



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 രക്തപഞ്ചസാര	<input type="checkbox"/> Asthma ആസ്മ	<input type="checkbox"/> Heart ഹൃദയം	<input type="checkbox"/> Cancer കാൻസർ	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis ക്ഷയരോഗം	Other..... മറ്റുള്ളവ .....				
<input type="checkbox"/> Smoking പുകവലി	<input type="checkbox"/> Alcohol മദ്യം	<input type="checkbox"/> Tobacco പുകയില	<input type="checkbox"/> Drugs മരുന്നുകൾ		
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____					
അതെ, എന്താണിതിന്റെ, ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന കാലാവധിയും _____ ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന അളവും _____					

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

<input type="checkbox"/> Heart attack ഹൃദയഘാതം	<input type="checkbox"/> Cancer അർബുദം	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) സി.എ.ബി.സി. (കോറോണറി ആർട്ടറി ബൈപാസ് സർജറി)
<input type="checkbox"/> Stroke സ്റ്റ്രോക്ക്	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome അപ്പാലിക് സിൻഡ്രോം	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ബെനിൻ ബ്രെയിൻ ട്യൂമർ
<input type="checkbox"/> Blindness അന്ധത	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ബ്രെയിൻ സർജറി	<input type="checkbox"/> Coma കോമ
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease അവസാനഘട്ടത്തിലെ കരൾ രോഗം	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ഹൃദയ വാൽവ് ശസ്ത്രക്രിയ	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma മേജർ ഹെഡ് ട്രോമ
<input type="checkbox"/> Angioplasty ആർട്ടിക്ലോപ്പസ്റ്റി	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant പ്രധാന അവയവ മാറ്റി വയ്ക്കൽ	<input type="checkbox"/> Paralysis പക്ഷാഘാതം
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia അപ്ലാസ്റ്റിക് അനീമിയ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy കാർഡിയോമയോപ്പതി	<input type="checkbox"/> Deafness ബന്ധിത
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease പാർക്കിൻസൺ രോഗം	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis പോളിയോമൈലൈറ്റിസ്	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ല്യൂപ്പസ് നെഫ്രൈറ്റിസോപ്പം SLE
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension പ്രാഥമിക ശ്വാസകോശത്തിലെ രക്താമിർദ്ദം	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy മസ്കുലർ ഡിസ്റ്റ്രോഫി	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease മെഡുല്ലറി സിസ്റ്റിക് രോഗം	<input type="checkbox"/> Loss of Speech സംസാര നഷ്ടം
<input type="checkbox"/> Kidney Failure വൃക പരാജയം	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease അൽഷീമേഴ്സ് രോഗം	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ഹൃദയമറിക്ക് ശസ്ത്രക്രിയ
<input type="checkbox"/> Major Burns പ്രധാന പൊള്ളൽ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness രോഗാവസ്ഥയിൽ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs കൈകാലുകൾ നഷ്ടപ്പെടുന്നു
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence സ്വതന്ത്ര നിലനിൽപ്പിന്റെ നഷ്ടം	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease വിട്ടുമാറാത്ത ശ്വാസകോശരോഗം	

**Section C: PAYMENT – NEFT**  
വിഭാഗം C: പേയ്മെന്റ് - അടുത്തൽ

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

**Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION**  
വിഭാഗം D: 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. 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.

മേൽപ്പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകളെല്ലാം സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും എന്റെ രോഗത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും അടിച്ചമർത്തപ്പെടുകയോ അടിയുടേടുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ക്ലെയിം ഫോമിൽ നൽകുന്നതിന് പി.എൻ.ബി. മെറ്റ്ലൈഫ് ബാധിത സമ്മതിക്കുകയോ പോളിസിയിലെ കീഴിൽ അതിന്റെ അവകാശങ്ങളോടൊന്നും എഴുതിത്തള്ളുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ല. ഏതെങ്കിലും അറിയാത്ത വിവരമോ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെക്കുറിച്ച് രേഖകൾ നൽകുന്നതിനോ പോളിസിക്ക് മുമ്പോ ശേഷമോ അദ്ദേഹം / അവൾ നേടിയേക്കാവുന്ന ഏതെങ്കിലും അനുബന്ധ രോഗമോ എന്റെ സന്ദർഭിച്ച അല്ലെങ്കിൽ പരിശോധിച്ച അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സിച്ച വൈദ്യനെ അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രിയെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. പി.എൻ.ബി. മെറ്റ്ലൈഫ് നൽകിയത്.

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 service.

എന്നും / ഞങ്ങളുടെ ശേഖരിച്ചതോ ലഭ്യമായതോ ആയ പി.എൻ.ബി. മെറ്റ്ലൈഫിന്റെ (ഈ പ്രസ്താവനയിൽ അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതും അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും നേടിയതാണെങ്കിലും) എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗതവും സെൻസിറ്റീവുമായ ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും വെളിപ്പെടുത്താനും പി.എൻ.ബി. മെറ്റ്ലൈഫിന്റെ ഞങ്ങൾ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ക്ലെയിം പ്രൊസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനും കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുമായി പുനർ ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെൻഡർമാർ, ഇൻഡസ്ട്രി അസോസിയേഷൻ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്തിനെയും ഉപയോഗിക്കാൻ അല്ലെങ്കിൽ പി.എൻ.ബി. മെറ്റ്ലൈഫിനുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എൻ്റിറ്റി.

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 ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രഖ്യാപനം. (ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് 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 ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ അവകാശിക്ക് അവൻ അവൾക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ച് നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഇത് അവർ / 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 നിർദ്ദേശിച്ച ക്ലെയിമിനുള്ള അതിന്റെ പ്രാധാന്യവും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തു.

Date തീയതി	Place സ്ഥലം	Signature of Declarant/ Witness ഡിക്ലറന്റ്/സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee അവകാശി/ നോമിനിയുടെ ഒപ്പ്/ ഇടത് പെരുവിരലടയാളം
Name of Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റ്/ സാക്ഷിയുടെ പേര്: _____	Address of Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റ്/ സാക്ഷിയുടെ വിലാസം: _____		
Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റ്/ സാക്ഷിയുമായുള്ള അവകാശവാദിയുടെ ബന്ധം: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റ്/ സാക്ഷിയുമായുള്ള അവകാശവാദിയുടെ ബന്ധം: _____		
Date: _____ തീയതി: _____	Place: _____ സ്ഥലം: _____		

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

ഈ ഫോമിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട നിർബന്ധിത രേഖകൾ:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format സുറ്റൻഡേർഡ് പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഫോർമാറ്റിൽ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (കുടുംബ വൈദ്യനിൽ നിന്നോ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ)
- Discharge Summary confirming the surgery undergone ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായെന്ന് സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന ഡിസ്ചാർജ്ജ് സംഗ്രഹം
- All past medical records for any treatment taken എടുക്കുന്ന ഏതൊരു ചികിത്സയ്ക്കായുള്ള എല്ലാ മുൻകാല മെഡിക്കൽ രേഖകളും
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക്/ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ്
- PAN Card/ Form 60 of the life assured പാൻ കാർഡ് / ലൈഫ് അഷ്യൂർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ ഫോം 60
- Current address proof നിലവിലെ വിലാസ തെളിവ്
- Photo identity proof ഫോട്ടോ ഐഡന്റിറ്റി പ്രൂഫ്
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ട ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് ബെനീഫിറ്റ് ക്ലെയിം ഫോം
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH (ബ്രാഞ്ചിൽ/ജിപിഎച്ചിൽ ലഭിച്ച ക്ലെയിമുകൾക്കായി മൂന്നാം കക്ഷി മുഖേന ക്ലെയിം അറിയിപ്പ് ലഭിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അവകാശവാദിയിൽ നിന്നുള്ള അംഗീകാര കത്ത്)

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request  
കുറിപ്പ്:- അഭ്യർത്ഥനയ്ക്കൊപ്പം ആധാർ കാർഡ് കൈവെടി തെളിവായി സമർപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ ആധാർ നമ്പറിന്റെ ആദ്യ 8 അക്കങ്ങൾ മറയ്ക്കുക