

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 மழுவதம் கொட்டை எழுத்துக்களால் நிரப்பப்படவேண்டும்.
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
இந்த படிவத்தில் ஏதேனும் புதப்பித்தல் / திரத்தங்கள் செய்யப்பட்டிருக்கம் இடங்களில் தயவுசெய்த கவுண்டர்-கையொப்பம் இடவும்.
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
வர்த்தமான உத்தியோகத்தர் / நோட்டரி பொது / நீதிவான் அல்லது உள்ளூர் நிலை நபரின் சாட்சி கையொப்பம் கட்டாயமாகும்.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
படிவங்களும் அனைத்த தேவையான ஆவணங்களை அரகில் உள்ள பீஎன்பி மெட்லைஃப்-யின் கிளை அலுவலத்திலோ அல்லது மேலே கற்பிப்பிட்டள்ள மகவரியிலோ சமர்ப்பிக்கவேண்டும்.

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: <table border="1" style="display: inline-table;"><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>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>X</td><td>X</td></tr></table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	*Only last 4 digits to be mentioned.
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
*ஆதார் எண்: _____	*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 _____

Documents Submitted:

Original Policy Document

Claimant's photo identity proof

Family physician certificate

ஆவணங்கள்

அசல் பாலிசி ஆவணம்

உரிமை கோருபவரின் புகைப்படச் சான்று

குடும்ப மருத்துவர் சான்றிதழ்

சமர்ப்பிக்கப்பட்டது:

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

Attending physician certificate

ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை /

சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரின் சான்றிதழ்

வங்கி கணக்கு புத்தகத்தின் நகல்

PAN Card/ Form 60 of the nominee

Medical Documents (if any)

All past medical records for any treatment taken

நியமனதாரரின்

மருத்துவ ஆவணங்கள்

ஏதேனும் சிகிச்சை எடுக்கப்பட்டிருந்தால் அதன் அனைத்து கடந்தகால மருத்துவ பதிவுகள்

PAN அட்டை/ படிவம் 60

(ஏதும் இருந்தால்)

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.

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

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
<input type="checkbox"/> Hypertension உயர் இரத்த அழுத்த <input type="checkbox"/> Diabetes நீரிழிவு நோய் <input type="checkbox"/> Asthma ஆஸ்துமா <input type="checkbox"/> Heart இதயம் <input type="checkbox"/> Cancer புற்றுநோய் <input type="checkbox"/> Tuberculosis காசநோய் <input type="checkbox"/> Other..... மற்றவை	
<input type="checkbox"/> Smoking புகைப்பிடித்தல் <input type="checkbox"/> Alcohol ஆல்கஹால் <input type="checkbox"/> Tobacco புகையிலை <input type="checkbox"/> Drugs போதைமரந்தகள்	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ ஆம் என்றால், நுகர்வு காலம் _____ நுகரப்பட்ட அளவு _____	
<p>Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for Paralysis, Parkinsons Disease, Stroke, Muscular Dystrophy, Major Head Trauma, and Doctor's Certificate for Neurological condition for Alzheimer's Disease, Deafness, Multiple Sclerosis, Loss of Speech, Loss of Limbs, Motor Neuron Disease, Blindness, Loss of Independent Existence</p> <p>குறிப்பு: முடக்குவாதம், பார்கின்சன் நோய், பக்கவாதம், தசைநார் சிதைவு, தலையில் பெரிய காயத்திற்காக கிடைக்கும் கூடுதல் மருத்துவரின் சான்றிதழ்களையும் மற்றும் அல்சைமர் நோய், காது கேளாமை, மல்டிபிள் ஸ்க்லேரோசிஸ், பேச்சுத் திறன் இழத்தல், கை கால் இழப்பு, மோட்டார் நியூரான் நோய், பார்வையின்மை, தனித்து வாழ இயலாமை போன்ற நரம்பியல் நிலைக்கான மருத்துவரின் சான்றிதழையும் தயவுசெய்து நிரப்பவும்</p>	

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

தீவிர நோய் குறித்த தகவல் (கண்டறியப்பட்ட நோயை பிக் செய்யவும்)

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

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. 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 மெட்லைஃப் இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூர் - 560001. ஐஆர்டிஏ பதிவு எண் 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிபிளெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203

Section C: PAYMENT – NEFT**பகுதி C : பணம் செலுத்தல் - என்எஃப்டி**

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 கூற்றுக்கள் 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 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 நிரப்புவரின் 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 / _____	Address of Declarant/ Witness: _____ அறிவிப்பாளர்/சாட்சியின் முகவரி: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ அறிவிப்பாளர்சாட்சியுடன் உரிமைகோருபவர்/ உறவு: _____
Date: _____	Date: _____	Place: _____	Place: _____
நாள்: _____	நாள்: _____	இடம்: _____	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

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. 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 மெட்லைஃப் இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூர் - 560001. ஐஆர்டிஏ பதிவு எண் 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in

அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிபிளெக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203

- 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.

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. 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

பிள்ளி மெட்லைஃப் இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜீஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001. ஐஆர்டிஐ பதிவு எண் 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்:

indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிபிளெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர சவார்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203