Critical Illness Claim Form
தீவிர நோய் இழப்பீடு படிவம்

POLICY NUMBER / பாலிசி எண்கள்													

Important instructions:
முக்கிய அறிவுறுத்தல்கள்:

- 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.
  நிரப்பப்பட்ட உரிமைகோரல் படிவத்தை சமர்ப்பிப்பது, தேவையான கட்டாய ஆவணங்களுடன், கொள்கையின் கீழ் எங்கள் நிறுவனத்தின் பொறுப்புகளை ஒப்புக்கொள்வதாக கருதப்படக்கூடாது. நிறுவனத்தின் சார்பாக எந்தவொரு பொறுப்பையும் ஒப்புக்கொள்ள எந்த முகவரும் / இடைத்தரகரும் இல்லை அல்லது அங்கீகரிக்கப்படவில்லை.
- 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.
  இந்த படிவத்தை முன்னதாகவே சமர்ப்பிப்பது, கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ள அவசியமான அவசியமான ஆவணங்களுடன், உங்கள் கூற்றை விரைவாக செயலாக்கவும் உதவும். கட்டாய ஆவணங்களைச் சமர்ப்பிப்பதன் மூலம், முழுமையற்ற உரிமைகோரல் படிவம் மற்றும்/அல்லது சமர்ப்பிக்கப்பட்டதன் காரணமாக உரிமைகோரல் செயலாக்கப்படுவதில் காலதாமதம் ஏற்படுவதற்கு பீஎன்பி மெட்லைஃப் பொறுப்பாகாது.
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
  இந்த படிவம் மழவதம் கொட்டை எழத்தக்களால் நிரப்பப்படவேண்டம்.
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
  இந்த படிவத்தில் ஏதேனம் புதப்பித்தல் / திரத்தங்கள் செய்யப்பட்பிரக்கம் இடங்களில் தயவுசெய்த கவுண்டர்-கையொப்பம் இடவும்.
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
  வர்த்தமான உத்தியோகத்தர் / நோட்டரி பொத / நீதிவான் அல்லத உள்வூர் நிலை நபரின் சாட்சி கையொப்பம் கட்டாயமாகும்.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
  படிவங்களம் அனைத்த தேவையான ஆவணங்களை அரகில் உள்ள பீஎன்பி மெட்லைஃப்-யின் கிளை அலவலத்திலோ அல்லத மேலே கறிப்பிட்டள்ள மகவரியிலோ சமர்ப்பிக்கவேண்டம்.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

பகுதி A: காப்பீடு செய்தவரின் விவரங்கள்

Name: ____________________ Age: ____________
பெயர்: ____________________ வயது: ____________
Address (Current Residential Address): ____________________
____
முகவரி (தற்போதைய வீட்டு முகவரி): ____________________
____
City ____________ Pin Code ____________ State ____________
நகரம் ____________ அஞ்சல் குறியீடு ____________ மாநிலம் ____________
Contact Number: Landline ____________ /Mobile ____________
தொடர்பு எண்: லேண்ட்லைன் ____________ /கைபேசி ____________
E-mail Address: ____________ PAN No./ Form 60: ____________
மின்னஞ்சல் முகவரி: ____________ PAN எண்/ படிவம் 60: ____________
*Aadhaar No: | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | *Only last 4 digits to be mentioned.
*ஆதார்எண்: *கடைசி 4 இலக்கங்களை மட்டுமே குறிப்பிட வேண்டும்.

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

சிக்கலான நோய் ஒப்புதல் ரசீது

Policy number(s) ____________, ____________, ____________, ____________,
பாலிசிஎண்(கள்)
Name of claimant ____________________
உரிமை கோருபவர் பெயர்
Branch name & code ____________________
கிளையின் பெயர் குறியீடு
Date: ____________ **Employee name & Code** ____________
நாள்: **ஊழியர் பெயர் குறியீடு**

Company Seal & Stamp with Date and time
நாள் மற்றும் நேரத்துடன் நிறுவனத்தின் சீல் மற்றும் முத்திரை

Documents Submitted:
ஆவணங்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட்டது:

- ☐ **Original Policy Document** / **அசல் பாலிசி ஆவணம்**
- ☐ **Claimant's photo identity proof** / **உரிமை கோருபவரின் புகைப்படச் சான்று**
- ☐ **Family physician certificate** / **குடும்ப மருத்துவர் சான்றிதழ்**
- ☐ **Cancelled cheque / Copy of bank passbook** / **ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை / வங்கி கணக்கு புத்தகத்தின் நகல்**
- ☐ **Attending physician certificate** / **சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரின் சான்றிதழ்**
- ☐ **PAN Card/ Form 60 of the nominee** / **நியமனதாரரின் PAN அட்டை/ படிவம் 60**
- ☐ **Medical Documents (if any)** / **மருத்துவ ஆவணங்கள் (ஏதும் இருந்தால்)**
- ☐ **All past medical records for any treatment taken** / **ஏதேனும் சிகிச்சை எடுக்கப்பட்டிருந்தால் அதன் அனைத்து கடந்தகால மருத்துவ பதிவுகள்**
- ☐ **Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper** / **கண்டறிந்த நோய்க்கான நோயறிதல் மற்றும் சிகிச்சைக்கான முழுமையான மருத்துவப் பதிவுகள் அதாவது, எல்லா பரிசோதனை அறிக்கைகளும், டிஸ்சார்ஜ் சுருக்கம், இன்டோர் கேஸ் பேப்பர்**

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.

நிறுவனத்தின் கூடுதல் ஆவணங்கள், தகவல்கள் மற்றும் தேவையான எந்த தேவைப்பாடுகளையும், இந்த உரிமைகோரல் நிகழ்முறைகளைத் தீர்மானித்துக் கொள்ளும் உரிமை நிறுவனத்திற்கு உள்ளது.

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

பகுதி B: காப்பீடு செய்தவரின் மருத்துவ பின்னணி

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: ____________________

நிலைத்திரக்கம் நோய்/உடல்நலமின்மை/காயத்தின் பெயர்: ____________________

Symptoms: ____________________

அறிகுறிகள்: ____________________

Duration of symptoms: ____________ Date of Diagnosis: ____________

அறிகுறிகளின் காலம்: ____________ நோய் கண்டறிதல் தேதி: ____________

When were these symptoms first evident/occurred: ____________________

இந்த அறிகுறிகள் எப்போது முதலில் தோன்றின/நிகழ்ந்தன: ____________________

Date and Time of Admission ____________ Date and Time of Discharge ____________

சேர்க்கை தேதி மற்றும் நேரம் ____________ டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் ____________

Name of hospital: ____________________

மருத்துவமனையின் பெயர்: ____________________

Have you ever had the similar condition in past: ☐ Yes ☐ No (If "yes," provide details) ____________________

____

கடந்த காலங்களில் இதேபோன்ற நிலையை நீங்கள் எப்போதாவது பெற்றிருக்கிறீர்களா: ☐ ஆம் ☐ இல்லை ("ஆம்" என்றால், விவரங்களை அளிக்கவும்) ____________________

____

Nature of Illness and Habits நோய் மற்றும் பழக்கவழக்கங்களின் தன்மை					Date of diagnosis of Illness நோய் கண்டறிதல் தேதி
☐ Hypertension உயர் இரத்த அழுத்த	☐ Diabetes நீரிழிவு நோய்	☐ Asthma ஆஸ்துமா	☐ Heart இதயம்	☐ Cancer புற்றுநோய்	
☐ Tuberculosis காசநோய்	Other.. மற்றவை				
☐ Smoking புகைப்பிடித்தல்	☐ Alcohol ஆல்கஹால்	☐ Tobacco புகையிலை	☐ Drugs போதைமரந்தகள்		

If yes, Duration of Consumption ____________ & Quantity Consumed ____________

ஆம் என்றால், நுகர்வு காலம் ____________ நுகரப்பட்ட அளவு ____________

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)

தீவிர நோய் குறித்த தகவல் (கண்டறியப்பட்ட நோயை பிக் செய்யவும்)

☐ Heart attack மாரடைப்பு	☐ Cancer புற்றுநோய்	☐ CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) (சிஏபிஜி) (கொரோணரி ஆர்டரி பைபாஸ் சர்ஜரி)
☐ Stroke பக்கவாதம்	☐ Apallic Syndrome எபாலிக் சின்றோம்	☐ Benign Brain Tumor பெனிக் மூளை புற்றுநோய்
☐ Blindness பார்வையின்மை	☐ Brain Surgery மூளை அறுவைசிகிச்சை	☐ Coma கோமா
☐ End Stage Liver Disease கடைசி நிலை கல்லீரல் நோய்	☐ Heart Valve Surgery இருதய குழாய் அறுவைசிகிச்சை	☐ Major Head Trauma முக்கிய தலை ட்ராமா
☐ Angioplasty எஞ்சியோபிளாஸ்டி	☐ Major Organ Transplant முக்கிய பாகம் மாற்றம்	☐ Paralysis முடக்குவாதம்
☐ Aplastic Anemia எப்ளாஸ்டிக் அநீமியா	☐ Cardiomyopathy கார்டியோமையோபதி	☐ Deafness காதுகேட்காமை
☐ Parkinson's Disease பார்க்கின்சன் நோய்	☐ Poliomyelitis போலியோமைஎலிடிஸ்	☐ SLE with Lupus Nephritis லூபஸ் நெப்ரிடிஸ் உடன் எஸ்எல்ஈ
☐ Primary Pulmonary Hypertension முதன்மை பல்மனரி உயர்அழுத்தம்	☐ Muscular Dystrophy மஸ்குளர் டிஸ்ட்ரோபி	☐ Multiple Sclerosis மல்டிபிள் ஸ்க்லேரோசிஸ்
☐ Motor Neuron Disease மோட்டார் நியூநோன் நோய்	☐ Medullary Cystic Disease மெடுலரி சிஸ்டிக் நோய்	☐ Loss of Speech பேசும்தன்மை இழப்பு
☐ Kidney Failure சிறுநீரக செயல்பாடின்மை	☐ Alzheimer's Disease அல்சைமர் நோய்	☐ Surgery to Aorta ஆரோட்ட அறுவைசிகிச்சை
☐ Major Burns முக்கிய தீக்காயங்கள்	☐ Terminal Illness தீவிர நோய்	☐ Loss of Limbs கைகால் இழப்பு
☐ Loss of Independent Existence தனியாக இருப்பது இழப்பு	☐ Chronic Lung Disease தீவிர கல்லீரல் நோய்	

Section C: PAYMENT – NEFT

பகுதி C : பணம் செலுத்தல் - என்ஈஎப்டீ

Bank Account no: ____________________

வங்கி கணக்கு எண்: ____________________

Name of bank: ____________________

வங்கியின் பெயர்: ____________________

IFSC code: ____________________

ஐஎப்எஸ்சி குறியீடு: ____________________

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

பகுதி D: அறிக்கை மற்றும் அங்கீகாரம்

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.

மேற்கூறிய கூற்றுகள் அனைத்தும் உண்மையானவை மற்றும் முழுமை கொண்டவை என்பதை நான் தெரிவித்துக் கொள்கிறேன். உரிமை கோரல் படிவத்தில் பீஎன்பி மெட்லைஃப் கடப்பாடையோ அல்லது கொள்கையின் கீழ் அதன் உரிமைகளை விட்டுக்கொடுக்கவோ இல்லை என்பதை நான் புரிந்துகொண்டேன். எந்த ஒரு நோயோ அல்லது நோயாளியோ, எந்த ஒரு அறிவு அல்லது தகவலையும் வெளிப்படுத்தவோ அல்லது ஆய்வு செய்யவோ, அல்லது என் உடல்நலத்தின் நிலை குறித்த பதிவுகளை சமர்ப்பிக்கலாம் அல்லது இந்த கொள்கைக்கு முன்பு அல்லது அதற்குப் பிறகு பீஎன்பி மெட்லைஃப் வழங்கப்பட்ட பிறகு, அவர் பெற்ற மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனைக்கு நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

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.

நான் / நாங்கள் இங்கே மேலும் ஒப்புதல், மற்றும், பி.என்.பி. மெட்லைஃப் பயன்படுத்தி, உங்கள் சொந்த மற்றும் உணர்வுபூர்வமான தகவல் எதையும் பயன்படுத்தவும் வெளிப்படுத்தவும்/எங்கள் சேகரிக்கப்பட்ட அல்லது பி.என்.பி. மெட்லைஃப் (இந்த அறிக்கையில் அடங்கியுள்ளதா அல்லது பெறப்பட்டதா) இந்த உரிமைகோரல் மற்றும்/அல்லது அடுத்தடுத்த சேவைகளை வழங்குவதற்கு, மறுகாப்பீட்டாளர்கள், புலனாய்வு நிறுவனங்கள், விற்பனையாளர்கள் மற்றும் தொழில்துறை சங்கங்கள்/கூட்டமைப்புகள் உட்பட.

Signature/Left Thumb impression ______________________________ Date ____________________

கையொப்பம்/இடது கட்டைவிரல் எண்ணம் ______________________________ தேதி ____________________

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)

சிக்கலான நோய் கோரிக்கைப் படிவத்தை நிரப்புபவரின் உறுதிமொழி. (விண்ணப்பப் படிவத்தில் உள்ள மொழியிலிருந்து மாறுபட்ட மொழியில் சிக்கலான நோயின் கோரிக்கைப் படிவம் நிரப்பப்பட்டால் / கையொப்பமிடப்பட்டிருந்தால்)

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.

கோருபவருக்கு அவர் புரிந்துகொள்ளும் மொழியில் சிக்கலான நோய் கோரிக்கை படிவத்தில் உள்ள விஷயங்களை நான் முழுமையாக விளக்கினேன் என்று இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். அதை அவர் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டார் மற்றும் உரிமை கோருபவர் அளித்த தகவலின்படி பதில்கள் பதிவு செய்யப்பட்டன. அந்தப் பதில்கள் அவருக்கு வாசித்துக் காட்டப்பட்டன, அவரால் முழுமையாகப் புரிந்துகொள்ளப்பட்டது மற்றும் உறுதிப்படுத்தப்பட்டது.

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

படிவம் மற்றும் ஆவணத்தின் உள்ளடக்கம் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டது, இங்கு குறிப்பிடப்பட்டுள்ள உள்ளடக்கத்தையும், முன்மொழியப்பட்டுள்ள உரிமைக்கோரிக்கையின் முக்கியத்துவத்தையும் நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன்.

Date தேதி	Place இடம்	Signature of the Declarant/ Witness அறிவிப்பாளர் சாட்சி / கையொப்பம்	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee கையொப்பம் / இடது கட்டைவிரல் பதிவை உரிமைகோருபவர் / பரிந்துரைக்கப்பட்டவர்

Name of Declarant/ Witness: ____________________

அறிவிப்பாளர் சாட்சியின் /பெயர்: ____________________

Contact No. of Declarant/ Witness: ____________________

அறிவிப்பாளர்:சாட்சியின் தொடர்பு எண் / ____________________

Date: ____________________

நாள்: ____________________

Address of Declarant/ Witness: ____________________

அறிவிப்பாளர்/சாட்சியின் முகவரி: ____________________

Claimant relation with Declarant/ Witness: ____________________

அறிவிப்பாளர்சாட்சியுடன் உரிமைகோருபவ/ர் உறவு: ____________________

Place: ____________________

இடம்: ____________________

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

இந்த படிவத்துடன் சமர்ப்பிக்க வேண்டிய கட்டாய ஆவணங்கள்:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
  மருத்துவரின் சான்றிதழ் தரப்படுத்தப்பட்ட (குடும்ப மருத்துவர் அல்லது சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரிடம் இருந்து)PNB MetLife வடிவத்தில் முன்னுரிமை
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
  அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டதை உறுதிப்படுத்தும் விடுவிப்பு அறிக்கை
- All past medical records for any treatment taken
  எடுக்கப்பட்ட சிகிச்சைக்கான அனைத்து கடந்த மருத்துவ பதிவுகள்
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
  ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை வங்கி பாஸ்புக்கின் நகல் /
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
  நிரந்தர கணக்கு எண் அட்டை / ஆயுள் காப்புறுதியின் படிவம் 60
- Current address proof
  தற்போதைய முகவரி ஆதாரம்
- Photo identity proof
  புகைப்பட அடையாளச் சான்று
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
  மருத்துவமனை ரொக்கப் பலன் கோரிக்கைப் படிவம் சம்பந்தப்பட்ட மருத்துவரால் சான்றளிக்கப்பட வேண்டும்
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
  கிளை/GPH இல் பெறப்பட்ட உரிமைகோரல்களுக்கு மூன்றாம் தரப்பினர் மூலம் உரிமைகோரல் அறிவிப்பு பெறப்பட்டால், உரிமைகோருபவரிடமிருந்து பெறப்பட்ட அங்கீகார கடிதம்

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

குறிப்பு கோரிக்கையுடன் :KYC ஆதாரமாக ஆதார் அட்டை சமர்ப்பிக்கப்பட்டால், ஆதார் எண்ணின் முதல் 8 இலக்கங்களை மறைக்கவும்.