

Critical Illness Claim Form

ਕ੍ਰਿਟੀਰਲ ਇਲਨੈਸ ਰਲੇਮ ਫਾਰਮ

POLICY NUMBER / ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Important instructions:

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸ਼ਰਾਅਤ:

- 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.
ਲੋੜੀਂਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਭਰੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣਾ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵਿਹਤ ਸਾਡੀ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਏਜੰਟ / ਵਿਚੋਲਗੀਰ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- 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.
ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਕੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਹੋਵੇਗੀ। ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਅਧੂਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਾ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪਗੂਕਿਰਆ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗੀ।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
ਬਲੋਕ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਹੈ।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਊਂਟਰ-ਸਾਈਨ ਕਰੋ ਜਿੱਥੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸੋਧਾਂ / ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
ਗਜ਼ਿਟਡ ਅਫਸਰ / ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ / ਮੈਜਿਸਟਰੇਟ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਗਵਾਹ ਦਸਤਖਤ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੇ ਨੇਰੇਸਟ ਬਰਾਂਚ ਦ ਤਰ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਪਤੇ ਤੇ ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ ਏ: ਲਾਈਫ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ

Name: _____ Age: _____
ਨਾਮ: _____ ਉਮਰ: _____

Address (Current Residential Address): _____
ਪਤਾ (ਵਰਤਮਾਨ ਲਰਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ): _____

City _____ Pin Code _____ State _____
ਸ਼ਿਹਰ _____ ਪਿਨ ਕੋਡ _____ ਰਾਜ _____

Contact Number: Landline _____ / Mobile _____
ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: ਲੈਂਡਲਾਈਨ _____ / ਮੋਬਾਈਲ _____

E-mail Address: _____ PAN No./ Form 60: _____ *Aadhaar No: _____
ਈਮੇਲ ਖਾਤਾ: _____ ਪੈਨ ਨੰਬਰ./ ਫਾਰਮ 60: _____ *ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ: _____

*Only last 4 digits to be mentioned.
* ਕੇਵਲ ਅੰਤਿਮ 4 ਅੰਕ ਦਰਸਾਏ ਜਾਣ।

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ ਬੀ: ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
ਬੀਮਾਰੀ/ਰੋਗ/ਇੰਜਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਬਰਕਰਾਰ : _____

Symptoms: _____
ਲੱਛਣ: _____

Duration of symptoms: _____ Date of Diagnosis: _____
ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਸਮਾਂ: _____ ਨਿਦਾਨਦੀਤਾਰੀਖ: _____

When were these symptoms first evident/occurred: _____
ਇਹ ਲੱਛਣ ਕਦੋਂ ਪਿਹਲੀ ਸਨ ਸਾਬਤ/ਆਈ: _____

Date and Time of Admission _____ Date and Time of Discharge _____
ਦਾਖਲਾ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ _____ ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ _____

Name of hospital: _____
ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Have you ever had the similar condition in past: Yes No (If "yes," provide details) _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਪਹੁੰਚੀ ਸਾਲ ਦੀ ਇਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ (ਜੇ "ਹਾਂ," ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) _____

Nature of Illness and Habits ਬੀਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪੜ੍ਹਿਕਰਤੀ	Date of diagnosis of Illness ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
<input type="checkbox"/> Hypertension ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ <input type="checkbox"/> Diabetes ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ <input type="checkbox"/> Asthma ਦਮਾ <input type="checkbox"/> IHD ਆਈਐਚਡੀ <input type="checkbox"/> Malignancy ਮਲੀਗਨੈਂਸੀ	
Other..... ਹੋਰ	
<input type="checkbox"/> Smoking ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ <input type="checkbox"/> Alcohol ਅਲਕੋਹਲ <input type="checkbox"/> Tobacco ਤੰਬਾਕੂ <input type="checkbox"/> Drugs ਡਰੱਗਜ਼	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ _____ ਅਤੇ ਖਪਤ ਦੀ ਗਿਣਤੀ _____	

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

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ)

<input type="checkbox"/> Heart attack ਦਿਲ ਦੇ ਦੌਰੇ	<input type="checkbox"/> Cancer ਕੈਂਸਰ	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ਸੀ.ਏ.ਬੀ.ਜੀ. (ਕੋਰੋਨਰੀ ਆਰਟਰੀ ਬਾਈਪਾਸ ਸਰਜਰੀ)
<input type="checkbox"/> Stroke ਸਟਰੋਕ	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ਅਪਾਲਿਕ ਸਿੰਡਰੋਮ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ਬਿੰਨਾਈਨ ਬਰੇਨ ਟਿਊਮਰ
<input type="checkbox"/> Blindness ਅੰਨ੍ਹਾਪਣ	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ਦਿਮਾਗੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Coma ਕੋਮਾ
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ਅੰਤਮ ਪੜਾਅ ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ਦਿਲ ਦੀ ਵਾਲਵ ਦੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ਮੇਜਰ ਹੈਡ ਟਰਾਮਾ
<input type="checkbox"/> Angioplasty ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ਮੇਜਰ ਅੰਗ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ	<input type="checkbox"/> Paralysis ਅਧਰੰਗ
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia ਐਪਲਾਸਟਿਕ ਅਨੀਮੀਆ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ਕਾਰਡਿਓਮੋਏਓਪੈਥੀ	<input type="checkbox"/> Deafness ਬੋਲਾਪਣ
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ਪਾਰਕਿੰਸਨ'ਸ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ਪੋਲੀਓਮਾਈਲਾਈਟਿਸ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ਲੂਪਸ ਨੈਫਰੀਟਿਸ ਦੇ ਨਾਲ SLE
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਪਲਮਨਰੀ ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ਮਾਸਕੂਲਰ ਡਾਈਸਟ੍ਰੋਫਾਈ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ਮਲਟੀਪਲ ਸਕੇਲੇਰੋਸਿਸ
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ਮੋਟਰ ਨਯੂਰੋਨ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ਕਮਯੂਨਰੀ ਸਿਸਟਿਕ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ਸਪੀਚ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ
<input type="checkbox"/> Kidney Failure ਗੁਰਦੇ ਫੇਲ੍ਹ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ਅਲਜ਼ਾਈਮਰ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ਏਓਰਟਾ ਤੋਂ ਸਰਜਰੀ
<input type="checkbox"/> Major Burns ਮੇਜਰ ਬਰਨਸ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ਟਰਮੀਨਲ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ਸੁਤੰਤਰ ਹੋਂਦ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ਗੰਭੀਰ ਫੋਫੜਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	

Section C: PAYMENT – NEFT

ਸੈਕਸ਼ਨ C: ਭੁਗਤਾਨ – NEFT

Bank Account no: _____
ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: _____
Name of bank: _____
ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____
IFSC code: _____
IFSC ਕੋਡ: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ਸੈਕਸ਼ਨ D: ਐਲਾਨ ਅਤੇ ਅਥਾਰਟੀ

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.

ਮੈਂ ਇਥੋਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਸਾਰੇ ਬਿਆਨ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਵੀ ਮੇਰੇ ਪਾਸਿਓਂ ਦਬਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੇ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੋਈ ਦੇਣਦਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸਦਾ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਮੁਆਫ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਥੋਂ ਇਕ ਵੈਦ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਜਿਸ ਨੇ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਮੇਰੀ ਹਾਜ਼ਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ, ਜੋ ਉਸਨੇ / ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਨੀਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

I/We he reby 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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਦੀ ਮੋਰੀ / ਸਾਡੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਪੀ ਐਨ ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਵਾਂਗੇ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਾਂਗੇ (ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਬਿਆਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਹਨ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪੀ.ਐਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਫ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਜਾਂ ਜੁੜੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ / ਸੰਗਠਨ / ਇਕਾਈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਬੀਮਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਦਾਅਵੇ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕਰੇਤਾ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ ਸੰਘ / ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ, ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____

ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ _____ ਤਾਰੀਖ _____

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)

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਭਰੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ। (ਜੇਕਰ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਅਰਜੀ ਫਾਰਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ/ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ)

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.

ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੇ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਹੈ।

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

ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਬਾਰੇ ਮੈਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਈ ਸਮੱਗਰੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਕਲੇਮ ਲਈ ਇਸ ਦੇ ਮਹੱਤਵ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ

DATE ਮਿਤੀ	PLACE ਸਥਾਨ	Signature of the Declarant ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ
Name of Witness: _____ ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ: _____		Signature of Witness: _____ ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____	
Address of Witness: _____ ਗਵਾਹ ਦਾ ਪਤਾ: _____			
Date: _____ ਮਿਤੀ: _____		Place: _____ ਸਥਾਨ: _____	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਰਸੀਦ ਸਲਿੱਪ

Policy number(s) _____
ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Name of claimant _____
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ

Branch name & code _____
ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ

Date: _____ Employee name & Code _____
ਮਿਤੀ: ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ

Company Seal &
Stamp with Date
and time
ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ
ਨਾਲ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਸੀਲ
ਅਤੇ ਮੋਹਰ

Documents Submitted: ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਖਲ ਕੀਤੇ ਗਏ:

<input type="checkbox"/> Original Policy Document ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼	<input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ	<input type="checkbox"/> Family physician certificate ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਬੂਤ
--	--	--

<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook ਕੈਸਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ / ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ	<input type="checkbox"/> Attending physician certificate ਅਟੈਂਡ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
---	---

<input type="checkbox"/> Medical Documents (if any) ਮੈਡੀਕਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਵੇ)	<input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪੁਰਾਣੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ
--	---

Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper
ਪਤਾ ਲਗਾਈ ਗਈ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਯਾਨੀ ਕਿ ਸਾਰੇ ਟੈਸਟ/ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਇਨਡੋਰ ਕੇਸ ਪੇਪਰ

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.

ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਇਸ ਰਸੀਦ ਨੂੰ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ। ਕੰਪਨੀ ਕੋਲ ਕਲੇਮ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲੋੜ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਹੈ।

Documents to be submitted along with this form:

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

- Original policy document
ਅਸਲੀ ਪਾਲਸੀ ਦਸਤਾਵੇ
- Family physician certificate
ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਬੂਤ
- Attending physician certificate
ਅਟੈਂਡ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਪੂਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਜਾਂਚ / ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਇਨਡੋਰ ਕੇਸ ਪੇਪਰ
- All past medical records for any treatment taken
ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ ਪਿਛਲੇ ਸਾਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ
- Cancelled cheque
ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਚੈੱਕ
- Id & residence proof
ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਨਿਵਾਸ ਦਾ ਸਬੂਤ

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 at 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

ਪੰਜਾਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ

ਰਜਿਸਟਰਡ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117, CI ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883 ਸਾਨੂੰ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਟੋਲ-ਫਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ 1ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਾਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਓ (ਪੱਛਮੀ), ਮੁੰਬਈ - 400062 'ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203