

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 పూఫాంచిన టికె వారం యొక్క సమర్పణ, ములసీ కింద మా కంపెనీ అర్హతకు అనుమతిగా భావించకూడదు. ఎవరెన్నా ఏజెంట్ / మధసీవప్యా కి కంపెనీ తరదాన ఎటువంటి అర్హతలను అనుమతించటాఫీకి 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 టికెను వేగంగా మురాదోలు రయడాఫీకి మారు సహాయపడుతుంది. పివనబి మెట్ లిఫ్ట్ అసంపూఫ్యా టికె రం మఫామ్ / మెటి తప్పింపు పాపాలతో వరయంప పక్ష్యామె టికె మురాదోలుకహాఫా అలససీకానరు ధ్డసీత 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 వారర్య సవరణహా / మారులను రసిన చోట ద్రు ఏకరణ సంతకం రయండి.
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
గెజిటెడ్ ఆఫీసర్ / నోటరీ పబ్లిక్ / మేజిస్ట్రేట్ మెటి స్టాఫీక అధికాఫా యొక్క సాక్షి సంతకం తప్పింపు.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
పమరాహా మరియు అప్ప అవసరమెన్న పమరాహా పివనబి. మెట్ లిఫ్ట్ యొక్క సమీప కాఖా కారాసీలయంయ మెటి పిన్ల పేర్కొన్న చిరునామ్యాసమఫార్దిదాలి.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

విభాగం A: భీమా సభుయి యొక్క వివరాలు

Name: _____ Age: _____
పేరు: _____ వయసు: _____
Address (Current Residential Address): _____
చిరునామా (ప్రస్తుత నివాస చిరునామా): _____
City _____ Pin Code _____ State _____
సీటీ _____ పిన్ కోడ్ _____ రాష్ట్రం _____
Contact Number: Landline _____ / Mobile _____
సంప్రదింపు నెంబరు: ల్యాండ్ లైన్ _____ / మొబైల్ _____
E-mail Address: _____ PAN No./ Form 60: _____ *Aadhaar No:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

ఇ-మెయిల్ చిరునామా: _____ పాన్ నెంబరు./ఫారం 60: _____ *ఆధార్ నం: _____
*Only last 4 digits to be mentioned.
*కేవలం చివరి 4 అంకెలు మాత్రమే తెలపాలి.

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

విభాగం B: జీవిత భీమా చేసిన వైద్య చరిత్ర

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

Nature of Illness and Habits అనారోగ్యం మరియు అలవాట్ల స్వభావం	Date of diagnosis of Illness అనారోగ్యం నిర్ధారణ తేదీ
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> Malignancy రక్తపోటు మధుమేహం అస్తమ ఐ హా డీ మాల్నిగ్నాన్సీ Other..... ఇతర	
<input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tobacco <input type="checkbox"/> Drugs ధూమపానం ఆల్కహాల్ పొగాకు డ్రగ్స్ If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ అవును అయితే, వినియోగం యొక్క వ్యవధి _____ మరియు పరిమాణం వినియోగించబడుతుంది _____	

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 (క్రోనరీ ఆర్టరీ బైపాస్ సర్జరీ)
<input type="checkbox"/> Stroke గుండె పోటు	<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 నెఫ్రైటిస్ లో లీ ఈ
<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 మెడల్లరీ సిస్టిక్ వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Loss of Speech వాక్య కోల్పోవడం
<input type="checkbox"/> Kidney Failure కిడ్నీ వైఫల్యం	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease అల్జిమర్స్ 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: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

విభాగం D: పరకటన మరియు అధికారపత్రం

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.

పైన పేర్కొన్న అన్ని ప్రకటనలు కూడా సత్యమూ మరియు సంపూర్ణమూ అని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను మరియు నా వైపు నుంచి ఏదీ కూడా అణచివేయబడింది లేదా నిర్దానించబడింది. క్లెయిం ఫారంపై పోలీస్ పి ఎన్ బి మెట్ లైఫ్ బాధ్యత వహించడం లేదా పాలిసి కింద దాని యొక్క ఏదైనా చాక్యులను రద్దు చేయలేదని అర్థం చేసుకోండి. పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ద్వారా పాలిసి జారీ చేసిన తరువాత లేదా తరువాత అతడు/ఆమె కొనుగోలు చేసిన నా ఆరోగ్య స్థితికి సంబంధించిన రికార్డులను లేదా ఏదైనా అస్పత్రుల లేదా అస్పత్రులను కలిగి ఉన్న లేదా పరిశీలించిన 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 అనోసీయేట్ 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 ప్రాసెసింగ్ కొరకు మరియు/లేదా అందించడం కొరకు రీస్ట్రలర్లు, క్లెయిం పరిశోధనాత్మక ఏజెన్సీలు, వెండర్ లు మరియు ఇండస్ట్రీ అనోసీయేషన్/పెడరేషన్లు 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 కొరకు దీని ప్రాధాన్యత గురించి నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను

DATE తేదీ	PLACE స్థలం	Signature of the Declarant ప్రకటనదారుని సంతకం	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee దావాదారుడు/నామినీ యొక్క సంతకం/ఎడమ బొటనవేలి ముద్ర
--------------	----------------	--	---

Name of Witness: _____ Signature of Witness: _____

సాక్షి పేరు: _____ సాక్షి సంతకం: _____

Address of Witness: _____

సాక్షి చిరునామా: _____

Date: _____ Place: _____

తేదీ: _____ స్థలం: _____

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

క్లిష్టతర జబ్బుల గుర్తింపు చీటీ

Policy number(s) _____

పాలసీ నంబరు(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 ఫోటో గుర్తింపు మరియు నివాస ఋజువు కుటుంబ వైద్యుల ప్రమాణపత్రం

సమర్పించబడినవి: అసలైన పాలసీ పత్రము

Cancelled cheque / Copy of bank passbook Attending physician certificate

క్యాన్సెల్డ్ చెక్ / బ్యాంకు పాస్ బుక్ నకలు వైద్యుల సర్టిఫికేట్ కు హాజరవుతున్నాడు

Medical Documents (if any) All past medical records for any treatment

వైద్య పత్రాలు (ఏదైనా ఉంటే) తీసుకోవడానికి ఏదైనా అదనపు పత్రాలను, సమాచారాన్ని

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 బరీక్ష/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. ఒక దావా యొక్క ప్రక్రియపై నిర్ణయం తీసుకోవడానికి ఏదైనా అదనపు పత్రాలను, సమాచారాన్ని

మరియు ఆవశ్యకమైన ఏదైనా మరన్ని పత్రాలను కోరడానికి కంపెనీకి గల తన హక్కులన్నీ పరిరక్షించబడతాయి.

Documents to be submitted along with this form:

ఈ ఫారం తో పాటు సమర్పించవలసిన పత్రాలు:

- Original policy document
అసలు పాలసీ పత్రం
- Family physician certificate
క్లుటుంబ వైద్యుల ప్రమాణపత్రం
- Attending physician certificate
వైద్యుల సర్టిఫికేట్‌కు హాజరవుతున్నారు
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
అన్ని పరీక్ష / విచారణ నివేదికలు, తాత్కాలిక సారాంశం, ఇండోర్ కేసు పత్రాల నిర్ధారణ అనారోగ్యం యొక్క రోగ నిర్ధారణ మరియు చికిత్స కోసం పూర్తి రిడ్రస్ రికార్డులు
- All past medical records for any treatment taken
గతములో చేసిన అన్ని రిడ్రస్ చికిత్స నివేదనలు
- Cancelled cheque
రద్దువేయబడిన చెక్
- Id & residence proof
ఐతా మరియు నివాస రుజువు

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

పిఎన్బి మెట్‌లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

సమాధి కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు - 560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియ్యం మరియు అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్‌సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర పుత్యత్రాలు చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు, టెక్నిప్లెక్స్-1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగాన్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203