pnb MetLife

Milkar life aage badhaein

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶುರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಹೆಜಾ ಟವರ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117.
CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ, ಟೆಕಿ ಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರೆಗಾಂವ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

Disability Claim Form
ಡಿಸ್‌ಎಬಿಲಿಟಿ (ಅಂಗವಿಕಲತೆ) ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರಮ್

POLICY NUMBER / ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ | | | | | | | | | | | | | | |

Important instructions:
ಮುಖ್ಯ ಸೂಚನೆಗಳು:

To be completed by the claimant in BLOCK letters
ಇದನ್ನು ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ದೊಡ್ಡ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿಮಾಡಬೇಕು.

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.
ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೂ ಉತ್ತರಿಸಿ, ಖಾಲಿ ಬಿಡುವ ಬದುಲು 'ಅನ್ವಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ' (N/A) ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿ. ಫಾರಮ್‌ನಲ್ಲಿ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳು/ತಪ್ಪುಗಳು ಮಾಡಿದ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಿಮಾಡಿ.

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
ಸಾಕ್ಷಿ ಸಹಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. ಸಾಕ್ಷಿಯು ಒಬ್ಬ ಗೆಜೆಟೆಡ್ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೋಟರಿ ಪಬ್ಲಿಕ್/ಮ್ಯಾಜಿಸ್ಟ್ರೇಟ್ ಅಥವಾ ಒಬ್ಬ ಗೌರವಾನ್ವಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರಬೇಕು. ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಎಲ್ಲ ಪುಟಗಳಲ್ಲೂ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು.

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.
ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವುದನ್ನು ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗಳ ಪ್ರವೇಶ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ ಕಂಪನಿಯ ಪರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ.

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.
ದಯವಿಟ್ಟು ಫಾರಮ್ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನುನಿಮ್ಮ ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖೆ ಕಚೇರಿ ಅಥವಾ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿರುವ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಿ.

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.
ಶೀಘ್ರ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಕಂಪನಿಯು ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಪ್ರೊಸೆಸ್ ಮಾಡಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

CLAIMANT DETAILS:
ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್/ರೋಗಿಯ ವಿವರಗಳು:

Name of the Insured: ______________________________
ವಿಮದಾರನ ಹಸರು: ______________________________

Address: ______________________________
ವಳಾಸ: ______________________________

Contact No.: ____________________ E-mail address: ____________________
ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ.: ____________________ ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: ____________________

Bank Account Number of the Claimant*: ______________________________
(favoring which the claim cheque is to be issued)
ಮಂಟ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ*: ______________________________

(ಕ್ಲೇಮ್ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ಯಾವ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಬೇಕು)

Name & Address of the Bank*: ______________________________
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ*: ______________________________

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABLITY:
ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಾಗಿ ವಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರ/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿವರಗಳು:

Name of the Doctor: ______________________________
ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು: ______________________________

Name of the Hospital: ______________________________
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಸರು: ______________________________

Address: ______________________________
ವಳಾಸ: ______________________________

Contact No.: ____________________ E-mail address: ____________________
ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ.: ____________________ ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ: ____________________

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):
ಯಾವ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಅನ್ವ ಯಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿ: (ಪಾಲಿಸಿ ನಿರೂಪಣೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಪಟ್ಟಿಮಾಡಿ):

❒ Loss of sight of one Eye ಒಂದು ಕಣ್ಣಿನ ದೃಷ್ಟಿ ನಷ್ಟ	❒ Loss on use of one Limb ಒಂದು ಅಂಗವನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ನಷ್ಟ	❒ Loss of sight of both the eyes ಒಂದು ಅಂಗವನ್ನು ಬಳಸುವಾಗ ನಷ್ಟ
❒ Loss of Hearing ಶ್ರವಣ ನಷ್ಟ	❒ Loss of use of two limbs ಎರಡು ಅಂಗಗಳ ಬಳಕೆಯ ನಷ್ಟ	❒ Loss of one limb & loss of sight of one eye ಒಂದು ಅಂಗದ ನಷ್ಟ ಮತ್ತು ಒಂದು ಕಣ್ಣಿನ ದೃಷ್ಟಿ ನಷ್ಟ
❒ Loss of speech and hearing ಮಾತು ಮತ್ತು ಶ್ರವಣ ನಷ್ಟ	❒ Loss of Speech ಮಾತಿನ ನಷ್ಟ	

Note: *In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability*
ಸೂಚನೆ: *ಅಪಘಾತದಿಂದಾಗಿ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಸಂಭವಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ*

DETAILS OF ACCIDENT:
ಘಾತ ವಿವರಗಳು:

Cause of Accident: ______________________________
ಅಪಘಾತದ್‌ಕಾರಣ್: ______________________________

Date of Accident: ______________________________
ಅಪಘಾತ ನಡೆದ ದಿನಾಂಕ: ______________________________

Is FIR lodged: ❒ Yes ❒ No
FIR ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆಯೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ

If "yes" please attach the copy of Accident: ______
ಹೌದಾದರೆ ಅಪಘಾತದ ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ: ______

HISTORY
ಚರಿತ್ರೆ

Date of appearance of first symptoms: ______
ಮೊದಲಸಾರಿ ಲಕ್ಷಣ ಕಂಡುಬಂದ ದಿನಾಂಕ: ______

Have you ever had the similar condition in past: ❒ Yes ❒ No
ಈ ಹಿಂದೆ ಇದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದರೇ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ

(If "yes," state when and provide details): ______

(ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ): ______

PRESENT CONDITION:
ಪ್ರಸಕ್ತ ಸ್ಥಿತಿ:

Present symptoms: ______
ಪ್ರಸಕ್ತ ಲಕ್ಷಣಗಳು: ______
Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): ______
ಫಲಿತಾಂಶಗಳು (ಇದರಲ್ಲಿ ಎಕ್ಸ್-ರೇಗಳು, ECG ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಶೇಷ ಟೆಸ್ಟ್‌ಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಬಹುದು): ______

TREATMENT:
ಚಿಕಿತ್ಸೆ:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard: ______
ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ವೈದ್ಯರನ್ನು ಮೊದಲ ಭೇಟಿಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ: ______

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: ______
OP ನಂಬರ್/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಂಬರ್/ಒಳರೋಗಿ ನಂಬರ್: ______

Date of last visit: ______ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): ______
ಇತ್ತೀಚಿನ ಭೇಟಿ ದಿನಾಂಕ: ______ ಭೇಟಿಗಳ ಆವರ್ತನ (ಸಾಪ್ತಾಹಿಕ/ಮಾಸಿಕ/ಇತರ): ______

Date of Last examination: ______
ಇತ್ತೀಚಿನ ಎಕ್ಸಾಮಿನೇಶನ್ ದಿನಾಂಕ: ______

PROGRESS:
ಪಗತಿ:

❒ Recovered ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡ ❒ Improved ಸುಧಾರಿಸಿದೆ ❒ Unimproved ಸುಧಾರಿಸಿಲ್ಲ ❒ Retrogressed ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಿದೆ

DECLARATION:
ಘೋಷಣೆ:

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.**

ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ PNB **ಮೆಟ್ ಲೈಫ್** ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಮನ್ನಾ ಮಾಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. PNB **ಮೆಟ್ ಲೈಫ್** ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ಅವರು/ಅವರು ಪಡೆದಿರಬಹುದಾದ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಜ್ಞಾನ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ನಾನು ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಜೀವನ ಭೇಟಿ.

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.

ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಮತ್ತಷ್ಟು ಸಮ್ಮತಿ, ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕಾರ, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನಿಂದ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ನನ್ನ ಕವೈಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಲ್ಲದ ನನ್ನ /ನಮ್ಮ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ಪಿಎನ್ ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನೊಂದಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್, ಮರುವಿಮಾದಾರರು, ಕ್ಲೇಮ್ ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಸಂಘಗಳು / ಒಕ್ಕೂಟಗಳು, ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು.

Signature/Left Thumb impression of claimant: ______ Date: ______
ಕ್ಲೈಮಂಟ್ ಸಹಿ/ಎಡಗೈ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು: ______ ದಿನಾಂಕ: ______

Name & Signature of Witness: ______ Date: ______
ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ: ______ ದಿನಾಂಕ: ______

Address of Witness:
ಸಾಕ್ಷೀ ಯ ವಿಳಾಸ:

______

Official Seal of the Witness:
ಸಾಕ್ಷಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಮೊಹರು:

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.*
ಸೂಚನೆ: *ಭಾರತದ ಭಾಷಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಸಹಿಯ ಕೆಳಗೆ ಅವುಗಳ ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಭಾಷಾಂತರವನ್ನು ಕೊಡತಕ್ಕದ್ದು. ಹಾಗೆಯೆ ಭಾರತದ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಫಾರಮ್‌ನಲ್ಲಿ ರುವ ವಿಷಯವನ್ನು ತನಗೆ ಒಪ್ಪಿ ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಗೊತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತಾ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾನೆ ನೆ ಹಾಗೂ ಆವನು ಮೇಲ್ಕಂಡ ಫಾರ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾನೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ತನ್ನ ಸಹಿಯನ್ನೂ ಮಾಡಿದಾನೆ ಎಂಬ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಕೊಡತಕ್ಕದ್ದು.*