

పెన్షన్ బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్,

రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం: యూనిట్ నెం 701, 702 & 703, ఏడవ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27, ఎంజి రోడ్, బెంగళూరు - 560001 కర్ణాటక, భారతదేశం ఐఆర్ డిఎ నెమాడు సంఖ్య 117 పిఎల్ నెం U66010KA2001PLC028883, టోల్ ఫ్రీ 1-800-425-6969 వద్ద మమ్మల్ని కాల్ చేయండి, వెబ్సైట్ www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా - 1 వ అంతస్తు, టెక్నిప్లెక్స్ -1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైవేర్ కిందగా, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 - చిరునామాకు వ్రాయండి. ఫోన్: + 91-22-41790000, ఫాక్స్: +91-22-41790203

Disability Claim Form

అంగవైకల్యం క్లెయిం పత్రము

POLICY NUMBER / పాలీసీ నెంబర్																			
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Important Instructions:
ముఖ్యమైన సూచనలు:

To be completed by the claimant in BLOCK letters
క్లెయిం చేయువారు పెద్ద అక్షరాలలో పూర్తి చేయాలి

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank.
దయచేసి అన్ని ప్రశ్నలకు జవాబు ఇవ్వండి, ఖాళీగా ఉంచే బదులు దానికి సముచితంగా "వర్తింపదు" (ఎన్/ఏ) ఉపయోగించండి.

Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
పత్రములో చేసిన సవరణలు/మార్పులకు అక్కడ కొంటర్ సంతకం చేయాలి.

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing.
సాక్షి సంతకం తప్పనిసరి. సాక్షి ఒక గజెటెడ్ ఆఫీసర్ / నోటరీ పబ్లిక్ / మాజిస్ట్రేట్ లేదా స్థానిక సంస్థ ప్రతినిధి అయి ఉండాలి.

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM
క్లెయిం చేయువారు అన్ని పేజీలలో క్రింద సంతకం చేయాలి

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.
ఈ క్లెయిం పత్రము పూర్తి చేయడం మారితో కంపెనీ యొక్క బాధ్యతకు అనుమతించినట్లు పరిగణించకూడదు. ఏజెంట్లు కంపెనీ తరఫున బాధ్యతలు అనుమతించుటకు అధికారం లేదు.

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.
దయచేసి ఫారం & అవసరాలను సమీపంలోని బ్రాంచ్ ఆఫీసులో లేదా పైన పేర్కొన్న చిరునామాలో సమర్పించండి.

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.
ముందస్తు మరియు పూర్తి అవసరాల సమర్పణ సంస్థ క్లెయిం మలను వీలైనంత త్వరగా ప్రాసెస్ చేయడానికి వీలు కల్పిస్తుంది.

CLAIMANT DETAILS:
క్లెయిం చేయువారి వివరాలు:

Name of the Insured: _____
బీమా చేసిన వ్యక్తి పేరు: _____

Address: _____
చిరునామా: _____

Contact No.: _____ E-mail address: _____
సంప్రదింపు నెం.: _____ ఇ-మెయిల్ అడ్రెస్: _____

Bank Account Number of the Claimant*: _____
(favoring which the claim cheque is to be issued)
హక్కుదారు యొక్క బ్యాంక్ ఖాతా సంఖ్య*: _____
(దానికి అనుకూలంగా క్లెయిం చెక్ జారీ చేయబడుతుంది)

Name & Address of the Bank*: _____
బ్యాంక్ పేరు & చిరునామా*: _____

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABILITY:
అందోళనకరమైన అనర్హత కొరకు బీమాదారునికి చికిత్స చేసిన డాక్టరు యొక్క వివరాలు:

Name of the Doctor: _____
డాక్టరు పేరు: _____

Name of the Hospital: _____
ఆసుపత్రి పేరు: _____

Address: _____
చిరునామా: _____

Contact No.: _____ E-mail address: _____
సంప్రదింపు నెం.: _____ ఇ-మెయిల్ అడ్రెస్: _____

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

ఏ వైకల్యం వర్తిస్తుందో తెలపండి (పాలీసీ నిర్వచనాల ప్రకారం జాబితా):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ఒక కన్నులో దృష్టి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ఒక చేయి ఉపయోగం కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes రెండు కళ్లలో దృష్టి కోల్పోవటం
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing వినికేడి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs రెండు చేతుల ఉపయోగం కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ఒక చేయి కోల్పోయారు మరియు ఒక కన్ను దృష్టి కోల్పోవటం
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing మాట్లాడటం మరియు వినికేడి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of Speech మాట్లాడటం కోల్పోవటం	

DETAILS OF ACCIDENT:
ప్రమాదం యొక్క వివరాలు:

Cause of Accident: _____
ప్రమాదానికి కారణం: _____

Date of Accident: _____

ప్రమాదం తేదీ: _____

Is FIR lodged: Yes No

ఏస్ ఐఆర్ దాఖలు చేసారా: అవును లేదు

If "yes" please attach the copy of Accident: _____

"అవును" అయితే ప్రమాదం నకలు జత చేయండి: _____

HISTORY

చరిత్ర

Date of appearance of first symptoms: _____

మొదటి లక్షణాలు కనిపించిన తేదీ: _____

Have you ever had the similar condition in past: Yes No

గతంలో ఇటువంటి లేదా ఇలాంటి సంబంధిత పరిస్థితి రోగికి ఉండినదా: అవును లేదు

(If "yes," state when and provide details): _____

("అవును" అయితే, ఎప్పుడు మరియు వివరాలు అందజేయండి. అవసరమైతే ఇంకొక పేజీ జతచేయండి): _____

PRESENT CONDITION:

ప్రస్తుత పరిస్థితి:

Present symptoms: _____

ప్రస్తుత లక్షణాలు: _____

Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

కనుగొనబడినవి (ప్రస్తుత ఎక్స్-రేలు, ఈసీజి లేదా ఏదైనా ఇతర ప్రత్యేక పరీక్షలు): _____

TREATMENT:

చికిత్స:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: _____

ఈ విషయంలో ఆసుపత్రి/డాక్టర్ ని సందర్శించిన మొదటి తేదీ: _____

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____

ఓపి నెంబర్/ఆసుపత్రి నెంబర్/ ఇన్ డోర్ రోగి నెంబర్: _____

(Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____)

(చివరి సందర్శన తేదీ: _____ సందర్శనల యొక్క ప్రిక్వెన్సీ (ప్రతివారం / నెల వారీ/ ఇతరం): _____)

Date of Last examination: _____

చివరి పరీక్ష తేదీ: _____

PROGRESS:

పురోగతి:

Recovered Improved Unimproved Retrogressed

కోలుకున్నారు కోలుకున్నారు మెరుగుకాలేదు తిరగ పట్టింది

DECLARATION:

ధృవీకరణ:

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.

పైన అన్ని ప్రకటనలు నిజమని మరియు సంపూర్ణమని నేను ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాను. క్లెయింట్ సారం దాఖలు చేయుటలో పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ బాధ్యతను అనుమతించలేదు లేదా హక్కులను మాఫీ చేయలేదు. పర్యవేక్షిస్తున్న పీజీపిఎస్ లేదా ఆసుపత్రి లేదా నా వ్యాధికి లేదా అస్వస్థతకు చికిత్స చేస్తున్న వారిని నా ఆరోగ్య స్థితి గురించి సమాచారం లేదా జ్ఞానము అతను/వారు పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ పాలసీ ఇచ్చిన తరువాత పొందినవి తెలియజేయుటకు నేను ఇందుమూలముగా అధికారం ఇస్తున్నాను.

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.

నా/మేము సకరించిన లేదా పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ వద్ద అందుబాటులో ఉన్న (ఈ డాక్యుమెంట్ లో ఉన్నా లేదా పొందబడినా) ఏదైనా వ్యక్తిగత మరియు సున్నితమైన సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి, నిల్వ చేయడానికి, భాగస్వామ్యం చేయడానికి, బదిలీ చేయడానికి మరియు బహిష్కరణ చేయడానికి పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ కి నేను/మేము ఇందుమూలంగా సమ్మతిస్తున్నాము మరియు విధిగా అధికారం ఇస్తున్నాము. ఈ క్లెయిమ్ ను ప్రాసెస్ చేయడం కోసం రీఇన్సూరర్స్, క్లెయిమ్ ఇన్వెస్టిగేటివ్ ఏజెన్సీలు, విక్రేతలు మరియు ఇండస్ట్రీ అసోసియేషన్లు/ఫెడరేషన్లతో సహా పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ తో అనుబంధించబడిన లేదా అనుబంధించబడిన లేదా నిమగ్నమైన ఏదైనా వ్యక్తి / సంస్థ / సంస్థలతో సహా మరియు / లేదా తదుపరి సేవలను అందించడం కోసం కానీ వీటికే పరిమితం కాకుండా నా కెవైనీ పత్రాలను కలిగి ఉండవచ్చు.

Signature/Left Thumb impression of claimant: _____ Date: _____

క్లెయింట్ చేయువారి సంతకం/ ఎడమ బొటన వేలి ముద్ర: _____ తేదీ: _____

Name & Signature of Witness: _____ Date: _____

సాక్షి పేరు మరియు సంతకం: _____ తేదీ: _____

Address of Witness: _____

సాక్షి యొక్క చిరునామా: _____

Official Seal of the Witness: _____

సాక్షి యొక్క అధికార సీలు: _____

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.

గమనిక: భారతదేశ భాషలలో సంతకానికి, తప్పక వాటి ఇంగ్లీషు అనువాదం క్రింద వ్రాయాలి. భారతదేశ భాషలలో సంతకం చేసే క్లెయింట్ చేయువారు భారతదేశ భాషలలోని విషయాలు పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నారని మరియు అతనికి భారతదేశ భాషలలో ఇంగ్లీషు తెలిసిన వ్యక్తి సక్రమముగా వివరించారని అతను దానికి అనుగుణంగా క్లెయింట్ చేయువారికి వివరాలు తెలిపినట్లు సంతకం చేయాలి.