



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

പി എൻ ബി മറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റർ ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ - 560001, കർണ്ണാടക, ഐ.ആർ.ഡി.എ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ടോളിംഗ് ഫ്രീൽ 1-800-425-6969, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഒന്നാം നിലയിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക, ടെക്നപ്ലക്സ്-1, ടെക്നപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സവർക്കർ ഫ്ലൈവേർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062, ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

Disability Claim Form
വൈകല്യത്തിനുള്ള ക്ലെയിം ഫോറം

POLICY NUMBER / പോളിസി നമ്പർ

Important instructions:
പ്രധാന നിർദ്ദേശങ്ങൾ:

To be completed by the claimant in BLOCK letters
ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തി ഇംഗ്ലീഷ് വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ പൂർത്തീകരിക്കേണ്ടത്
Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. Countersign where amendments/alterations are made in the form.

ദയവായി എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകുക, കളങ്ങൾ ശൂന്യമായി വിടുന്നതിനു പകരം അനുയോജ്യമായ വിധം "ബാധകമല്ല" (N/A) എന്നത് ഉപയോഗിക്കുക ഫോറത്തിൽ മാറ്റം വരുത്തൽ /തിരുത്തൽ നടത്തിയ ഭാഗങ്ങളിൽ മേലൊപ്പു വയ്ക്കുക.

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing. CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് നിർബന്ധമാണ്. സാക്ഷി ഒരു ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ/ നോട്ടറി പബ്ലിക്/ മജിസ്ട്രേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ പ്രാദേശികമായി മതിപ്പുള്ള ആൾ ആയിരിക്കണം. എല്ലാ പേജുകളുടെയും അടിയിൽ ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തി ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്

The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our Company. No agent has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

ഈ ക്ലെയിം ഫോറം പൂരിപ്പിക്കുന്നതുകൊണ്ട് ഞങ്ങളുടെ കമ്പനിയുടെ ബാധ്യതകൾ സമ്മതിച്ചതായി പരിഗണിക്കേണ്ടതില്ല. കമ്പനിക്ക് വേണ്ടി ബാധ്യതകൾ ഏറ്റെടുക്കാനായി ഏതെങ്കിലും ഏജന്റിനെ അല്ലെങ്കിൽ അംഗീകൃത വ്യക്തിയെ ഏറ്റെടുത്തിട്ടില്ല.

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

ഏറ്റവും അടുത്തുള്ള ശാഖയിൽ അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ പരാമർശിച്ച വിലാസത്തിൽ ദയവായി ഫോറവും, മറ്റ് ആവശ്യമാകുന്ന രേഖകളും സമർപ്പിക്കുക.

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

കാലതാമസം കൂടാതെയും പൂർണ്ണമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾ സമർപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ ക്ലെയിമുകൾ എത്രയും വേഗം പരിഗണിക്കാൻ കമ്പനിക്ക് സാധ്യമാകും.

CLAIMANT DETAILS:

ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Insured:
ജീവൻരക്ഷ നൽകപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്:
Address:
വിലാസം:
Contact No.:
സമ്പർക്ക നമ്പർ:
E-mail address:
ഇ-മെയിൽ വിലാസം:
Bank Account Number of the Claimant\*:
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ (ക്ലെയിം ചെക്ക് നൽകപ്പെടേണ്ട ആവശ്യത്തിലേക്ക്)
Name & Address of the Bank\*:
ബാങ്കിന്റെ പേരും വിലാസവും:

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABILITY:

വൈകല്യത്തിനായി ജീവൻരക്ഷ എടുത്ത വ്യക്തി ചികിത്സ തേടിയ ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Doctor:
ഡോക്ടറുടെ പേര്:
Name of the Hospital:
ആശുപത്രിയുടെ പേര്:
Address:
വിലാസം:
Contact No.:
സമ്പർക്ക നമ്പർ:
E-mail address:
ഇ-മെയിൽ വിലാസം:

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):

ഏത് വൈകല്യമാണ് ബാധകമായതെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക (പോളിസിയിൽ നിർവചിച്ചതനുസരിച്ച് പട്ടികയായി നൽകുക):

Grid of disability options:
Loss of sight of one eye
Loss of Hearing
Loss of speech and hearing
Loss of use of one Limb
Loss of use of two limbs
Loss of Speech
Loss of sight of both the eyes
Loss of one limb & loss of sight of one eye

Note: In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability
ശ്രദ്ധിക്കുക: അപകടം മൂലമുള്ള വൈകല്യമുണ്ടാകാൻ കാരണം അപകടം ആണെന്ന് തിരിച്ചറിയുന്നതിന് ലഭ്യമായ അധികമായി ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ദയവായി പൂരിപ്പിക്കുക

**DETAILS OF ACCIDENT:**

അപകടം സംഭവിച്ചതിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Cause of Accident: \_\_\_\_\_  
 അപകടം സംഭവിച്ചതിന്റെ കാരണങ്ങൾ: \_\_\_\_\_  
 Date of Accident: \_\_\_\_\_  
 അപകടം സംഭവിച്ച തീയതി: \_\_\_\_\_  
 Is FIR lodged:  Yes  No  
 എഫ് ഐ ആർ സമർപ്പിച്ചിരുന്നോ:  ഉണ്ട്  ഇല്ല  
 If "yes" please attach the copy of Accident: \_\_\_\_\_  
 ഉണ്ട് എങ്കിൽ ദയവായി അപകടത്തിന്റെ രേഖയുടെ ഒരു പകർപ്പ് ഒപ്പം ചേർക്കുക: \_\_\_\_\_

**HISTORY**

ചരിത്രം

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_  
 ആദ്യ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെട്ട തീയതി: \_\_\_\_\_  
 Have you ever had the similar condition in past:  Yes  No  
 നിങ്ങൾക്ക് സമാനമായ അവസ്ഥ മുമ്പെപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ:  ഉണ്ട്  ഇല്ല  
 (If "yes," state when and provide details): \_\_\_\_\_  
 നിങ്ങൾക്ക് സമാനമായ അവസ്ഥ മുമ്പെപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ: \_\_\_\_\_

**PRESENT CONDITION:**

നിലവിലെ അവസ്ഥ:

Present symptoms: \_\_\_\_\_  
 നിലവിലെ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ: \_\_\_\_\_  
 Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_  
 കണ്ടെത്തലുകൾ (നിലവിലെ എക്സ്-റേകളുടെ, ഇ.സി.ജികളുടെ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും പ്രത്യേക പരിശോധനകളുടെ ഫലങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുത്തുക): \_\_\_\_\_

**TREATMENT:**

ചികിത്സ:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: \_\_\_\_\_  
 ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ആദ്യമായി ആശുപത്രിയിൽ പോയത് / ഡോക്ടറെ കണ്ട തീയതി: \_\_\_\_\_  
 OP Number/Hospital No./Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
 ഒ.പി. നമ്പർ / ആശുപത്രി നമ്പർ / പ്രവേശിപ്പിച്ച രോഗിനമ്പർ: \_\_\_\_\_  
 Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
 അവസാന സന്ദർശന തീയതി: \_\_\_\_\_ സന്ദർശനങ്ങളുടെ ആവൃത്തി (പ്രതിവാരം/പ്രതിമാസം/മറ്റുള്ളവ): \_\_\_\_\_  
 Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
 അവസാന പരിശോധനയുടെ തീയതി: \_\_\_\_\_

**PROGRESS:**

പുരോഗതി:

Recovered  Improved  Unimproved  Retrogressed  
 സുഖപ്പെട്ടു മെച്ചപ്പെട്ടു മെച്ചപ്പെട്ടില്ല മുമ്പത്തേക്കാൾ മോശമായി

**DECLARATION:**

പ്രസ്താവന:

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights. 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 regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

മുകളിലെ പ്രസ്താവനകൾ എല്ലാം സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ക്ലെയിം ഫോറം നൽകി എന്നതുകൊണ്ട് പി എൻ ബി മെറ്റ്ലൈഫ് ബാധ്യതകൾ സമ്മതിക്കുകയോ അവരുടെ ഏതെങ്കിലും അവകാശങ്ങൾ ഉപേക്ഷിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഏതെങ്കിലും അസുഖത്തിന് അല്ലെങ്കിൽ രോഗത്തിന് എന്നെ പരിശോധിച്ച ചികിത്സകനെ അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രിയെ, എനിക്ക് പി എൻ ബി മെറ്റ്ലൈഫ് പോളിസി നൽകപ്പെടുന്നതിനു മുമ്പോ അതിനുശേഷമോ അവർക്ക് അറിയാൻ കഴിഞ്ഞിരിക്കാവുന്ന എന്റെ അവസ്ഥ സംബന്ധിച്ച ഏതെങ്കിലും കാര്യങ്ങളോ വിവരങ്ങളോ പുറത്തുപറയാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു..

I/We hereby further consent, and duly authorize, PNB MetLife to use, store, share, transfer and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this document or obtained otherwise) which may include but not limited to my KYC documents to any individual / organization / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and / or for providing subsequent services.

എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ/ഞങ്ങളുടെ ശേഖരിച്ചതോ പി എൻ ബി മെറ്റ്ലൈഫ് ലഭ്യമായോ ആയ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിപരവും തന്ത്രപ്രധാനവുമായ വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും സംഭരിക്കാനും പങ്കിടാനും കൈമാറ്റം ചെയ്യാനും വെളിപ്പെടുത്താനും 8 10-ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുകയും യഥാവിധി അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു (ഈ ഡോക്യുമെന്റിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതോ മറ്റെതെങ്കിലും ലഭിച്ചതോ) ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനായി റിഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ/ ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ 8 ഗംഗ-മായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തതോ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതോ ആയ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / സ്ഥാപനങ്ങൾക്കുള്ള എന്റെ (ന. ഡോക്യുമെന്റുകൾ ഉൾപ്പെടാം എന്നാൽ അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുത്തരുത് അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിന്

Signature/Left Thumb impression of claimant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ് (അല്ലെങ്കിൽ ഇടതു തള്ളവിരൽ അടയാളം): \_\_\_\_\_ തീയതി: \_\_\_\_\_  
 Name & Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 സാക്ഷിയുടെ പേരും ഒപ്പും: \_\_\_\_\_ തീയതി: \_\_\_\_\_

Address of Witness:

സാക്ഷിയുടെ വിലാസം:

Official Seal of the Witness:

സാക്ഷിയുടെ ഓദ്യോഗിക സീൽ:

**Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian language by an English knowing person who shall also sign to the effect that he has fully explained the contents of the above form to claimant.**

ഇന്ത്യൻ ഭാഷകളിലെ ഒപ്പിന് താഴെ അവയുടെ ഇംഗ്ലീഷ് വിവർത്തനം എഴുതിയിരിക്കണം. കൂടാതെ, ഇന്ത്യൻ ഭാഷയിൽ ഒപ്പിടുന്ന അവകാശി, മുകളിൽ പറഞ്ഞ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും ശരിയായും മനസ്സിലാക്കിയതായി ഇന്ത്യൻ ഭാഷയിൽ ഒരു പഖ്യാപനം നൽകണം, ഒരു ഇംഗ്ലീഷ് അറിയാവുന്ന വ്യക്തി ഇന്ത്യൻ ഭാഷയിൽ തനിക്ക് വിശദീകരിച്ചുകൊടുത്തു. മേൽപറഞ്ഞ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ അദ്ദേഹം അവകാശവാദിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു.