

PNB மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவுசெய்யப்பட்ட அலுவலகம்: அலகு எண். 701, 702 & 703, 7வது தளம், மேற்குப் பிரிவு, ராஜேஜா டவர்ஸ், 26/27 MG சாலை, பெங்களூரு -560001, கர்நாடகா. இந்தியா பதிவு எண் 117. இன் ஐஆர்டிஏ 1-800-425-6969 மணிக்கு கால் எங்களுக்கு டோல்-இலவச சிஐ எண் U66010KA2001PLC028883, வலைத்தளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in

1st தரை பின்புறம் முகவரிக்கு அல்லது எழுத, டெக்னிப்ளெக்ஸ் -1, டெக்னிப்ளெக்ஸ் வளாகம், ஆஃப் வீர் சாவர்க்கர் ஃப்ளைஓவர், கோரேகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062.

தொலைபேசி: +91-22-41790000, தொலைநகல்: +91-22-41790203

Disability Claim Form

ஊனத்திற்கான உரிமை கோரல் படிவம்

POLICY NUMBER /

பாலிஸி எண்

Important Instructions:

முக்கியமான அறிவுறுத்தல்கள்

To be completed by the claimant in BLOCK letters

உரிமை கோருபவரால் பெரிய எழுத்துக்களில் நிரப்பப்பட வேண்டும்

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.

தயவு செய்து அனைத்து வினாக்களுக்கும் விடையளிக்கவும் பொருத்தமான இடங்களில் வெற்றிடமாக விடுவதற்குப் பதிலாக "பொருத்தவில்லை" என்று குறிப்பிடவும். இந்த படிவத்தில் திருத்தங்கள் செய்யப்பட்டுள்ள இடங்களில் மேலொப்பம் இடவும்

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing. CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

சாட்சியின் கையொப்பம் கட்டாயமானது. சாட்சி ஒரு அரசிதழ் பதிவு பெற்ற அதிகாரி/மாஸிஸ்திரேட் அல்லது ஒரு அரசியல் பிரமுகராக இருத்தல் வேண்டும். உரிமை கோருபவர் அனைத்து பக்கங்களிலும் கீழே கையொப்பமிட வேண்டும்

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.

சாட்சியின் கையொப்பம் கட்டாயமானது. சாட்சி ஒரு அரசிதழ் பதிவு பெற்ற அதிகாரி/மாஸிஸ்திரேட் அல்லது ஒரு அரசியல் பிரமுகராக இருத்தல் வேண்டும். உரிமை கோருபவர் அனைத்து பக்கங்களிலும் கீழே கையொப்பமிட வேண்டும்

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

தயவு செய்து இந்த படிவம் மற்றும் தேவைப்படும் ஆவணங்களை அருகாமையில் உள்ள கிளை அலுவலகத்தில் அல்லது மேற்குறிப்பிட்டுள்ள முகவரியில் சமர்ப்பிக்கவும்.

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

தேவைப்படும் ஆவணங்களை விரைவாகவும் முற்றிலுமாகவும் நிரப்பி சமர்ப்பித்தல் உரிமை கோரலை நிறுவனம் விரைவில் செயல்படுத்துவதற்கு அனுமதிக்கும்.

CLAIMANT DETAILS:

உரிமை கோருபவரின் விவரங்கள்:

Name of the Insured: _____
காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் பெயர்: _____
Address: _____
முகவரி: _____
Contact No.: _____ E-mail address: _____
தொடர்பு எண் மின்னஞ்சல் முகவரி: _____ மின்னஞ்சல் ஐடி: _____
Bank Account Number of the Claimant*: _____
(favoring which the claim cheque is to be issued)
உரிமை கோருபவரின் வங்கி கணக்கு எண்*: _____
(உரிமை கோரல் காசோலை வழங்கப்பட வேண்டியவரின் பெயரில் உள்ள கணக்கு)
Name & Address of the Bank*: _____
வங்கியின் பெயர் & முகவரி*: _____

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

தீவிர நோய்க்காக காப்பீடு செய்யப்பட்டவருக்கு சிகிச்சை அளித்த மருத்துவர் / மருத்துவ மனையின் விவரங்கள்:

Name of the Doctor: _____
மருத்துவரின் பெயர்: _____
Name of the Hospital: _____
மருந்தகம்/ மருத்துவ மனையின் பெயர்: _____
Address: _____
முகவரி: _____
Contact No.: _____ E-mail address: _____
தொடர்பு எண் மின்னஞ்சல் முகவரி: _____ மின்னஞ்சல் ஐடி: _____

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

எந்த oonam பொருத்தமானது என்று குறிப்பிடவும் (பாலிஸி வரையறையின் படி பட்டியல்)

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one eye ஒரு கண்ணின் பார்வை இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ஒரு அவயத்தின் பயன்பாடு இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes இரு கண்களின் பார்வை இழப்பு
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing கேட்கும் திறன் இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs இரு அவயங்களின் பயன்பாடு இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ஒரு அவயத்தின் பயன்பாடு இழப்பு மற்றும் ஒரு கண்ணின் பார்வை இழப்பு
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing பேசும் மற்றும் கேட்கும் திறன் இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of Speech பேசும் திறன் இழப்பு	

DETAILS OF ACCIDENT:**விபத்தின் விவரங்கள்:**

Cause of Accident: _____
 விபத்தின் காரணம்: _____
 Date of Accident: _____
 விபத்து நிகழ்ந்த: _____
 Is FIR lodged: Yes No
 FIR பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளதா: ஆம் இல்லை
 If "yes" please attach the copy of Accident: _____
 "ஆம்" எனில் தயவு செய்து விபத்தின் ஒரு நகலை இணைக்கவும்: _____

HISTORY**வரலாறு**

Date of appearance of first symptoms: _____
 முதல் அறிகுறிகள் தோன்றிய தேதி: _____
 Have you ever had the similar condition in past: Yes No
 நீங்கள் இதே அறிகுறிகளை அல்லது இதை ஒத்த நிலையை கடந்த காலத்தில் எப்போதாவது கொண்டிருந்தீர்களா: ஆம் இல்லை
 (If "yes," state when and provide details): _____
 ("ஆம்" எனில் தயவு செய்து விபத்தின் ஒரு நகலை இணைக்கவும்): _____

PRESENT CONDITION:**தற்போதைய நிலை:**

Present symptoms: _____
 தற்போதைய அறிகுறிகள் அறிகுறிகள்: _____
 Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
 கண்டறிதல்கள் (தற்போதைய எக்ஸ்-ரேக்கள், ஈசிஜிகள் அல்லது ஏதேனும் பிற சிறப்புப் பரிசோதனைகள் போன்றவற்றின் முடிவுகளை உள்ளடக்கவும்): _____

TREATMENT:**சிகிச்சை:**

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____
 இது தொடர்பாக மருத்துவ மனைக்கு /மருத்துவரிடம் முதல் வருகை புரிந்த தேதி: _____
 OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
 வெளி நோயாளி எண் /மருத்துவ மனை எண் / உள் நோயாளி எண்: _____
 (Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 கடைசியாக வருகை புரிந்த தேதி: _____ வருகை புரியும் கால இடைவெளி: _____
 Date of Last examination: _____
 கடைசியாக பரிசோதிக்கப்பட்ட தேதி: _____

PROGRESS:**முன்னேற்றம்:**

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
 குணமடைந்துள்ளார் முன்னேற்றமடைந்துள்ளார் முன்னேற்றமடையவில்லை மோசமடைந்துள்ளார்

DECLARATION:**பிரகடனம்:**

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.

மேலே வழங்கப்பட்டுள்ள அனைத்துக் கூற்றுக்களும் உண்மையானவை மற்றும் முழுமையானவை என்று நான் இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். உரிமை கோரல் படிவத்தை PNB MetLife க்கு சமர்ப்பித்தல் என்பது அது பொறுப்பை ஏற்றுக்கொள்ளவோ அல்லது அதன் ஏதேனும் உரிமைகளைத் தள்ளுபடி செய்யவோ இல்லை என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். ஏதேனும் உடல்நலக்குறைவு அல்லது நோய் PNB MetLife ஆல் பாலிஸி வழங்கப்படுவதற்கு முன்னர் ஏற்பட்டதா அல்லது பின்னர் ஏற்பட்டதா என்பதைக் கூறும்படி காரணமாக என்னைக் கவனித்த அல்லது பரிசோதித்த அல்லது சிகிச்சை அளித்த மருத்துவர் எனது உடல்நிலை தொடர்பாக அவர் கொண்டுள்ள ஏதேனும் விஷயங்களை அல்லது தகவல்களை வெளிப்படுத்துவதற்கு அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்.

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.

PNB MetLife இல் சேகரிக்கப்பட்ட அல்லது PNB MetLife இல் கிடைக்கப்பெறும் (இந்த ஆவணத்தில் உள்ளதா அல்லது வேறுவிதமாகப் பெறப்பட்டவை) என்னுடைய/எங்களின் தனிப்பட்ட மற்றும் முக்கியமான தகவல்களைப் பயன்படுத்த, சேமிக்க, பகிர, மாற்ற மற்றும் வெளியிடுவதற்கு PNB MetLife-ஐ மேலும் ஒப்புக்கொள்கிறோம் மற்றும் முறையாக அங்கீகரிக்கிறோம். இந்த உரிமைகோரலைச் செயல்படுத்தும் நோக்கத்திற்காக மறுகாப்பீட்டாளர்கள், உரிமைகோரல் விசாரணை முகமைகள், விற்பனையாளர்கள் மற்றும் தொழில் சங்கங்கள்/ கூட்டமைப்புகள் உட்பட PNB MetLife உடன் தொடர்புடைய அல்லது இணைந்த அல்லது ஈடுபடும் எந்தவொரு தனிநபர் / அமைப்பு / நிறுவனத்திற்கும் எனது KYC ஆவணங்களை உள்ளடக்கியிருக்கலாம். அல்லது அடுத்தடுத்த சேவைகளை வழங்குவதற்காக.

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____
 உரிமை கோருபவரின் கையொப்பம் / இடது பெருவிரல் ரேகை: _____ தேதி: _____
 Name & Signature of Witness: _____ Date: _____
 சாட்சியின் பெயர் & கையொப்பம்: _____ தேதி: _____
 Address of Witness: _____
 சாட்சியின் முகவரி: _____

Official Seal of the Witness:

சாட்சியின் அலுவலகரீதியான முத்திரை:

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.

குறிப்பு: இந்திய மொழிகளில் உள்ள கையொப்பமானது கண்டிப்பாக அவற்றின் ஆங்கில மொழிபெயர்ப்பை அவற்றிற்குக் கீழே எழுதப்பெற்றிருக்க வேண்டும். மேலும் இந்திய மொழியில் கையொப்பமிடும் உரிமை கோருபவர் மேலே உள்ள படிவத்தின் உள்ளடக்கங்களை ஒரு ஆங்கில அறிந்த நபரால் தனக்கு விளக்கப்பட்டபடி தான் முற்றிலுமாகவும் முறையாகவும் புரிந்து கொண்டுள்ளார் என்று ஒரு உறுதிமொழி அளிக்கவேண்டும் மேலும் அந்த நபரும் மேற்குறிப்பிட்டுள்ளபடி படிவத்தின் உள்ளடக்கங்களை உரிமை கோருபவருக்கு முற்றிலும் விளக்கியுள்ளதாகக் கூறி கையொப்பமிட வேண்டும்.