتہ: *

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

ڈاکٹر/ ہسپتال کی تفصیلات جس نے بیمہ شدہ شخص کی معذوری کا علاج کیا:

Name of the Doctor: _____	ڈاکٹر کا نام:
Name of the Hospital: _____	ہسپتال کا نام:
Address: _____	پتہ:
Contact No.: _____	E-mail address: _____
ای میل آڈریس:	رابطہ نمبر:

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

یہ شناخت کریں کہ کون سی معذوری قابل اطلاق ہے (پالیسی کی تجویز کے مطابق فہرست بنائیں):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one eye ایک آنکھ کی بینائی کا نقصان	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ایک عضو کے استعمال کا نقصان	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes دونوں آنکھوں کی بینائی کا نقصان
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing سننے کا نقصان	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs دو عضووں کے استعمال کا نقصان	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ایک عضو کے استعمال کا اور ایک آنکھ کی بینائی کا نقصان
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing تقریر اور سماعت کا نقصان	<input type="checkbox"/> Loss of Speech تقریر کا نقصان	

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

نوٹ: حادثے کی وجہ سے معذوری کی صورت میں، برائے مہربانی حادثاتی معذوری کے لیے دستیاب اضافی ڈاکٹر کی سرٹیفکیٹ بھریں۔

DETAILS OF ACCIDENT:

حادثے کی تفصیلات:

Cause of Accident: _____	حادثے کا سبب:
Date of Accident: _____	حادثے کی تاریخ:
Is FIR lodged: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	کیا ایف آئی آر درج ہوئی ہے: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
If "yes" please attach the copy of Accident: _____	

HISTORY

تفصیلات

Date of appearance of first symptoms: _____
 علامات کے ظہور کی پہلی تاریخ : _____

Have you ever had the similar condition in past: Yes No
 کیا مریض کو کبھی بھی ایسی علامتیں ہوئیں یا ماضی میں اسی طرح کی حالت تھی: ہاں نہیں

(If "yes," state when and provide details): _____
 (اگر "ہاں" تو بتائیں کہ کب اور تفصیلات فراہم کریں): _____

PRESENT CONDITION:

موجودہ حالات:

Present symptoms: _____
 موجودہ علامات : _____

Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
 نفسی نتائج (سمیت موجودہ ایک ریڑھ ای سی جی یا کوئی دوسری خاص جانچ): _____

TREATMENT:

علاج :

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
 نفسی نتائج (سمیت موجودہ ایک ریڑھ ای سی جی یا کوئی دوسری خاص جانچ): _____

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
 اوبی نمبر/ ہسپتال نمبر/ ان ڈور مریض نمبر : _____

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 پچھلی ملاقات کی تاریخ : _____ ملاقاتوں کی کثرت (ہفتہ وار / ماہانہ / دیگر) : _____

Date of Last examination: _____
 پچھلے معائنے کی تاریخ : _____

PROGRESS:

ترقی :

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
 بحال سے پہر بہتر ہوئی بہتر نہیں حالت بگڑ گئی

DECLARATION:

اعلان:

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.

میں اس یہاں اعلان کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا ساری تفصیلات درست اور مکمل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ دعویٰ فارم پیش کرنے میں پی این بی میٹ لائف نے اپنی کسی بھی ذمہ داری کو تسلیم نہیں کیا ہے یا اپنے کسی بھی حق کو معاف نہیں کیا ہے۔ میں اس طرح ڈاکٹر یا ہسپتال جس نے شرکت کی اور کسی بھی مرض یا بیماری کے لیے میری جانچ اور علاج میری صحت کی حالت کے بارے میں علم یا جانکاری ظاہر کرنے کے لیے کیا جس کو وہ پی این بی میٹ لائف کی طرف سے پالیسی جاری کیے جانے سے پہلے اور بعد میں بھی کرسکتے تھے کو اختیار دیتا ہوں۔

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.

میں/ ہم اس کے ذریعے PNB MetLife کو میری/ ہماری جمع کی گئی یا پی این بی میٹ لائف کے ساتھ دستیاب کی گئی ذاتی اور حساس معلومات کو استعمال کرنے، ذخیرہ کرنے، شئ پٹر کرنے، منتقل کرنے اور ظاہر کرنے کے لیے لے لے کر PNB MetLife کی ویزی د رضامن دی، اور باضابطہ اجازت دینے ہ (چاہے اس دستاویز میں موجود ہو یا دوسری صورت میں حاصل کی گئی ہو) جس میں پی این بی میٹ لائف سے وابستہ یا اس سے منسلک یا منسلک کسی فریڈ / تنظی م / ادارہ ت ک م ی ر ی KYC دستا ویزا ت شامل ہ وسکتی ہیں لیکن ان تک محدود ن ہیں ہیں، بشمول ری بیمہ کنندگان، دع و ی کی تقی شی ایجن سیاس، و ینڈرز اور انڈسٹری ایسوسی ایشن / فیڈریشنز، اس دعوے پر کارروائی کے مقصد کے لیے اور / یا بعد میں خدمات فراہم کرنے کے لیے۔

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____
 دعویدار کا دستخط/ انگوٹھے کا نشان : _____ تاریخ : _____

Name & Signature of Witness: _____ Date: _____
 گواہ کا نام اور دستخط : _____ تاریخ : _____

Address of Witness: _____
 گواہ کا پتہ: _____

Official Seal of the Witness: _____
 گواہ کی آفیشل مہر: _____

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.

نوٹ: مقامی زبان میں دستخط کا انگریزی ترجمہ اس کے نیچے ضرور لکھا ہونا چاہیے۔ آگے دعویدار جو مقامی زبان میں دستخط کر رہا ہے اس کو اس کو مقامی زبان میں ایک اعلان کرنا چاہیے کہ اس نے مندرجہ بالا فارم کے مندرجات کو مفصل اور پورے اور ٹھیک طور سے سمجھ لیا ہے جیسا کہ اس کو ایک انگریزی جاننے والے شخص کی معرفت وضاحت کی گئی تھی؛ جو اس بارے میں بھی دستخط کرے گا کہ اس نے مندرجہ بالا فارم کے مندرجات کو مفصل طور سے دعویدار کو سمجھا دیا ہے۔