

Critical Illness Claim Form

ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಕ್ಲೈಮ್ 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 ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನ ಸಲ್ಲಿಕೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗೆ ಪ್ರವೇಶವೆಂಬುದಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಬಾರದು. ಕಂಪನಿಯ ಪರವಾಗಿ 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 ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೂರ್ಣ ಕ್ಲೈಮ್ 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 ಗೆರೌಚೆಡ್ 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 ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನ ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖಾ ಕಛೇರಿಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು ಅಥವಾ ಮೇಲಿನ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

ವಿಭಾಗ ಎ: 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: _____ *Aadhaar No: _____
ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: _____ ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60: _____ *ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

*Only last 4 digits to be mentioned.
*ಕೊನೆಯ 4 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನಮೂದಿಸಬೇಕು.

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

ವಿಭಾಗ ಬಿ: 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 ಉಬ್ಬಸ <input type="checkbox"/> IHD ಐಹೆಚ್‌ಡಿ <input type="checkbox"/> Malignancy ಮಾರಕಾಂತಿಕತೆ 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 ಪಾರಲ್ಸಿಸ್
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia ಆಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಅನಿಮಿಯ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ಕಾರ್ಡಿಯೋಮಿಯೋಪತಿ	<input type="checkbox"/> Deafness ಕಿವ್ವಡುತನ
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ಪಾರ್ಕಿನ್ಸನ್ ರೋಗ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ಪೋಲಿಯೋಮೈಲೈಟಿಸ್	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ಲುಪಸ್ ನೆಫ್ರೈಟಿಸ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಎಸ್‌ಎಲ್‌ಇ
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ಪ್ರಾಸೆಕೋರಲ್ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ಮಸ್ಕಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೊಫಿ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ಬಹು ಅಂಗಾಂಗ 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 ಸಿ: ಪಾವತಿ – NEFT

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

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

ವಿಭಾಗ ಡಿ: 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/they 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. ಕ್ಲೈಮ್ ಅರ್ಜಿ ಸಮಾನಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್ 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 pro- cessing this claim and/or for providing subsequent service.

ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ, ಪಾಲುದಾರಿಕೆದಾರರು, ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಮಾಲಾಂಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ / ಫೆಡರೇಶನ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ / ಸಂಘಟನೆ / ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ, ಕೆವೈಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್‌ನೊಂದಿಗೆ (ಈ ಹೇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ಮೂಲದಿಂದ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುವಂತಹ) ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್‌ಗೆ ನಾನು ಅನುಮತಿ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____

ಸಹಿ/ಎಡ ಹೆಜ್ಜೆಗೊಳಿಸಿದ 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 ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಘೋಷಣೆ. (ಒಂದು ವೇಳೆ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು 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.

ಕ್ಲೈಮುದಾರರಿಗೆ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಇದನ್ನು ಅವರು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಕ್ಲೈಮುದಾರರು 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 ಕ್ಲೈಮ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ

DATE ದಿನಾಂಕ	PLACE ಸ್ಥಳ	Signature of the Declarant ಘೋಷಣಾಕಾರರ ಸಹಿ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ಸಹಿ / ಎಡ ಹೆಬ್ಬೆರಳು ಗುರುತು ಹಕ್ಕುದಾರರು / ನಾಮಿನಿ
Name of Witness: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು: _____		Signature of Witness: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ: _____	
Address of Witness: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ವಿಳಾಸ: _____			
Date: _____ ದಿನಾಂಕ: _____	Place: _____ ಸ್ಥಳ: _____		

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: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Family physician certificate

ದಾಖಲೆಗಳು ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆ:

ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಕಡತ

ಹಕ್ಕುದಾರರ ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ

ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಪ್ರತಿ

Attending physician certificate

ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ

Medical Documents (if any)

ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ)

All past medical records for any treatment taken

ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಿಂದಿನ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆ

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 ಸಮೂಹ, ಇನ್‌ಡೋರ್ ಕೇಸ್ ಪೇಪರ್

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 ಕ್ಲೈಮಿನ ಸ್ವೀಕೃತಿಯೆಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಾರದು. ಕ್ಲೈಮ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು, ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಕಾಯ್ದಿರಿಸುತ್ತದೆ.

Company Seal & Stamp with Date and time
ಕಂಪನಿ ಸೀಲ್ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯದೊಂದಿಗೆ ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್

Documents to be submitted along with this form:

ಈ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಗಳು:

- Original policy document
ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್
- Family physician certificate
ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ
- Attending physician certificate
ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers
ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಅಂದರೆ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷಾ / ತನಿಖಾ ವರದಿಗಳು, ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಸಾರಾಂಶ, ಒಳರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವರದಿಗಳು
- All past medical records for any treatment taken
ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹಿಂದಿನ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು
- Cancelled cheque
ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್
- Id & residence proof
ಐಡಿ ಮತ್ತು ನಿವಾಸದ ಪುರಾವೆ

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, Karnataka. IRDA of India Registration number 117,
CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us at 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 ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ರಾಜೇಜ್ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಫಾರತದ 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 ಗೆ ಅಥವಾಮಹಡಿ, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್

ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾಂನ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203