

പി എൻ ബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്ട്രേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാംനില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, റഹേജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ - 560001. കർണാടക. ഐ ആർ ഡി എ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. സി ഐ നമ്പർ: U66010KA2001PLC028883, ടോൾ ഫ്രീയായി ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക: 1-800-425-6969, വെബ് സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com ഇ-മെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അതുമല്ലെങ്കിൽ ഈ മേൽവിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാംനില, ടെക്നപ്ലക്സ് - 1, ടെക്നപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സവാർകർ ഫ്ലൈവേ ഓവറിന് അപ്പുറം, ഗോരഗോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400 062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

ആശുപത്രിയിൽ പണാനുകൂല്യം അവകാശപ്പെടാനുള്ള ഫോറം

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)

പ്രിൻസിപ്പൽ ഇൻഷുറൻസ് (സ്വയം, മൈനർ ലൈഫ്) & സെക്കൻഡറി ഇൻഷുറർ (സ്വയം) എന്നിവ പൂർത്തിയാക്കാൻ

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ശ്രദ്ധിക്കുക: എല്ലാ പേജുകളുടെയും അടിയിൽ ഒപ്പിടുക

General instructions:

പൊതു നിർദ്ദേശങ്ങൾ:

- While answering questions in the claim form and providing any other information in respect of the claim, the Claimant must make a full and frank disclosure of all material facts. ക്ലെയിം ഫോറത്തിലുള്ള ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുമ്പോഴും, ക്ലെയിമുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ നൽകുമ്പോഴും വസ്തുതാപരമായ യാഥാർത്ഥ്യങ്ങളെല്ലാം ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തി തുറന്ന് വെളിപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം
Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy. പോളിസിയിലെ കീഴിലുള്ള നേട്ടങ്ങൾ ലഭിക്കാനായി ഭയമായി പോളിസി രേഖ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.
All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full. ക്ലെയിം ഫോറത്തിൽ വരുത്തിയ എല്ലാ തിരുത്തലുകൾക്കും മേലെയും വേണ്ടവിധം പൂർണ്ണമായ മേലൊപ്പ് ഇട്ടിരിക്കണം
If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form. നൽകിയ സ്ഥലം അപര്യാപ്തമാണെങ്കിൽ, ഭയമായി അനുബന്ധമായ വേണ്ടത് ഈ ഫോറത്തിനൊപ്പം ചേർക്കുക
Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing. വേഗത്തിലുള്ള പരിഗണന സാദ്ധ്യമാക്കുന്നതിനായി ഭയമായി ആവശ്യമായ രേഖകളെല്ലാം ക്ലെയിമിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക
The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim. ക്ലെയിം പരിഗണിക്കപ്പെടാനായി ആവശ്യമായ തെളിവുകൾക്കായി തുടർന്ന് അന്വേഷിക്കാനുള്ള അവകാശം കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്
Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim. സമർപ്പിച്ച ഫോറം ലഭിച്ചുവെന്ന് സമ്മതിക്കുന്നതിന് ക്ലെയിം പാസ്റ്റാക്കി എന്ന് അർത്ഥമില്ല
(*) Mandatory fields
(*) നിർബന്ധമായും പൂരിപ്പിക്കേണ്ട കളങ്ങൾ

1. Particulars of Life Assured:

ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിയുടെ വിവരങ്ങൾ:

Policy Number*:
പോളിസി നമ്പർ*:
Name of the Life Assured*:
ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിയുടെ പേര്*:
Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life):
ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട പ്രഥമ വ്യക്തിയുടെ പേര് (ജീവൻരക്ഷ നൽകപ്പെട്ടത് മൈനർ ലൈഫ് അല്ലെങ്കിൽ സെക്കൻഡറി ലൈഫ് ആയ സാഹചര്യത്തിൽ):
Date of Birth: Sex: Male Female
ജനനത്തീയതി: ലിംഗം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ
Address:
വിലാസം:
Tel/Mobile number: Email:
മൊബൈൽ നമ്പർ: ഇ-മെയിൽ:
Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured? Yes No
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട പ്രഥമ വ്യക്തിയുടെ പേരിൽ തുക നൽകാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവോ? ഉണ്ട് ഇല്ല
(ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ദ്വിതീയ വ്യക്തിയുണ്ടെങ്കിൽ ഇത് ബാധകമാണ്)
Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no. *:
ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന / ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട (ബാധകമായ വിധം) പ്രഥമ വ്യക്തിയുടെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ*:
Name of the Bank, Address *:
ബാങ്കിന്റെ പേരും വിലാസവും*:

2. Particulars of Complaints and Symptom

പരാതികളുടെയും രോഗലക്ഷണങ്ങളുടെയും വിവരങ്ങൾ

I. Name, address & contact details of Hospital admitted:
പ്രവേശിപ്പിച്ച ആശുപത്രിയുടെ പേര്, വിലാസം, സമ്പർക്ക വിശദാംശങ്ങൾ എന്നിവ:
II. Reason for Hospitalization:
ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കാനുള്ള കാരണം:
III. Date of disease (first diagnosis/surgery): (DD/MM/YYYY)
രോഗത്തിന്റെ തീയതി (ആദ്യ രോഗനിർണയം / ശസ്ത്രക്രിയ): (ദിവസം/മാസം/വർഷം)
IV. Date and time of admission: (DD/MM/YYYY) (in 24 Hrs format)
പ്രവേശിപ്പിച്ച തീയതിയും സമയവും: (ദിവസം/മാസം/വർഷം) (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)
V. Exact diagnosis /condition(s):
കൃത്യമായ രോഗനിർണയം / അവസ്ഥ (കൾ):

VI. Investigations undergone: _____
 വിശദമായ വൈദ്യപരിശോധനകൾ: _____

VII. Date and time of discharge: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതിയും സമയവും: ___/___/____ (ദിവസം/മാസം/വർഷം) ___:___ (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s): _____

 തൊഴിൽദാതാവിന്റെ (കുടുംബം) തൊഴിൽ, വിലാസം, ഫോൺ നമ്പർ: _____

IX. ICU Benefit Availed: Yes No Recuperation Benefit availed: Yes No
 ഐ സി യു ആനുകൂല്യം സ്വീകരിച്ചുവോ ഉവ്വ് ഇല്ല പുർവാവസ്ഥയിൽ തിരികെയെത്തുവാൻ ആനുകൂല്യം സ്വീകരിച്ചുവോ ഉവ്വ് ഇല്ല

X. Date and time of Admission into ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ഐ സി യുവിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച തീയതിയും സമയവും: ___/___/____ (ദിവസം/മാസം/വർഷം) ___:___ (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)

XI. Date & time of Discharge from ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ഐ സി യുവിൽനിന്ന് ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതിയും സമയവും: ___/___/____ (ദിവസം/മാസം/വർഷം) ___:___ (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)

3. Following reports and documents taken before and during treatment or operation are enclosed:
 ചികിത്സയ്ക്കു മുമ്പോ ശേഷമോ അല്ലെങ്കിൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു മുമ്പ് എടുത്ത താഴെ പറയുന്ന റിപ്പോർട്ടുകളും രേഖകളും ഇതോടനുബന്ധിച്ച് വയ്ക്കുന്നു

- a) Copy of Admission Notes
 പ്രവേശന രേഖകളുടെ പകർപ്പ്
- b) Copy of Discharge Summary
 ഡിസ്ചാർജ്ജ് രേഖകളുടെ പകർപ്പ്
- c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill
 അന്തിമമായി പണമടച്ച ആശുപത്രിയിലെ പകർപ്പ്
- d) Any others. Please mention: _____
 മറ്റെന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ ഡയറായി പരാമർശിക്കുക _____

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)
 (മേല്പറഞ്ഞ എല്ലാ രേഖകളും ആശുപത്രിയിലേക്ക് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട് അല്ലെങ്കിൽ ഇവയുടെ അസ്സൽ ബി എസ് എമ്മിന് പരിശോധിച്ചുകൊടുക്കാനായി ബാങ്കിൽ ഹാജരാക്കേണ്ടതുണ്ട്)

4. Particulars of doctors consulted and hospital / medical centre wherein the Life Assured was admitted currently or for any other previous illness:
 ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിയെ പരിശോധിച്ച ഡോക്ടർമാരുടെ വിവരങ്ങളും, നിലവിൽ അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പു വന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾക്കായി പ്രവേശിപ്പിച്ച ചികിത്സാകേന്ദ്രത്തിന്റെ വിവരങ്ങളും

Sr. No ക്രമ നമ്പർ	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ഡോക്ടർമാരുടെ / ആശുപത്രികളുടെ / ചികിത്സാകേന്ദ്രങ്ങളുടെ പേര്	Date of first consultation ആദ്യം പരിശോധിച്ച തീയതി	Address വിലാസം	Registration no. of Doctors/ Hospitals ഡോക്ടർമാരുടെ / ആശുപത്രികളുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ	Date of Admission & operation പ്രവേശിപ്പിച്ചതിന്റെയും ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും തീയതി	Date of Discharge ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതി

5. DECLARATION AND AUTHORIZATION:
 പ്രസ്താവനയും അധികാരപ്പെടുത്തലും:

I _____ do solemnly declare and confirm that the foregoing answers and statements are true and complete in all respects.
 _____ എന്ന ഞാൻ മുൻപറഞ്ഞ ഉത്തരങ്ങളും പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ വശങ്ങളും നോക്കുമ്പോൾ സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഉറപ്പുനൽകുന്നു.

I hereby authorize any medical practitioner or hospital or nursing home or medical clinic who or which has attended upon or examined or treated me/Life Assured for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding my/Life Assured's state of health which he/she/they may have acquired before or after the issuance of the policy, to PNB MetLife India Life Insurance Co Ltd, any of its offices or a Court of law, or any grievance redressal forum. I hereby confirm that this authorization is notwithstanding any law, custom or usage for the time being in force prohibiting any physician or hospital from divulging any knowledge or information, acquired by him/ her/them in attending upon or examining a person on the ground of secrecy.

പി എൻ ബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡോ അഥവാ ഏതെങ്കിലും ഓഫീസുകളോ നിയമം നടപ്പാക്കുന്ന കോടതിയോ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും അന്യായ പരിഹാര ഫോറങ്ങളോ, എനിക്ക് / ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിക്ക് പോലീസിന് നൽകപ്പെടുന്നതിനു മുമ്പോ അതിനു ശേഷമോ അറിഞ്ഞിരിക്കാനിടയുള്ള എന്റെ / ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിയുടെ അവസ്ഥ സംബന്ധിച്ച ഏതെങ്കിലും കാര്യങ്ങളോ വിവരങ്ങളോ വെളിപ്പെടുത്താൻ ഏതെങ്കിലും അനുബന്ധിച്ച് അല്ലെങ്കിൽ രോഗത്തിന് എന്നെ / ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിയെ പരിശോധിച്ച അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സിച്ച ഏത് വൈദ്യചികിത്സ കമ്പനിയും അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രിയെയും ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. എന്നാൽത്തന്നെയും ഈ സമയത്ത് പ്രാബല്യത്തിലുള്ള ഏതെങ്കിലും നിയമം, ആചാരം അല്ലെങ്കിൽ ഉപയോഗം ഏതെങ്കിലും ചികിത്സകനും / ആശുപത്രിയെ സ്വകാര്യതയുടെ പേരിൽ ഒരു വ്യക്തിയെ പരിശോധിച്ചതിന്റെ പേരിൽ അദ്ദേഹത്തിന് / അവർക്ക് / അവയ്ക്ക് നേടാനായ ഏതെങ്കിലും അറിവ് അല്ലെങ്കിൽ വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിൽ നിന്ന് തടയുന്നില്ലെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

Further, I hereby authorize any insurance company, government organization, employer, other organization, institution or person to release to PNB MetLife India Insurance Company Ltd or its duly authorized representatives any record or knowledge about my/Life Assured. I hereby confirm that such information shall without limitation include information about my/Life Assured's health (including any information relating to the use of drugs or Alcohol, AIDS, or mental and physical history, condition, advice or treatment), earnings or other insurance benefits.

കൂടാതെ എന്നെ / ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിയെ കുറിച്ചുള്ള ഏതെങ്കിലും രേഖകൾ പി എൻ ബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന് അല്ലെങ്കിൽ വേണ്ടുവണ്ണം അധികാരപ്പെടുത്തപ്പെട്ട പ്രതിനിധിക്ക് വിട്ടുകൊടുക്കുന്നതിന് ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെ, സർക്കാർ സ്ഥാപനത്തെ, ജോലിദാതാവിനെ, അല്ലെങ്കിൽ സംഘടനയെ, സ്ഥാപനത്തെ അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തിയെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. അത്തരം വിവരങ്ങൾ എന്റെ / ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തിയുടെ ആരോഗ്യത്തെയും (മരുന്നുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം ഉപയോഗിക്കൽ, എയ്ഡ്സ് അല്ലെങ്കിൽ മാനസിക-ശാരീരിക രോഗ ചരിത്രം, അവസ്ഥ, ഉപദേശം അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ), സമ്പാദ്യത്തെയും അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് ആനുകൂല്യങ്ങളെയും കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളടക്കമുള്ള പരിമിതികളേതുമില്ലാതെ ഉൾപ്പെടുമെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

I hereby declare that I am entitled to make the above authorizations. I also agree to render help to P N B MetLife India Life Insurance Co Ltd or its duly authorized representatives to gather the said information or any information that may help the company to process this claim and to use the information in whatever manner as may be deemed to be fit in furtherance of the claim.

മേൽപറഞ്ഞ അധികാരപ്പെടുത്തലുകൾ നടത്താൻ എനിക്ക് അർഹതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. പി എൻ ബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന് അല്ലെങ്കിൽ വേണ്ടുവണ്ണം അധികാരപ്പെടുത്തപ്പെട്ട അതിന്റെ പ്രതിനിധിക്ക് മേൽപറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ഈ ക്ലെയിം പരിഗണിക്കാൻ കമ്പനിയെ സഹായിച്ചുകൊടുക്കുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കാൻ വേണ്ട സഹായം, അതായത് ക്ലെയിമിന് സഹായക നൽകുന്നതിൽ ഉചിതമെന്ന് നിരൂപിക്കപ്പെടുന്ന വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാൻ പറ്റുന്ന ഏതുവിധ സഹായവും ചെയ്യാമെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

എന്റേ/ഞങ്ങളുടെ/ഞങ്ങളുടെ ശേഖരിച്ചതോ PNB MetLife-ൽ ലഭ്യമായതോ ആയ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിപരവും തന്ത്രപ്രധാനവുമായ വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും സംഭരിക്കാനും പങ്കിടാനും കൈമാറ്റം ചെയ്യാനും വെളിപ്പെടുത്താനും PNB MetLife-ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുകയും യഥാവിധി അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു (ഈ ഡോക്യുമെന്റിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതോ മറ്റേതെങ്കിലും ലഭിച്ചതോ) ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനായി റിഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ/ ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുടെ PNB MetLife-മായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തതോ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതോ ആയ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / സ്ഥാപനങ്ങൾക്കുള്ള എന്റേ KYC ഡോക്യുമെന്റുകൾ ഉൾപ്പെടാതെ എന്നാൽ അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുത്തരുത് അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിന്

Signature / Thumb impression of the Claimant: _____
 ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ് / തള്ളവിരലടയാളം: _____

Place: _____ Date: _____
 സ്ഥലം: _____ തീയതി: _____

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____
 സാക്ഷിയുടെ / പ്രസ്താവന നൽകിയ വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്: _____ സാക്ഷിയുടെ / പ്രസ്താവന നൽകിയ വ്യക്തിയുടെ പേര്: _____

Place: _____ Date: _____
 സ്ഥലം: _____ തീയതി: _____

6. **VERNACULAR DECLARATION:** (To be given if claim form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.)

പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള പ്രസ്താവന: (ക്ലെയിം ഫോറത്തിൽ ഒപ്പിട്ടത് പ്രാദേശിക ഭാഷയിലാണെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തി ഒപ്പിനു പകരം തള്ളവിരലടയാളം പതിക്കുകയാണ് ചെയ്തതെങ്കിൽ കൊടുക്കാനുള്ളത്)

I have explained the contents of this claim form to the Claimant in _____ (language) and ensured that the contents have been fully understood by him/her. I have accurately recorded the Claimant's responses to the information sought in the claim form. I have read out the responses to the Claimant and he/she has confirmed that they are correct and affixed his/her thumb impression after fully understanding the same.

ഈ ക്ലെയിം ഫോറത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക് _____ (ഭാഷ) ഞാൻ പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചുകൊടുക്കുകയും, അയാൾക്ക് / അവർക്ക് ഇതിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കുന്നത് ഉറപ്പുവരുത്തുകയും ചെയ്തു. ക്ലെയിം ഫോറത്തിൽ തേടിയ വിവരങ്ങൾക്ക് ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രതികരണങ്ങൾ ഞാൻ കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തി. ഈ പ്രതികരണങ്ങൾ ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക് ഞാൻ വായിച്ചുകൊടുക്കുകയും, അവ ശരിയാണെന്ന് അയാൾ / അവർ സ്ഥിരീകരിക്കുകയും, ഇതേപ്പറ്റി പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കിയ ശേഷം അയാൾ/അവർ തള്ളവിരലടയാളം പതിക്കുകയും ചെയ്തു.

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____

സാക്ഷിയുടെ / പ്രസ്താവന നൽകിയ വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്: _____ സാക്ഷിയുടെ / പ്രസ്താവന നൽകിയ വ്യക്തിയുടെ പേര്: _____

Address: _____

വിലാസം: _____

Place: _____ Date: _____

സ്ഥലം: _____ തീയതി: _____