

## Claim form - PNB MetLife Mera Heart & Cancer Care

### ക്ലെയിം ഫോം - പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് മേരാ ഹാർട്ട് & ക്യാൻസർ കെയർ

POLICY NUMBER / പോളിസി നമ്പർ																			
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Important instructions:**

**പ്രധാനപ്പെട്ട നിർദ്ദേശങ്ങൾ:**

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.

പൂരിപ്പിച്ച ക്ലെയിം ഫോം, നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്നത്, പോളിസി രൂപകാരം ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി ബാധയ്ക്ക് ഏറ്റെടുക്കുന്നതായി വയാവയിാനിടയുണ്ടാകില്ല. കമ്പനിക്കുവേണ്ടി യാതൊരു ബാധയ്ക്കും അംഗീകരിക്കാൻ ഒരു ഏജന്റിനെയും/ ഇടനിലക്കാരനെയും അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

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.

ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്നതുപോലെ ആവശ്യമായ നിർബന്ധിത രേഖകൾക്കൊപ്പം ഈ ഫോം നേരത്തെ സമർപ്പിക്കുന്നത് നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം വേഗത്തിൽ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് ഞങ്ങളെ പ്രാപ്തമാക്കും. അപൂർണ്ണമായ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതിനോ കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ നിർബന്ധിത രേഖകൾ സമർപ്പിക്കാത്തതിനാലോ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിലെ കാലതാമസത്തിന് പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല.

This form is to be filled in completely in BLOCK letters.

ഈ ഫോം പൂർണ്ണമായും വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

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

ഫോമിൽ നടത്തുന്ന ഭേദഗതികൾ തിരുത്തലുകൾ ദയവായി കൗണ്ടർസൈൻ ചെയ്യുക.

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

ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ / നോട്ടറി പബ്ലിക് / മജിസ്ട്രേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ പ്രാദേശിക നിലയിലുള്ള വ്യക്തിയുടെ സാക്ഷി ഒപ്പ് നിർബന്ധമാണ്.

Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.

ഫോമുകളും എല്ലാ ആവശ്യകതകളും പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന്റെ ഏറ്റവും അടുത്തുള്ള ബ്രാഞ്ച് ഓഫീസിലോ അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വിലാസത്തിലോ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

**Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED**

**വിഭാഗം എ: ലൈഫ് ഇൻഷുറേഡിന്റെ വിവരങ്ങൾ**

Name: _____	Age: _____														
പേര്: _____	രീപായം: _____														
Address (Current Residential Address): _____															
വിലാസം (നിലവിലെ വാസയോഗ്യമായ വിലാസം): _____															
City _____	Pin Code _____	State _____													
നഗരം _____	പിൻ കോഡ് _____	സംസ്ഥാനം _____													
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____														
ബന്ധപ്പെടേണ്ട നമ്പർ: ലാൻഡ്ലൈൻ: _____ / മൊബൈൽ _____															
E-mail Address: _____	PAN No. / Form 60: _____	*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
X	X	X	X	X	X	X	X	X							
ഈ-മെയിൽ വിലാസം: _____		പാൻ നം./ ഫോം 60: _____	*ആധാർ നം.: _____												
*Only last 4 digits to be mentioned.															
*അവസാന 4 അക്കങ്ങൾ മാത്രം പരാമർശിക്കുക.															

**Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED**

**വിഭാഗം ബി: ലൈഫ് ഇൻഷുറേഡിന്റെ മെഡിക്കൽ ഹിസ്റ്ററി**

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
രോഗത്തിന്റെ പേര് / രോഗം / പരിക്ക് നിലനിൽക്കുന്നത്: _____	
Symptoms: _____	
ലക്ഷണങ്ങൾ: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
ലക്ഷണങ്ങളുടെ കാലാവധി: _____	രോഗനിർണയ തീയതി: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
എപ്പോഴാണ് ഈ ലക്ഷണങ്ങൾ ആദ്യം പ്രകടമായത് / സംഭവിച്ചത്: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
പ്രവേശന തീയതിയും സമയവും _____	ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതിയും സമയവും _____
Name of hospital: _____	
ആശുപത്രിയുടെ പേര്: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
നിങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും സമാനമായ അവസ്ഥ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ: <input type="checkbox"/> ഉവ്വ് <input type="checkbox"/> ഇല്ല ("അതെ" എങ്കിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകുക)	

Nature of Illness and Habits രോഗത്തിന്റെയും ശീലങ്ങളുടെയും സ്വഭാവം	Date of diagnosis of Illness രോഗം കണ്ടെത്തിയ തീയതി
<input type="checkbox"/> Hypertension ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം <input type="checkbox"/> Diabetes രോഗം <input type="checkbox"/> Asthma ആസ്മ <input type="checkbox"/> IHD ഹൃദയപ്പിഴവ് <input type="checkbox"/> Malignancy അർബുദം Other..... മറ്റുള്ളവ .....	
<input type="checkbox"/> Smoking പുകവലി <input type="checkbox"/> Alcohol മദ്യം <input type="checkbox"/> Tobacco പുകയില <input type="checkbox"/> Drugs മയക്കുമരുന്നുകൾ If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ അതെ, എന്നാണെങ്കിൽ, ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന കാലാവധിയും _____ ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന അളവും _____	

**Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)**  
 ഗുരുതര രോഗത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ (നിർണ്ണയിച്ച രോഗം ടിക്ക് ചെയ്യുക)

List of Heart conditions covered under Heart Cover ഹൃദയ മൂടിയുടെ അടിയിൽ പൊതിഞ്ഞ ഹൃദയ അവസ്ഥകളുടെ ലിസ്റ്റ്	List of Cancer conditions covered under Cancer Cover ക്യാൻസർ കവറിനു കീഴിൽ കവർ ചെയ്തിട്ടുള്ള കാൻസർ അവസ്ഥകളുടെ പട്ടിക
<b>Mild Stage</b> ശാന്തമായ ഘട്ടം	
<input type="checkbox"/> Angioplasty (stenting for Coronary Arteries) ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി (കൊറോണറി ധമനികൾക്കുള്ള സ്റ്റെന്റിംഗ്) <input type="checkbox"/> Angioplasty and Stenting for Carotid Arteries കരോട്ടിക് ആർട്ടറികൾക്ക് ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി ആൻഡ് സ്റ്റെന്റിംഗ് <input type="checkbox"/> Endarterectomy എൻഡാർടെക്ടമി <input type="checkbox"/> Renal Angioplasty റെനൽ ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി <input type="checkbox"/> Percutaneous procedures for Repair or Replacement of Heart Valves ഹൃദയ വാൽവുകൾ റിപ്പയർ ചെയ്യാനോ മാറ്റാനോ ഉള്ള നടപടിക്രമങ്ങൾ <input type="checkbox"/> Pericardectomy പെറികാർഡിക്ടമി <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery for Aortic Aneurysm അയോർട്ടിക് അനൂർസിയത്തിനായുള്ള ഏറ്റവും ചുരുങ്ങിയ ഇൻവേസീവ് ശസ്ത്രക്രിയ <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis ഫലർപദമലലിത്ത എൻഡോകാർഡിറ്റിസ്	<input type="checkbox"/> Specified Early Stage Cancer or Carcinoma-in-situ നിർദ്ദിഷ്ട ഘട്ട അർബുദം അല്ലെങ്കിൽ കാർസിനോമ-ഇൻ-സീതു
<b>Moderate Stage</b> മധ്യ ഘട്ടം	
<input type="checkbox"/> Initial implantation of Permanent Pacemaker of Heart or Insertion of Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) ഹൃദയത്തിന്റെ പെർമനന്റ് പേസ്മേക്കറിന്റെ ഇനിഷ്യൽ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ അല്ലെങ്കിൽ ഇംപ്ലാന്റബിൾ കാർഡിയോവെർട്ടർ ഡെഫിബ്രിലേറ്ററിന്റെ (ഐ.സി.ഡി.) ഇൻസർഷൻ <input type="checkbox"/> Surgery to place ventricular assist devices or total artificial hearts വെൻട്രിക്കുലർ അസിസ്റ്റ് ഡിവൈസസ് അല്ലെങ്കിൽ പൂർണ്ണമായ കൃത്രിമ ഹൃദയങ്ങൾ സ്ഥാപിക്കുന്നതിനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ	Following Cancer related Surgeries necessitated due to an eligible Carcinoma-in-situ cancer claim* are covered: ഇൻ-സീതു മൂലം ആവശ്യമായി വന്ന അർബുദവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഇനിഷ്യൽ ശസ്ത്രക്രിയകൾ <input type="checkbox"/> Mastectomy for Carcinoma-in-situ of the breast സീസിലെ കാർസിനോമ-ഇൻ-സീതുവിനായുള്ള മാസ്റ്റക്ടമി <input type="checkbox"/> Orchiectomy for Carcinoma-in-situ of the testis വൃക്ഷണങ്ങളിലെ കാർസിനോമ-ഇൻ-സീതുവിനായുള്ള ഓർക്കിഡക്ടമി <input type="checkbox"/> Cystectomy for Carcinoma-in-situ of the Urinary Bladder/T1NoMo Urinary Bladder Cancer മൂത്രസഞ്ചി / ടി 1 നോമോ മൂത്രസഞ്ചി കാൻസറിന്റെ കാർസിനോമ-ഇൻ-സീതുവിനായുള്ള സിസ്റ്റക്ടമി <input type="checkbox"/> Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo- Oophorectomy for Carcinoma-in-situ of the Cervix / Carcinoma-in-situ of the Uterus / Carcinoma-in-situ of the Ovary ഗർഭാശയമുഖത്തെ കാർസിനോമ-ഇൻ-സീതു, ഗർഭാശയത്തിലെ കാർസിനോമ-ഇൻ-സീതു/ അണ്ഡാശയത്തിലെ കാർസിനോമ- ഇൻ-സീതുവിനായുള്ള ടോട്ടൽ അബ്ഡോമിനൽ ഹിസ്റ്ററക്ടമിയും ബൈലാറ്ററൽ സാൽപിംഗോ-ഓവറക്ടമിയും *A CIS cancer claim must be payable for payment of this benefit *ഈ ആനുകൂല്യം നൽകുന്നതിന് ഒരു സിഐഎസ് കാൻസർ ക്ലെയിം നൽകേണ്ടിരിക്കണം
<b>Severe Stage</b> ഗുരുതരമായ ഘട്ടം	
<input type="checkbox"/> Myocardial infarction (First Heart Attack – Of Specified Severity) മയോകാർഡിയൽ ഇൻഫാർക്ഷൻ (ആദ്യ ഹൃദയാഘാതം-നിർദ്ദിഷ്ട തീവ്രത) <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy കാർഡിയോമയോപ്പതി. <input type="checkbox"/> Major surgery of the Aorta അയോർട്ടയുടെ പ്രധാന ശസ്ത്രക്രിയ <input type="checkbox"/> Open Chest CABG നെഞ്ച് തുറക്കുക സി.എ.ബി.ജി. <input type="checkbox"/> Open Heart Replacement or Repair of Heart Valves ഹൃദയം മാറ്റിവയ്ക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ ഹൃദയ വാൽവുകളുടെ റിപ്പയർ <input type="checkbox"/> Heart Transplant ഹൃദയം മാറ്റിവയ്ക്കൽ	<input type="checkbox"/> Major Cancer diagnosis മേജർ അർബുദ രോഗനിർണ്ണയം

**Section C: PAYMENT – NEFT**

വിഭാഗം സി: പേയ്മെന്റ് - അടുത്തത്

Bank Account no: _____
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നം.: _____
Name of bank: _____
ബാങ്കിൻറെ പേര്: _____
IFSC code: _____
ഐ.എഫ്.എസ്.സി. കോഡ്: _____

**Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION**

വിഭാഗം ഡി: സത്യവാങ്മൂലം അധികാരപ്പെടുത്തൽ

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. 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. 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 processing this claim and/or for providing subsequent services.

മേൽപ്പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകളെല്ലാം സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും എന്റെ ഭാഗത്തുനിന്ന് ഒന്നും അടിച്ചമർത്തപ്പെടുകയോ തടയുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ക്ലെയിം ഫോമിൽ നൽകുമ്പോൾ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ബാധ്യത സമ്മതിക്കുകയോ പോളിസിയുടെ കീഴിൽ അതിന്റെ അവകാശങ്ങളൊന്നും എഴുതിത്തള്ളുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ല. ഏതെങ്കിലും അറിവോ വിവരമോ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെക്കുറിച്ച് രേഖകൾ നൽകുന്നതിനോ പോളിസിക്ക് മുമ്പോ ശേഷമോ അദ്ദേഹം / അവർ നേടിയേക്കാവുന്ന ഏതെങ്കിലും അസുഖമോ രോഗമോ എന്നെ സന്ദർശിച്ച അല്ലെങ്കിൽ പരിശോധിച്ച അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സിച്ച വൈദ്യനെ അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രിയെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് നൽകിയത്. എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ ശേഖരിച്ചതോ ലഭ്യമായതോ ആയ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫിൽ ഈ പ്രസ്താവനയിൽ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും നേടിയതാണെങ്കിലും എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗതവും സെൻസിറ്റീവുമായ ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും വെളിപ്പെടുത്താനും പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫിന് ഞങ്ങൾ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനും കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുമായി പുനർ ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, ഇൻഡസ്ട്രി അസോസിയേഷൻ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുടെ പേരിൽ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എൻ്റ്റിറ്റി.

Signature/Left Thumb impression \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 ഒപ്പ് / ഇടത്തെ കൈവിരലടയാളം \_\_\_\_\_ തീയതി \_\_\_\_\_

**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)**

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് ക്ലെയിം ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രഖ്യാപനം. (ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് ക്ലെയിം ഫോം അപേക്ഷാ ഫോമിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായ ഭാഷയിൽ പൂരിപ്പിക്കുകയോ ഒപ്പിടുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ)

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.

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് ക്ലെയിം ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ അവകാശിക്ക് അവൻ/ അവൾക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ച് നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഇത് അവൻ / അവൾ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും അവകാശി നൽകിയ വിവരമനുസരിച്ച് മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തുകയും ഈ മറുപടികൾ അവകാശിക്ക് വായിച്ചു കൊടുക്കുകയും പൂർണ്ണമായി അവർ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തു.

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

ഫോമിന്റെയും ഡോക്യുമെന്റിന്റെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു, കൂടാതെ ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ച ഉള്ളടക്കവും നിർദ്ദിഷ്ട ക്ലെയിമിനുള്ള അതിന്റെ പ്രാധാന്യവും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തു.

Date തീയതി	Place സ്ഥലം	Signature of Declarant (പ്രഖ്യാപനം നടത്തുന്ന ആളുടെ ഒപ്പ്)	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee അവകാശി / നോമിനിയുടെ ഒപ്പ് / ഇടത് പെരുവിരലടയാളം
Name of Witness: സാക്ഷിയുടെ പേര്:		Signature of Witness: സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്:	
Address of Witness: സാക്ഷിയുടെ വിലാസം:		Date: തീയതി:	
		Place: സ്ഥലം:	

**CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP**  
 ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് അംഗീകരിക്കുന്നതിനുള്ള സ്ലിപ്പ്

Policy number(s) _____ പോളിസി നമ്പർ(കൾ)	Company Seal & Stamp with Date and time കമ്പനി സീലും സ്റ്റാമ്പും തീയതിയും സമയവും സഹിതം		
Name of claimant _____ ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന ആളുടെ പേര്			
Branch name & code _____ (ബ്രാഞ്ചിൻറെ പേരും കോഡും)			
Date: _____ തീയതി:			
Employee name & Code _____ ജീവനക്കാരുടെ പേരും കോഡും			
Documents Submitted: ഡോക്യുമെന്റ് സമർപ്പിച്ചത്:	<input type="checkbox"/> Original Policy Document ഒറിജിനൽ പോളിസി ഡോക്യുമെന്റ്	<input type="checkbox"/> Photo identity & residence proof ഫോട്ടോ ഐഡൻ്റിറ്റിയും മേൽവിലാസ രേഖകളും	<input type="checkbox"/> Doctor's Certificate - Critical Illness ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് - ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ്
	<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് / ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിൻറെ പകർപ്പ്	<input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken എടുത്ത ഏതെങ്കിലും ചികിത്സയ്ക്കുള്ള മുൻകാല മെഡിക്കൽ രേഖകൾ	
	<input type="checkbox"/> Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper കണ്ടെത്തിയ രോഗത്തിൻറെ രോഗനിർണയം നടത്തിയതിൻറെയും ചികിത്സയുടെയും പൂർണ്ണ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ, അതായത് എല്ലാ പരിശോധന / അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ടുകൾ, ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മതി, ഇൻഡോർ കേസ് പേപ്പർ		

The acknowledgement slip should not be construed as acceptance of claim. The company reserves the right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim. ഈ അംഗീകാര സ്ലിപ്പ് ക്ലെയിം സ്വീകരിക്കുന്നതിൻറെ അംഗീകാരമായി കണക്കാക്കരുത്. അധിക രേഖകൾ / വിവരങ്ങൾ/ ആവശ്യകതകൾ എന്നിവ വിളിച്ചു വരുത്താൻ കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടായിരിക്കും.

**Documents to be submitted along with this form:**

**ഈ ഫോമിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ**

- Original policy document  
ഒറിജിനൽ പോളിസി രേഖ
- Doctor's Certificate - Critical Illness  
ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് - ഗുരുതരമായ രോഗം
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case papers  
കണ്ടെത്തിയ രോഗം നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനും ചികിത്സിക്കുന്നതിനും ആയുജ്ജ പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ - അതായത്, എലലാ ടെസ്റ്റ് / അനേവ്ഷണ റിപ്പോർട്ടുകളും, ഡിസ്ചാർജ്ജ് സംഗ്രഹം, ഇൻഡോർ കേസ് പേപ്പറുകൾ
- All past medical records for any treatment taken  
എടുത്ത ഏതൊരു ചികിത്സയുടെയും കഴിഞ്ഞകാലത്തെ എലലാ മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകളും
- Cancelled cheque  
കയാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക്
- Id & residence proof  
ഐഡി & താമസസ്ഥലത്തിന്റെ തെളിവ്

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: UnitNo.701,702 &703,7<sup>th</sup> Floor, West Wing, Raheja Towers,26/27 MG Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India Registration number117.  
CI No. U66010KA2001PLC028883, call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 - 703, 7-ാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ -560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക ടോൾ ഫ്രീ നം: 1-800-425-6969, വെബ്സൈറ്റ്: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ഇമെയിൽ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക 1-ാം നില, ടെക്നിലക്സ് - 1, ടെക്നിലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർകർ ഫ്ലൈഓവർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062.

ഫോൺ: + 91-22-41790000, ഫാക്സ്: + 91-22-41790203