

Disability Claim Form

ಡಿಸಾಬಿಲಿಟಿ (ಅಂಗವಿಕಲತೆ) ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರಮ್

POLICY NUMBER / ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ

Important Instructions:

ಮುಖ್ಯ ಸೂಚನೆಗಳು:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

ಇದನ್ನು ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ದೊಡ್ಡ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು.

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank.

ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೂ ಉತ್ತರಿಸಿ, ಖಾಲಿ ಬಿಡುವ ಬದಲು 'ಅನ್ವಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ' (N/A) ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿ.

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

ಫಾರಮ್‌ನಲ್ಲಿ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳು/ತಪ್ಪುಗಳು ಮಾಡಿದ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಿಮಾಡಿ

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

ಸಾಕ್ಷಿ ಸಹಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. ಸಾಕ್ಷಿಯು ಒಬ್ಬ ಗೆಜೆಟೆಡ್ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೋಟರಿ ಪಬ್ಲಿಕ್/ಮ್ಯಾಜಿಸ್ಟ್ರೇಟ್ ಅಥವಾ ಒಬ್ಬ ಗೌರವಾನ್ವಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರಬೇಕು.

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಎಲ್ಲ ಪುಟಗಳಲ್ಲೂ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು.

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.

ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವುದನ್ನು ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗಳ ಪ್ರವೇಶ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ ಕಂಪನಿಯ ಪರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಅಥವಾ ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿಲ್ಲ.

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

ದಯವಿಟ್ಟು ಫಾರಮ್ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖೆ ಕಛೇರಿ ಅಥವಾ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿರುವ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಿ.

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

ಶೀಘ್ರ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಕಂಪನಿಯು ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಪ್ರೋಸೆಸ್ ಮಾಡಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

CLAIMANT DETAILS:

ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್/ದೋಷಿಯ ವಿವರಗಳು:

Name of the Insured: _____
 ವಿಮಾದಾರನ ಹೆಸರು: _____
 Address: _____
 ವಿಳಾಸ: _____
 Contact No.: _____ E-mail address: _____
 ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: _____
 Bank Account Number of the Claimant*: _____
 (favoring which the claim cheque is to be issued)
 ಮಂಚ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ*: _____
 (ಕ್ಲೈಮ್ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ಯಾವ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಬೇಕು)
 Name & Address of the Bank*: _____
 ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ*: _____

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

ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಾಗಿ ವಿಮಾದಾರನಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರ/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿವರಗಳು:

Name of the Doctor: _____
 ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು: _____
 Name of the Hospital: _____
 ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆಸರು: _____
 Address: _____
 ವಿಳಾಸ: _____
 Contact No.: _____ E-mail address: _____
 ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: _____

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

ಯಾವ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿ: (ಪಾಲಿಸಿ ನಿರೂಪಣೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಪಟ್ಟಿಮಾಡಿ):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one eye ಒಂದು ಕಣ್ಣಿನ ದೃಷ್ಟಿ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ಒಂದು ಅಂಗವನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes ಒಂದು ಅಂಗವನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ನಷ್ಟ
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing ಶ್ರವಣ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs ಎರಡು ಅಂಗಗಳ ಬಳಕೆಯ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ಒಂದು ಅಂಗದ ನಷ್ಟ ಮತ್ತು ಒಂದು ಕಣ್ಣಿನ ದೃಷ್ಟಿ ನಷ್ಟ
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing ಮಾತು ಮತ್ತು ಶ್ರವಣ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ಮಾತಿನ ನಷ್ಟ	

DETAILS OF ACCIDENT:

ಘಾತ ವಿವರಗಳು:

Cause of Accident: _____
 ಅಪಘಾತದ ಕಾರಣ: _____
 Date of Accident: _____
 ಅಪಘಾತ ನಡೆದ ದಿನಾಂಕ: _____
 Is FIR lodged: Yes No
 FIR ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 If "yes" please attach the copy of Accident: _____
 ಹೌದಾದರೆ ಅಪಘಾತದ ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ: _____

HISTORY**ಚಿತ್ರ**

Date of appearance of first symptoms: _____
 ಮೊದಲವಾರಿ ಲಕ್ಷಣ ಕಂಡುಬಂದ ದಿನಾಂಕ: _____
 Have you ever had the similar condition in past: Yes No
 ಈ ಹಿಂದೆ ಇದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಯನ್ನು ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದಾರಾ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 (If "yes," state when and provide details): _____

 ('ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ): _____

PRESENT CONDITION:

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ:
 Present symptoms: _____
 ಪ್ರಸ್ತುತ ಲಕ್ಷಣಗಳು: _____
 Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

 ಫಲಿತಾಂಶಗಳು (ಇದರಲ್ಲಿ, ಎಕ್ಸ್-ರೇಗಳು, ECG ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಶೇಷ ಟೆಸ್ಟ್‌ಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಬಹುದು): _____

TREATMENT:

ಚಿಕಿತ್ಸೆ:
 Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
 ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ವೈದ್ಯರನ್ನು ಮೊದಲ ಭೇಟಿಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ: _____
 OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
 OP ಸಂಖ್ಯೆ/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂಬಂಧ/ಒಳರೋಗಿ ಸಂಖ್ಯೆ: _____
 (Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 (ಇತ್ತೀಚಿನ ಭೇಟಿ ದಿನಾಂಕ: _____ ಭೇಟಿಗಳ ಆವರ್ತನ (ಸಾಪ್ತಾಹಿಕ/ಮಾಸಿಕ/ಇತರ): _____
 Date of Last examination: _____
 ಇತ್ತೀಚಿನ ಏಕ್ಸಾಮಿನೇಶನ್ ದಿನಾಂಕ: _____

PROGRESS:

ಪಗತಿ:
 Recovered Improved Unimproved Retrogressed
 ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡ ಸುಧಾರಿಸಿದ ಸುಧಾರಿಸಿಲ್ಲ ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಿದೆ

DECLARATION:

ಘೋಷಣೆ:
 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.

ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಕ್ಲೇಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಹೋಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಮನ್ನಾ ಮಾಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ಅವರು/ಅವರು ಪಡೆದಿರುವುದಾದ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಜ್ಞಾನ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ನಾನು ಯಾವುದೇ ಕಾರ್ಯ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಜೀವನ ಭೇಟಿ.

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.

ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕಾರ, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನಿಂದ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ನನ್ನ ಕೆವೈಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಲ್ಲದ ನನ್ನ /ನಮ್ಮ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ಪಿಎನ್ ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನೊಂದಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್, ಮರುವಿಮಾದಾರರು, ಕ್ಲೇಮ್ ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಸಂಘಗಳು / ಒಕ್ಕೂಟಗಳು, ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು.

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____
 ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿ/ಎಡಗೈ ಹೆಚ್ಚಿಟ್ಟಿನ ಗುರುತು: _____ ದಿನಾಂಕ: _____
 Name & Signature of Witness: _____ Date: _____
 ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ: _____ ದಿನಾಂಕ: _____

Address of Witness: _____
 ಸಾಕ್ಷಿಯ ವಿಳಾಸ: _____

Official Seal of the Witness: _____
 ಸಾಕ್ಷಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಮೊಹರು: _____

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.
ಸೂಚನೆ: ಭಾರತದ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಸಹಿಯ ಕೆಳಗೆ ಅವುಗಳ ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಭಾಷಾಂತರವನ್ನು ಕೊಡತಕ್ಕದ್ದು. ಹಾಗೆಯೇ ಭಾರತದ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ರುವ ವಿಷಯವನ್ನು ತನಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಗೊತ್ತಿರುವುದು ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾನೆ ನೆ ಹಾಗೂ ಅವನು ಮೇಲ್ಕಂಡ ಫಾರ್ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾನೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ತನ್ನ ಸಹಿಯನ್ನೂ ಮಾಡಿದಾನೆ ಎಂಬ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಕೊಡತಕ್ಕದ್ದು.