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 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

பிஎன்பி மெட்லைப் இந்தியா இன்ஷூரன்ஸ் கம்பனி லிமிடட்,
பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம் : யூனிட் நம்பர் .701, 702 & 703, ஏழாவது தளம், மேற்கு விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம். ஜி.ரோடு, பெங்களூரு -560001, கர்நாடகா. ஐஆர்டிஎ ஆப் இந்தியா பதிவு எண் 117.CI No. U66010KA2001PLC028883,
at 1-800-425-6969 என்ற இலவச எண்ணில் அழைக்கவும், இணையதளம்: www.pnbmetlife.com , மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு
எழுதவும் - 1 ஆவது தளம், டெக்னிப்ளேக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ் , ஆப் வீர் சவர்கர் மேம்பாலம் , கோரேகான் (மேற்கு),
மும்பை - 400062. தொலைபேசி :+91-22-41790000, ஃ பாக்ஸ் :+91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM
மருத்துவமனை பண ஆதாய உரிமைகோரல் படிவம்

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)
முதன்மை காப்பீடு செய்யப்பட்டவராலும் (தனக்கு மற்றும் சிறு வயதினர் ஆயுளுக்காக) இரண்டாம்நிலை காப்பீடு செய்யப்பட்டவராலும் (தனக்காக) நிரப்பப்படவேண்டும்

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM
குறிப்பு: தயவுசெய்து அனைத்துப் பக்கங்களிலும் கீழே கையொப்பமிடவும்

General instructions :
பொது அறிவுறுத்தல்கள்:

- **While answering questions in the claim form and providing any other information in respect of the claim, the Claimant must make a full and frank disclosure of all material facts.**
  உரிமைகோரல் படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளுக்கு விடையளிக்கும்போதும் உரிமைகோரல் தொடர்பான ஏதேனும் பிற தகவல்களை வழங்கும்போதும், உரிமைகோருபவர் கண்டிப்பாக அனைத்து முக்கியமான விஷயங்களின் ஒரு முழுமையான மற்றும் உறுதியான பதிலை வழங்க வேண்டும்.
- **Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.**
  பாலிஸியின் கீழ் ஆதாயங்களைக் கிடைக்கப்பெறுவதற்கு தயவுசெய்து பாலிஸி ஆவணத்தைக் கவனமாகப் படிக்கவும்.
- **All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.**
  உரிமைகோரல் படிவத்தில் செய்யப்படும் அனைத்துத் திருத்தங்களும் முறையாக முழுமையான மேலொப்பமிடப்பட்டிருக்க வேண்டும்.
- **If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.**
  வழங்கப்பட்டுள்ள இடம் போதுமானதாக இல்லையெனில், தயவுசெய்து இந்த படிவத்துடன் பிற்சேர்க்கைகளை இணைக்கவும்
- **Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.**
  ஒரு விரைவான செயலாக்கத்திற்காக தயவுசெய்து உரிமைகோரல் படிவத்துடன் தேவையான ஆவணங்களையும் சமர்ப்பிக்கவும்.
- **The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.**
  கோரிக்கையை செயல்படுத்துவதற்குத் தேவையான கூடுதல் சான்றுகளுக்காகத் தொலைபேசியில் அழைப்பதற்கு நிறுவனத்திற்கு உரிமையுள்ளது.
- **Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.**
  படிவத்தை சமர்ப்பித்தல் எங்களால் முறையாக ஒப்புக்கொள்ளப்படுகின்றது என்பது உரிமைகோரல் ஏற்கப்பட்டுள்ளது என்பதைக் குறிப்பதில்லை
- **(*) Mandatory fields**
  (*) கட்டாயமான புலங்கள

1. Particulars of Life Assured:
ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவின் விபரங்கள்

Policy Number*: _____
பாலிஸி எண்*

Name of the Life Assured*: _____
காப்புறுதி செய்யப்பட்டவரின் பெயர்*

Name of the Principal Insured(In case the Life Assured is a Minorlifeor Secondary life):
முதன்மை காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் பெயர் (ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவர் ஒரு சிறுவயதினராக அல்லது இரண்டாம் நிலை ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவராக உள்ள சூழ்நிலையில்)
_____

Date of Birth: _____ Sex: Male ☐ Female ☐
பிறந்த தேதி பாலினம் ஆண பெண்

Address: _____
முகவரி

_____

Tel/Mobilenumber: _____ Email: _____
தொலைபேசி எண் மின்னஞ்சல்

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes ☐ No ☐
பணவழங்கீடு முதன்மை காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் பெயரில் செய்யப்பட வேண்டுமென்று நீங்கள் விரும்புகின்றீர்களா ஆம இல்லை

(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
(ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் இரண்டாம்நிலை காப்பீடு செய்யப்பட்டவராக இருந்தால் பொருந்தக்கூடியது)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*: _____
(பொருத்தமானபடி) உரிமைகோருபவரின்.முதன்மை காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் வங்கிக் கணக்கு எண்*:

Name of the Bank, Address *: _____
வங்கியின் பெயர், முகவரி

2. Particulars of Complaints and Symptom
பிரச்சனைகள் மற்றும் அறிகுறிகளின் விவரங்கள்

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: _____
அனுமதிக்கப்பட்ட மருத்துவமனையின் பெயர், முகவரி & தொடர்பு விவரங்கள்
_____

II. Reason for Hospitalization: _____
மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டதற்கான காரணம்

III. Date of disease (first diagnosis/surgery) : __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY)
நோய் தாக்கிய தேதி (முதல் நோயறிகை / அறுவைசிகிச்சை)

IV. Date and time of admission: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY) __ __ : __ __ (in 24 Hrs format)
அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24 மணி நேர வடிவமைப்பில்)

V. Exact diagnosis /condition(s): _____
மிகச்சரியான நோயறிகை / நிலைகள

VI. Investigations undergone _____
செய்யப்பட்ட பரிசோதனைகள்

VII. Date and time of discharge : __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY) __ __ : __ __ (in 24 Hrs format)
விடுவிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24 மணி நேர வடிவமைப்பில்)

VIII. Details of occupation, address and tel.numbers of the employer(s) : _____
வேலையின் விவரங்கள், பணியமர்த்துநரின்(களின்) முகவரி மற்றும் தொலைபேசி எண்கள்
_____

IX. ICU Benefit Availed: Yes ☐ No ☐ Recuperation Benefit availed: Yes ☐ No ☐
ICU வசதி பயன்படுத்திக்கொள்ளப்பட்டதா: ஆம் இல்லை மீளப்பெறல் வசதி பயன்படுத்திக்கொள்ளப்பட்டதா: ஆம இல்லை

X. Date and time of Admission into ICU: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY) __ __ : __ __ (in 24 Hrs format)
ICUவிற்கு அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24 மணி நேர வடிவமைப்பில்)

XI. Date & time of Discharge fromICU: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY) __ __ : __ __ (in 24 Hrs format)
ICUவிலிருந்து விடுவிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24 மணி நேர வடிவமைப்பில்)

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM
மருத்துவமனை பண ஆதாய உரிமைகோரல் படிவம்

3. Following reports and documents taken before and during treatment or operation are enclosed:
சிகிச்சை அல்லது அறுவை சிகிச்சைக்கு முன்னர் அல்லது அவற்றின்போது எடுக்கப்பட்ட பின்வரும் அறிக்கைகள் மற்றும் ஆவணங்கள் இணைக்கப்பட்டுள்ளன:

a) **Copy of Admission Notes** ☐
அனுமதிக் குறிப்புகளின் நகல்

b) **Copy of Discharge Summary** ☐
விடுவிப்புச் சுருக்க அறிக்கையின் நகல

c) **Copy of Final Hospital Cash Paid Bill** ☐
இறுதியாக மருத்துவமனையில் பணம் செலுத்திய பில்லின் நகல்

d) **Any others. Please mention:**_____
ஏதேனும் பிற. தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced atBranch for verificationby BSM)
(மேலே குறிப்பிட்டுள்ள அனைத்து ஆவணங்களும் மருத்துவமனை அதிகாரிகளால் சான்றொப்பமிடப்பட்டிருக்க வேண்டும் அல்லது BSMஆல் சரிபார்க்கப்படும்போது அசல் ஆவணங்கள் கிளையில் காண்பிக்கப்பட வேண்டும்)

4. Particulars of doctors consulted and hospital / medical centre wherein the Life Assuredwas admitted currently or for any other previous illness:
கலந்தாலோசித்த மருத்துவர்கள் மற்றும் ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவர் தற்போது அல்லது ஏதேனும் பிற முந்தைய நோய்களுக்காக அனுமதிக்கப்பட்ட மருத்துவமனை / மருத்துவ மையம்

Sr. No வ. எண்	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres மருத்துவர்கள் / மருத்துவமனைகள் / மருத்துவ மையங்களின் பெயர்	Date of first consultation முதலில் கலந்தாலோசனை செய்த தேதி	Address முகவரி	Registration no. of Doctors/ Hospitals மருத்துவர்கள் / மருத்துவமனைகளின் பதிவு எண்	Date of Admission& operation அனுமதிக்கப்பட்ட & அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்ட தேதி	Date of Discharge விடுவிக்கப்பட்ட தேதி

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:
உறுதிமொழி மற்றும் அங்கீகரிப்பு:

I _____ do solemnly declare and confirm that the foregoing answers and statements are true and complete in all respects. _____ ஆகிய நான் மேலே கூறப்பட்ட பதில்களும் அறிக்கைகளும் அனைத்து அம்சங்களிலும் உண்மையானவை மற்றும் முழுமையானவை என்று நான் முறையாக அறிவித்து உறுதிசெய்கிறேன்.

I hereby authorize any medical practitioner or hospital or nursing home or medical clinic who or which has attended upon or examined or treated me/Life Assured for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding my/Life Assured's state of health which he/she/they may have acquired before or after the issuance of the policy, to PNB MetLife India Life Insurance Co Ltd, any of its offices or a Court of law, or any grievance redressal forum. I hereby confirm that this authorization is notwithstanding any law, custom or usage for the time being in force prohibiting any physician or hospital from divulging any knowledge or information, acquired by him/ her/them in attending upon or examining a person on the ground of secrecy.
ஏதேனும் சுகவீனம் அல்லது நோய்க்காக எனக்கு / ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவரைக் கவனித்துக் கொண்ட அல்லது பரிசோதித்த அல்லது சிகிச்சையளித்த ஏதேனும் மருத்துவப் பயிற்சியாளர் அல்ல மருத்துவமனை பாலிஸி வழங்கப்படுவதற்கு முன்னர் அல்லது பின்னர் அவர்கள் அடையப்பெற்ற எனது / ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவரின் ஆரோக்கிய நிலையைப் பற்றிய ஏதேனும் அறிவு அல்லது தகவல்களை PNB MetLife இந்தியா காப்பீட்டு நிறுவனம் (வரை), ஏதேனும் அதன் அலுவலகங்கள் அல்லது நீதிமன்றம் அல்லது ஏதேனும் குறைதீர்க்கும் மன்றம் போன்றவற்றிடம் தெரிவிப்பதற்கு இதன் அங்கீகாரமளிக்கின்றேன். இருந்தபோதிலும்கூட இந்த அங்கீகரிப்பு ஆனது ஒரு நபரைக் கவனித்துக்கொள்ளுதல் அல்லது பரிசோதித்தலின்மீது ஏதேனும் மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனை அடையப்பெற் ஏதேனும் அறிவு அல்லது தகவல்களைத் தெரிவிப்பதிலிருந்து இரகசியக் காப்பின் அடிப்படையில் அவரை / அவர்களை வலுவாகத் தடுப்பதில் எந்த ஒரு சட்டம், வழக்கம் அல்லது பயன்பாடு பற்றிக்கொள்வதில்லை என்று இதன்மூலம் உறுதிசெய்கிறேன்.

Further, I hereby authorize any insurance company, government organization, employer, other organization, institution or person to release to PNB MetLife India Insurance Company Ltd or its duly authorized representatives any record or knowledge about my/Life Assured. I hereby confirm that such information shall without limitation include information about my/Life Assured's health (including any information relating to the use of drugs or Alcohol, AIDS, or mental and physical history, condition, advice or treatment), earnings or other insurance benefits.
மேலும், என்னைப் பற்றிய / ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவரைப் பற்றிய ஏதேனும் பதிவேடு அல்லது அறிவை ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனம், அரசு நிறுவனம், பணியமர்த்துநர், பிற நிறுவனம், கல்வி நி அல்லது நபர் PNB MetLife இந்தியா காப்பீட்டு நிறுவனம் (வரை) அல்லது நிறுவனத்தால் முறையாக அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதிகளிடம் வெளியிடுவதற்கு நான் இதன்மூலம் அங்கீகாரமளிக்கின்றேன். அவ் வெளியிடப்படும் தகவல்கள் எனது / ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவரின் ஆரோக்கியத்தைப் பற்றிய தகவல்கள் (போதை மருந்துகள் அல்லது மது பயன்பாடு, எய்ட்ஸ், அல்லது மனோவியல் ரீதியான ம உடல்ரீதியான வரலாறு, நிலை, அறிவுரை அல்லது சிகிச்சை போன்றவை உள்ளிட்ட), வருவாய்கள் அல்லது பிற காப்பீட்டு ஆதாயங்கள் போன்றவற்றை எந்த ஒரு வரம்புமின்றி உள்ளடக்கும் என்பதை ந

I hereby declare that I am entitled to make the above authorizations. I also agree to render help to PNB MetLife India Life Insurance Co Ltd or its duly authorized representatives to gather the said information or any information that may help the company to process this claim and to use the information in whatever manner as may be deemed to be fit in furtherance of the claim.
மேற்குறிப்பிட்ட அங்கீகாரங்களைச் செய்வதற்கு எனக்குத் தகுதியுள்ளது என்று இதன்மூலம் நான் உறுதிமொழியளிக்கின்றேன். மேலும் PNB MetLife இந்தியா காப்பீட்டு நிறுவனம் (வரை) அல்லது நிறுவனத்தால் முறையாக அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதிகளுக்கு மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் அல்லது இந்த உரிமைகோரலை செயல்படுத்துவதற்கு நிறுவனத்திற்கு உதவக்கூடிய ஏதேனும் தகவல்கள் போன்றவற்றைப் பெறுவதற்கும் அவ்வாறு பெறப்பட்ட தகவல்களை உரிமைகோரலை செயல்படுத்துவதில் பொருத்தமாகக் கருதப்படும் எந்தஒரு முறையிலும் பயன்படுத்துவதற்கும் ஒத்துழைப்பு அளிப்பேன் என்றும் ஒத்துக்கொள்கிறேன்.

Signature / Thumb impression of the Claimant: _____
உரிமைகோருபவரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் ரேகை

Place: _____ Date: _____
இடம் தேதி

Signature of the Witness/Declarant:_____ Name of Witness/ Declarant: _____
சாட்சி/உறுதிமொழியளிப்பவரின் கையொப்பம் சாட்சி/உறுதிமொழியளிப்பவரின் பெயர்

Place: _____Date: _____
இடம் தேதி

6. VERNACULAR DECLARATION: (To be given if claim form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.)
I have explained the contents of this claim form to the Claimant in _____ _____ (language) and ensured that the contents have been fully understood by him/her. I have accurately recorded the Claimant's responses to the information sought in the claim form. I have read out the responses to the Claimant and he/she has confirmed that they are correct and affixed his/her thumb impression after fully understanding the same.
இந்த உரிமைகோரல் படிவத்தின் உள்ளடக்கங்களை நான் உரிமைகோருபவரிடம் _____ _____ (மொழி) மொழியில் விளக்கியுள்ளேன், மேலும் இதன் உள்ளடக்கங்கள் அவரால் முற்றிலும் புரிந்துகொள்ளப்பட்டன என்பதை உறுதிசெய்கிறேன். உரிமைகோரல் படிவத்தில் கேட்கப்பட்ட கேள்விக்கான உரிமைகோருபவரின் பதில்களை நான் துல்லியமாகப் பதிவுசெய்தேன். அந்த பதில்களை நான் உரிமைகோருபவரிடம் வாசித்துக் காண்பித்தேன், மேலும் அவர் அப்பதில்கள் சரியானவை என்று உறுதிசெய்து அவற்றை முற்றிலும் புரிந்துகொண்ட பின்னர் தனது பெருவிரல் ரேகையைப் பதிவுசெய்துள்ளார்.

Signature of the Witness/Declarant:_____ Name of Witness/ Declarant: _____
சாட்சி/உறுதிமொழியளிப்பவரின் கையொப்பம சாட்சி/உறுதிமொழியளிப்பவரின் பெயர
Address: _____
முகவரி
Place: _____Date: _____
இடம் தேதி

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.
குறிப்பு: தற்போதைய பாலிஸி சேவைப் படிவமானது அசல் உள்ளடக்கத்தை ஆங்கிலத்திலும், அதற்குரிய வட்டார மொழிக்கான மொழிபெயர்ப்பையும் கொண்டுள்ளது. மொழிபெயர்ப்பு செய்யப்பட்ட பதிப்பு மற்றும் அசல் ஆங்கில பதிப்பு ஆகியவற்றிற்கிடையே ஏதேனும் முரண்பாடு எழுகின்ற சூழ்நிலையில், ஆங்கிலப் பதிப்பானது இறுதியானதாகக் கருதப்பட்டு, வழக்கில் நீடித்திருக்கும்.