

Critical Illness Claim Form

ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಕೆ.ಎಂ.ಎ. ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

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 ಕೆ.ಎಂ.ಎ. ಫಾರ್ಮ್‌ನ ಸಲ್ಲಿಕೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗೆ ಪ್ರವೇಶವೆಂದು ದಾಖಲೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. 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 ಕೆ.ಎಂ.ಎ. ಅನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೂರ್ಣ ಕೆ.ಎಂ.ಎ. ನಮೂನೆಯ 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 ಗೆಜೆಟೆಡ್ 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 ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖಾ ಕಛೇರಿಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು ಅಥವಾ ಮೇಲಿನ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

ವಿಭಾಗ A: 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: _____											
ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: _____	ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60: _____											
*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table;"><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			
*ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____	*ಕೊನೆಯ 4 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನಮೂದಿಸಬೇಕು.											

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಚೀಟಿ

Policy number(s) _____

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ (ಗಳು)

Name of claimant _____

ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೆಸರು

Branch name & code _____

ಶಾಖೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕೋಡ್

Date: _____ Employee name & Code _____

ದಿನಾಂಕ:

ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕೋಡ್

Documents

Submitted:

ದಾಖಲೆಗಳು

ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆ:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Original Policy Document
ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಕಡತ | <input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof
ಹಕ್ಕುದಾರರ ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ | <input type="checkbox"/> Family physician certificate
ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ |
| <input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook
ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಪ್ರತಿ | <input type="checkbox"/> Attending physician certificate
ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ | |
| <input type="checkbox"/> PAN Card/ Form 60 of the nominee
ಪಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ / ನಾಮಿನಿಯ ನಮೂನೆ 60 | <input type="checkbox"/> Medical Documents (if any)
ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ) | <input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken
ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಿಂದಿನ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆ |
| <input type="checkbox"/> Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper
ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಅಂದರೆ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷಾ / ತನಿಖಾ ವರದಿಗಳು, ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಸಮೂಹಿ, ಇನ್‌ಡೋರ್ ಕೇಸ್ ಪೇಪರ್ | | |

Company Seal & Stamp with Date and time

ಕಂಪನಿ ಸೀಲ್ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯದೊಂದಿಗೆ ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್

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.

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

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

ವಿಭಾಗ B: 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 ಉಬ್ಬುಸ <input type="checkbox"/> Heart ಹೃದಯ <input type="checkbox"/> Cancer ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ <input type="checkbox"/> Tuberculosis ಕ್ಷಯ <input type="checkbox"/> 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, ಬಳಕೆಯ ಅವಧಿ _____ ಮತ್ತು ಸೇವಿಸಿದ ಪ್ರಮಾಣ _____	

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

ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಗುರುತು ಮಾಡಿ)

<input type="checkbox"/> Heart attack ಹೃದಯಾಘಾತ	<input type="checkbox"/> Cancer ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ಸಿವಿಬಿಜಿ (ಕೊರೋನರಿ ಆರ್ಟರಿ ಬೈಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ)
<input type="checkbox"/> Stroke ಸ್ಟ್ರೋಕ್	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ಅಪಾಲಿಕ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ಬೆನಿಗ್ನ್ ಬ್ರೈನ್ ಟ್ಯೂಮರ್
<input type="checkbox"/> Blindness ಕುರುಡುತನ	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ಮಿದುಳಿನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> Coma ಕೋಮಾ
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ಕೊನೆಯ ಹಂತದ ಲಿವರ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ಹೃದಯ ಕವಾಟಗಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ತಲೆಗೆ ಗಂಭೀರ ಹಾನಿ
<input type="checkbox"/> Angioplasty ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ಮೇಜರ್ ಅಂಗಾಂಗ ಕಸಿ	<input type="checkbox"/> Paralysis ಪಾರಲ್ಯಿಸಿಸ್
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia ಆಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಅನೀಮಿಯ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ಕಾರ್ಡಿಯೋಮಿಯೋಪತಿ	<input type="checkbox"/> Deafness ಕಿವುಡುತನ
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ಪಾರ್ಕಿನ್ಸನ್ ರೋಗ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ಪೋಲಿಯೊಮೈಲೈಟಿಸ್	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ಲುಪಸ್ ನೆಫ್ರೈಟಿಸ್ ಟಿಪ್ಪೆಸೊಂಡಿಂಗ್ ಎಸ್‌ಎಲ್‌ಇ
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ಮಸ್ಕಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೊಫಿ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ಬಹು ಅಂಗಾಂಶ ಗಟ್ಟಿಯಾಗುವ ರೋಗ
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ಮೋಟಾರ್ ನರಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ಮೆಡ್ಯುಲ್ಲರಿ ಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಡಿಸೀಸ್	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ಮಾತು ನಿಲ್ಲುವುದು
<input type="checkbox"/> Kidney Failure ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ವೈಫಲ್ಯ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ಆಲ್‌ಜೈಮರ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ಮಹಾಪಧಮನಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ
<input type="checkbox"/> Major Burns ಪ್ರಮುಖ ಸುಟ್ಟು ಗಾಯಗಳು	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ಟರ್ಮಿನಲ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ಅಂಗಾಂಗಗಳ ನಷ್ಟ
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ಸ್ವತಂತ್ರ ಅಸ್ತಿತ್ವದ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರೋಗ	

Section C: PAYMENT – NEFT

ವಿಭಾಗ C: ಪಾವತಿ – NEFT

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

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ನಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಾಹೇಜ್ ಟೌರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117.
CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ,
ಕಿಶಿ ಕಸ್ -1, ಕಿಶಿ ಫ್ಲೈಓವರ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರಗಾಂವ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ವಿಭಾಗ D: 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. 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/she may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಕಡೆಯಿಂದ ಏನನ್ನೂ ಮುಚ್ಚಿಡಲಾಗಿಲ್ಲ. ಅಥವಾ ಹಿಡಿದಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿಲ್ಲ, ಎಂದು ನಾನು ಹೇಳುತ್ತೇನೆ. ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಡಿಯಲಿ, ಅದರ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ನೀಡಿದ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಾದ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕುರಿತಾದ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

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.

ಈ ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ, ಪಾಲುದಾರಿಕೆದಾರರು, ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ / ಫೆಡರೇಶನ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ / ಸಂಘಟನೆ / ಆಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ, ಕೆವೈಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನೊಂದಿಗೆ (ಈ ಹೇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ಮೂಲದಿಂದ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುವಂತಹ) ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ಗೆ ನಾನು ಅನುಮತಿ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
ಸಹಿ/ಎಡ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ 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 ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಘೋಷಣೆ. (ಒಂದು ವೇಳೆ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. 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.

ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ಫಾರ್ಮ್‌ನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಇದನ್ನು ಅವರು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ಮೂಲದಿಂದ 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 ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್.ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ

Date ದಿನಾಂಕ	Place ಸ್ಥಳ	Signature of Declarant/ Witness ಘೋಷಣೆದಾರರು/ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ಸಹಿ / ಎಡ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು ಹಕ್ಕುದಾರರು / ನಾಮಿನಿ
Name of Declarant/ Witness: _____ ಘೋಷಣೆದಾರರು/ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು: _____	Address of Declarant/ Witness: _____ ಘೋಷಣೆದಾರರು/ ಸಾಕ್ಷಿಯ ವಿಳಾಸ: _____	Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ. ಘೋಷಣೆದಾರರು/ ಸಾಕ್ಷಿ: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ ಘೋಷಣೆದಾರರು/ ಸಾಕ್ಷಿಯೊಂದಿಗೆ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಂಬಂಧ: _____
Date: _____ ದಿನಾಂಕ: _____	Place: _____ ಸ್ಥಳ: _____		

Mandatory Documents to be submitted along with this form:
ಈ ನಮೂನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳು:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
ಸಾಧ್ಯವಾದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ (ಕುಟುಂಬದ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರಿಂದ)
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
ಒಳಗಾಗಿರುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸುವ ಬಿಡುಗಡೆಯ ಸಾರಾಂಶ
- All past medical records for any treatment taken
ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಿಂದಿನ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಪ್ರತಿ
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ / ಜೀವವಿಮೆಯ ನಮೂನೆ 60
- Current address proof
ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ
- Photo identity proof
ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ನಗದು ಪುಯೋಜನೆ ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವೈದ್ಯರು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
ತಾಬೆ/ಜಿಪಿಎಚ್ ನಲ್ಲಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಕ್ಲೇಮ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ಕೆ.ಎಂ.ಆರ್.ಐ.ಎಸ್. ಪಡೆಯುವಿಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುದಾರರಿಂದ ಅಧಿಕೃತ ಪತ್ರ

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request
ಸೂಚನೆ: ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಕೆವೈಸಿ ಪುರಾವೆಯಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಮನವಿಯ ಜೊತೆ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೊದಲ 8 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮರೆಮಾಚಿ