

## Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ - ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಮೇರಾ ಹಾರ್ಟ್ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕೇರ್

POLICY NUMBER / ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ

**Important instructions:**  
**ಪ್ರಮುಖ ಸೂಚನೆಗಳು:**

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.

ಅಗತ್ಯವಾದ ಕಡ್ಡಾಯವಾದ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ, ತುಂಬಿದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಸಲ್ಲಿಕೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗೆ ಪ್ರವೇಶವೆಂಬುದಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಬಾರದು. ಕಂಪನಿಯ ಪರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲು ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ / ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಇಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅಧಿಕೃತಗೊಳಿಸಿಲ್ಲ.

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.

ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಅವಶ್ಯಕ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಬೇಗನೇ ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೂರ್ಣ ಕ್ಲೈಮ್ ಸಮೂಹವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸದಿರುವಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಯಾವುದೇ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.

ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ದೊಡ್ಡ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಬೇಕು.

Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.

ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಏನಾದರೂ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳು / ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಕೌಂಟರ್-ಸೈನ್ ಮಾಡಿ.

Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.

ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿ ಗೆರಂಟೆಡ್ ಅಧಿಕಾರಿ / ನೋಟರಿ ಪಬ್ಲಿಕ್ / ಮ್ಯಾಜಿಸ್ಟ್ರೇಟ್ ಅಥವಾ ಸ್ಥಳೀಯ ಅಧಿಕೃತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ.

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.

ಫಾರ್ಮ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಅವಶ್ಯಕ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನ ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖಾ ಕಛೇರಿಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು ಅಥವಾ ಮೇಲಿನ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು.

**Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED**

**ವಿಭಾಗ ಎ: ವಿಮಾದಾರನ ವಿವರಗಳು**

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_ ವಯಸ್ಸು: \_\_\_\_\_  
Address (Current Residential Address): \_\_\_\_\_  
ವಿಳಾಸ (ಪ್ರಸ್ತುತ ವಾಸವಿರುವ ವಿಳಾಸ): \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ Pin Code \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
ನಗರ \_\_\_\_\_ ಪಿನ್ ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_ ರಾಜ್ಯ \_\_\_\_\_  
Contact Number: Landline \_\_\_\_\_ / Mobile \_\_\_\_\_  
ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್ \_\_\_\_\_ / ಮೊಬೈಲ್ \_\_\_\_\_  
E-mail Address: \_\_\_\_\_ PAN No. / Form 60: \_\_\_\_\_ \*Aadhaar No: 

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

  
ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: \_\_\_\_\_ ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60: \_\_\_\_\_ \*ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_  
\*Only last 4 digits to be mentioned.  
\*ಕೊನೆಯ 4 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನಮೂದಿಸಬೇಕು.

**Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED**

**ವಿಭಾಗ ಬಿ: ವಿಮಾದಾರನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ವಿವರಗಳು**

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: \_\_\_\_\_  
ಹೊಂದಿರುವ ಅನಾರೋಗ್ಯ / ರೋಗ / ಗಾಯದ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_  
Symptoms: \_\_\_\_\_  
ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು: \_\_\_\_\_  
Duration of symptoms: \_\_\_\_\_ Date of Diagnosis: \_\_\_\_\_  
ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಅವಧಿ: \_\_\_\_\_ ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_  
When were these symptoms first evident/occurred: \_\_\_\_\_  
ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಯಾವಾಗ ತಿಳಿದು ಬಂತು / ಸಂಭವಿಸಿತು: \_\_\_\_\_  
Date and Time of Admission \_\_\_\_\_ Date and Time of Discharge \_\_\_\_\_  
ದಾಖಲಾತಿಯ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ \_\_\_\_\_ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ \_\_\_\_\_  
Name of hospital: \_\_\_\_\_  
ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_  
Have you ever had the similar condition in past:  Yes  No (If "yes," provide details) \_\_\_\_\_  
ಈ ಹಿಂದೆ ಯಾವತ್ತಾದರೂ ಇದೇ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ:  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ ("ಹೌದು," ಎಂದಾದಲ್ಲಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ) \_\_\_\_\_

Nature of Illness and Habits ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳು		Date of diagnosis of Illness ಕಾಯಿಲೆಯ ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ದಿನಾಂಕ
<input type="checkbox"/> Hypertension ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ <input type="checkbox"/> Diabetes ಮಧುಮೇಹ <input type="checkbox"/> Asthma ಉಬ್ಬಸ <input type="checkbox"/> IHD ಐಪಿಡಿ <input type="checkbox"/> Malignancy ಮಾರಣಾಂತಿಕತೆ Other..... ಇತರೆ .....		
<input type="checkbox"/> Smoking ಧೂಮಪಾನ <input type="checkbox"/> Alcohol ಮದ್ಯಪಾನ <input type="checkbox"/> Tobacco ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆ <input type="checkbox"/> Drugs ಮಾದಕವಸ್ತುಗಳ ಅಭ್ಯಾಸ If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ಒಳಕೆಲಸ ಅವಧಿ _____ ಮತ್ತು ಸೇವಿಸಿದ ಪ್ರಮಾಣ _____		

**Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)**  
ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಗುರುತು ಮಾಡಿ)

List of Heart conditions covered under Heart Cover ಹಾರ್ಟ್ ಕವರ್‌ನ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಾರ್ಟ್ ಸ್ಥಿತಿಗಳ ಪಟ್ಟಿ	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕವರ್‌ನ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಥಿತಿಗಳ ಪಟ್ಟಿ
<b>Mild Stage</b> ಸೌಮ್ಯವಾದ ಹಂತ	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ (ಕೋರೋನರಿ ಅಪಧಮನಿಗಳಿಗೆ ಸ್ಟೆಂಟ್ ಅಳವಡಿಸುವಿಕೆ) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries ಕಾರೋಟಿಡ್ ಅಪಧಮನಿಗಳಿಗೆ ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ ಮತ್ತು ಸ್ಟೆಂಟ್ ಅಳವಡಿಸುವಿಕೆ <input type="checkbox"/> Endarterectomy ಎಂಡಾರ್ಟೆರೆಕ್ಟಮಿ <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty ರೀನಲ್ ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves ಹೃದಯ ಕವಾಟಗಳ ದುರಸ್ತಿ ಅಥವಾ ಬದಲಿಗಾಗಿ ಪೆರ್ಕ್ಯೂಟನಿಯಸ್ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು <input type="checkbox"/> Pericardectomy ಪೆರಿಕಾರ್ಡೆಕ್ಟಮಿ <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm ಮಹಾಪಧಮನಿಯ ಒಡತಕ್ಕೆ ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಒಳಪ್ರವೇಶಿಸಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis ಸೋಂಕಿನ ಎಂಡೋಕಾರ್ಡೈಟಿಸ್	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ-ಇನ್-ಸಿತು
<b>Moderate Stage</b> ಮಧ್ಯಮ ಹಂತ	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) ಹೃದಯದ ಪೇಸ್‌ಮೇಕರ್‌ನ ಆರಂಭಿಕ ಅಳವಡಿಕೆ ಅಥವಾ ಇಂಪ್ಲಾಂಟಬಲ್ ಕಾರ್ಡಿಯೋವೆರ್ಟರ್ ಡಿಫಿಬ್ರಿಲೇಟರ್ (ಐಸಿಡಿ) ನ ಒಳಸೇರಿಸುವಿಕೆ <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts ಕುಪ್ಪದ ಸಹಾಯ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಇರಿಸಲು ಅಥವಾ ಪೂರ್ಣ ಕೃತಕ ಹೃದಯಗಳನ್ನು ಇರಿಸಲು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: ಅರ್ಹತೆ ಇರುವ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ-ಇನ್-ಸಿತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಕ್ಲೈಮ್‌* ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುತ್ತವೆ: <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast ಸ್ತನದ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ-ಇನ್-ಸಿತು ಕಾರಣದಿಂದ ಸ್ತನಛೇದನ <input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the testis ವೃಷಣಗಳ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ-ಇನ್-ಸಿತು ಗಾಗಿ ಆರ್ಕಿಡೆಕ್ಟಮಿ <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer ಮೂತ್ರ ಕೋಶ / T1NoMo ಮೂತ್ರ ಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ-ಇನ್-ಸಿತು ಗಾಗಿ ಸಿಸ್ಟೆಕ್ಟಮಿ <input type="checkbox"/> Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo- Oophorectomy for Carcinoma-in-situ of the Cervix / Carcinoma-in-situ of the Uterus / Carcinoma-in-situ of the Ovary ಗರ್ಭಕಂಠ / ಗರ್ಭಕೋಶ / ಅಂಡಾಶಯದ ಕಾರ್ಸಿನೋಮಾ-ಇನ್-ಸಿತು ಗಾಗಿ ಉದರದ ಪೂರ್ಣ ಹಿಸ್ಟೆರೆಕ್ಟಮಿ ಮತ್ತು ಬೈಲಾಟೆರಲ್ ಸಲ್ಪಿಂಗೋ-ಊಫೋರೆಕ್ಟಮಿ *A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit *ಈ ಲಾಭವನ್ನು ಪಾವತಿಸಲು ಸಿಐಎಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ
<b>Severe Stage</b> ತೀವ್ರ ಹಂತ	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) ಮಯೋಕಾರ್ಡಿಯಲ್ ಇನ್ಫಾರ್ಕ್ಟ್ (ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ತೀವ್ರತೆಯ - ಮೊದಲ ಹೃದಯಾಘಾತ) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ಕಾರ್ಡಿಯೋಮಿಯೋಪತಿ <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta ಮಹಾಪಧಮನಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ <input type="checkbox"/> Open Chest CABG ತೆರೆದ ಹೃದಯದ CABG <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ತೆರೆದ ಹೃದಯ ಬದಲಿ ಅಥವಾ ಹೃದಯದ ಕವಾಟಗಳ ದುರಸ್ತಿ <input type="checkbox"/> Heart Transplant ಹೃದಯ ಕಸಿ	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis ಪ್ರಮುಖ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗನಿರ್ದಾಸ

Section C: PAYMENT – NEFT

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ಪಾವತಿ – NEFT

Bank Account no:
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ:
Name of bank:
ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಹೆಸರು:
IFSC code:
ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್:

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ವಿಭಾಗ ಡಿ: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವಿಕೆ

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. 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. 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 services.

ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಕಡೆಯಿಂದ ಏನನ್ನೂ ಮುಚ್ಚಿಡಲಾಗಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಹಿಡಿದಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಹೇಳುತ್ತೇನೆ. ಕ್ಲೈಮ್ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ನೀಡಿದ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಾದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ, ಪಾಲುದಾರರಾದ, ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ / ಫೆಡರೇಶನ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ / ಸಂಘಟನೆ / ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ, ಕೆವೈಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನೊಂದಿಗೆ (ಈ ಹೇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ಮೂಲದಿಂದ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುವಂತಹ) ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ಗೆ ನಾನು ಅನುಮತಿ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

Signature/Left Thumb impression \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_
ಸಹಿ/ಎಡ ಹೆಜ್ಜೆ ಗುರುತು \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_

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)

ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಘೋಷಣೆ. (ಒಂದು ವೇಳೆ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಅರ್ಜಿಯಿಂದ ಬೇರೆಯಾದ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ / ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ)

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.

ಕ್ಲೈಮ್‌ದಾರರಿಗೆ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಇದನ್ನು ಅವರು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಕ್ಲೈಮ್‌ದಾರರು ನೀಡಿದ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಅವರಿಗೆ ಓದಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಅವರು ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

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

ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಕಡತದ ವಿಷಯವನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಿತ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ

Table with 4 columns: Date, Place, Signature of Declarant, Signature / Left thumb Impression. Includes fields for Name of Witness, Address of Witness, Date, and Place.

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP
ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಚೀಟಿ

Policy number(s), Name of claimant, Branch name & code, Date, Employee name & Code, Documents Submitted, Canceled cheque / Copy of bank passbook, Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper.



The acknowledgement slip should not be construed as acceptance of claim. The company reserves the right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

ಈ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಕ್ಲೈಮ್ ಸ್ವೀಕೃತಿಯೆಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಾರದು. ಕ್ಲೈಮ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು, ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಕಾಯ್ದಿರಿಸುತ್ತದೆ.

**Documents to be submitted along with this form:**

ಈ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಗಳು:

- Original policy document  
ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್
- Doctor's Certificate - Critical Illness  
ವೈದ್ಯಕೀ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ - ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆ
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers  
ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಅಂದರೆ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷಾ / ತನಿಖಾ ವರದಿಗಳು, ದಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಸಾರಾಂಶ, ಒಳರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವರದಿಗಳು
- All past medical records for any treatment taken  
ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಓದಿನ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು
- Cancelled cheque  
ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್
- Id & residence proof  
ಐಡಿ ಮತ್ತು ನಿವಾಸದ ಪುರಾವೆ

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7<sup>th</sup> Floor, West Wing, Raheja Towers,26/27 MG Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India Registration number117.  
CI No. U66010KA2001PLC028883, call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ 701, 702 ಮತ್ತು 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ರಾಜೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ತ್ರಿವರ್ಣ ಐಆರ್ ಡಿಎ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117.

ಸಿಬಿ ನಂ. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮನ್ನು 1-800-425-6969, ಆಂಡ್ ಜಿಯೆ

ಸೈಟ್: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ಇಮೇಲ್: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) ನಲ್ಲಿ, ಶುಲ್ಕ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಕರೆ ಕೊಳ್ಳಿಸಿ ಅಥವಾ ನಮಗೆ ಕೆಟ್ಟುಹೋಗಿದ ಬರೆಯಿರಿ 1 ನೇ ಮಹಡಿ, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್,

ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಒಂದು: + 91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: + 91-22-41 790203