

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 ಫಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಕುರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಹಜಾ ಎವರ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117. ಸಿ ಎಲ್ ನಂ. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್ಸ್ಟರ್ಟ್ www.pnbmetlife.com ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ, ಟೆಕ್ಟಿಕ್ಟ್-1 ಟೆಕ್ಟಿಪ್ಟಕ್ಟ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಟ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಟ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಪ್ಲೆಹಿವರ್ ಗೊರೆಗಾಂಪ್ (ಪಶ್ಚಿಮ) ಮುಂಬೈ - 400062 ಪೋನ್: +91-22-41790000 ಪ್ರಾಕ್ಟ್: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಕ್ಯಾಷ್ ಬೆನಿಫಿಟ್ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರಮ್

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self) ಇದನ್ನು ಮುಖ್ಯ ವಿಮೆದಾರ ಭರ್ತಿಮಾಡಬೇಕು (ಸೆಲ್ಫ್ ಮತ್ತು ಮೈನರ್ ವಿಮೆಗೆ) ಮತ್ತು ಸೆಕೆಂಡರಿ ಇನ್**ಶೂನ್ಡ್ (ಸೆಲ್ಫ್**ಗೆ)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

ಸೂಚನೆ: ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲ ಪುಟಗಳಲ್ಲೂ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಹಿಮಾಡಿ

General instructions:

ಸಾಮಾನ್ಯ ಸೂಚನೆಗಳು:

- 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. ಕ್ಲೈಮ್ ಘಫಾರಮ್ ನಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸುವಾಗ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಾಗ, ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ನೇರವಾದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು.
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.
 ಪಾಲಿಸಿಯಡಿಯಲ್ಲಿನ ಲಾಭಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿಕೊಳ್ಳಿ.
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
 - ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರಮ್ನಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಎಲ್ಲ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳಿಗೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕೌಂಟರ್ಸೈನ್ ಮಾಡಬೇಕು.
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
 ಒದಗಿಸಲಾಗಿರುವ ಜಾಗ ಸಾಕಾಗದಿದ್ಧರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಘಾರಮ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ, ಅನುಬಂಧಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing. ಪ್ರೋಸೆಸಿಂಗ್ ವೇಗವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಅಗತ್ಕವಿರುವ ಎಲ್ಲ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನೂ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರಮ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಿ.
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim. ಕ್ಲೈಮ್ ಪ್ರೋಸೆಸ್ ಮಾಡಲು ಕಂಪನಿಯು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.
 ಫಾರಮ್ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದು ಅದಕ್ಕೆ ನಾವು ಸ್ವೀಕೃತಿ ನೀಡಿದ್ದರೆ ನಾವು ಕ್ಲೈಮ್ ಅಂಗೀಕರಿಸಿದ್ದೇವೆ ಎಂದರ್ಥವಲ್ಲ.
- (*) Mandatory fields
 - (*) ಕಡ್ಡಾಯ ಫೀಲ್ಡ್

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಾತಿಗೆ ಕಾರಣಗಳು:

1.	Particulars of Life Assured: ವಿಮೆದಾರನ ವಿವರಗಳು:	
Polic	y Number*:	
ಪಾಲಿಸ	ಸಿ ನಂಬರ್*:	
ವಿಮೆರ	ವಾರನ ಹೆಸರು*:	
Nam	e of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life	e or Secondary life):
ಮುಖ	್ಯ ವಿಮೆದಾರನ ಹೆಸರು (ವಿಮೆದಾರ ಮೈನರ್ ಆದರೆ ಅಥವಾ ಸೆಕೆಂಡರಿ ಲೈಫ್ಗೆ):	
Date	of Birth: Sex: Male	Female
ಹುಟ್ಟಿ	್ಟದ ದಿನಾಂಕ: ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ	ಮಹಿಳೆ
Addr	ress:	
	٠.	
ಎನ್ನ	র:	
Tel/N	Mobile number:	Email:
	ಮೊಬೈಲ್ ನಂ:	ಇ-ಮೇಲ್:
Do y	ou want the payment to be made in favor of Principal Insured:	Yes No No
(App	licable if Life Assured is Secondary Insured)	
ಪಾವ	ತಿಯನ್ನು ಮುಖ್ಯ ಏಮೆದಾರನ ಪರವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕೆ:	ಹೌದು ಇಲ್ಲ
(ವಿಮೆ	ದಾರ ಸೆಕೆಂಡರಿ ಇನ್ಶೂರ್ಡ್ ಆದರೆ ಇದು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ)	
Clain	nant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*:	
Nam	e of the Bank, Address *:	
ಬ್ಯಾಂ	ಕ್ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ *:	
2.	Particulars of Complaints and Symptom ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಲಕ್ಷಣಗಳ ವಿವರಗಳು	
I.	Name, address & contact details of Hospital admitted:	
	ಅಡ್ಮಿಟ್ ಮಾಡಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಕಾಂಟಾಕ್ಟ್ ವಿವರಗಳು:	

Customer Service Toll free: 1800-425-6969. <u>OR</u> Call on: +91-80-2650-2244 (8:00 am to 8:00 pm) OR

III.	Date of disease (first diagnosis/surgery):	//	(DD/MM/YYYY)			
	ಕಾಯಿಲೆಯ ದಿನಾಂಕ (ಮೊದಲನೆ ಡಯಾಗ್ನೋಸಿಸ್/	ಸರ್ಜರಿ) ://	(ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)			
IV.	Date and time of admission:/	_/(DD/MM/YY	YYY): (in 24 Hrs fo	ormat)		
	ಅಡ್ಮಿಶನ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: /	_ / (ದಿನ/ತಿಂಗಳು/	ವರ್ಷ): (24 ಗಂಟೆ	ಫಾರ್ಮಾಟ್)		
V.	Exact diagnosis /condition(s):					
	ನಿಖರವಾದ ಡಯಾಗ್ನೋಸಿಸ್/ಪರಿಸ್ಥಿತಿ(ಗಳು):					
VI.	Investigations undergone:					
VIII	ನಡೆಸಿದ ಇನ್ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್ಸ್:			rmnt)		
VII.	ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ:/_					
VIII.	Details of occupation, address and tel. nu					
VIII.	betails of occupation, address and tel. He	imbers of the employer(s).				_
	ಎಂಪ್ಲಾಯರ್(ಗಳ) ವೃತ್ತಿ, ವಿಳಾಸ ಮತ ನೊ	ೇ≂ □ ರ್ಗಳು:				
		-				
IX.	ICU Benefit Availed: Yes N	o Recuperation	Benefit availed: Yes	No		
			ಲಭ್ಯ ಬಳಸಲಾಯಿತೆ: ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		
Х.	Date and time of Admission into ICU:	_//(DE	D/MM/YYYY): (in	24 Hrs format)		
	ICU ಗೆ ಅಡ್ಮಿಶನ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ	b://	(ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ):	(24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)		
XI.	Date & time of Discharge from ICU:	//(DD/	MM/YYYY): (in 2	4 Hrs format)		
	ICU ಯಿಂದ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು	ಸಮಯ://	(ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)	: (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)		
3.	Following reports and documents taken	before and during treatme	ent or operation are enclose	d:		
	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಆಪರೇಶನ್ ಗೆ ಮುಂಚೆ ಮತ್ತು ಆ ಸಾ	ಮಯದಲ್ಲಿ ಕೆಳಕಂಡ ದಾಖಲೆಗಳನ	್ನು ಮತ್ತು ವರದಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊ	ಳ್ಳಲಾಯಿತು:		
	a) Copy of Admission Notes		b) Copy of Discharge S	ummary 🔲		
	ಅಡ್ಮಿಶನ್ ನೋಟ್ಸ್ ಪ್ರತಿ	_	ಸ್ ಚಾರ್ಜ್ ಸಮ್ಮರಿ ಪ್ರತಿ d) Any others. Please r	uautiau.		
	c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಪೈಡ್ ಬಿಲ್ ಫೈನಲ್ ಕ್ಯಾಷ್ ಬಿಲ್		ಯಾವುದಾದರೂ. ದಯ ಿ			
	(All above documents needs to be attest	ted by Hospital Authorities	or Original needs to be pro	duced at Branch for verification by	BSM)	
	(ಮೇಲ್ಕಂಡ ಎಲ್ಲ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನೂ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸಿ			•	,	
4.	Particulars of doctors consulted and hos ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ	•				
	Name of the Doctors/Hospitals/	Date of first	ರಾದ ಆಸ್ಪತ್ರ/ಋಡಕಲ್ ಸರಪರ್ ಪ	Registration no. of Doctors/	Date of Admission &	1
Sr. No	Medical Centres	consultation	Address	Hospitals	operation	Date of Discharge
ಕ್ರ.ಸಂ	ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು/ ವೈದ್ಯಕೀಯ	ಮೊದಲ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ	ವಿಳಾಸ	ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ.	ಪ್ರವೇಶ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ	ವಿಸರ್ಜನೆಯ ದಿನಾಂಕ
9	ಕೊಂದ ಸಚ ಹೆಸರು	ರಿವಾಂಕ	1	ವೆ ದ.ರು/ಆಕ ತೆ.ರಲು	_	
9	ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹೆಸರು	ದಿನಾಂಕ		ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	ದಿನಾಂಕ	
	ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹೆಸರು	ದಿನಾಂಕ		ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	_	
5.	ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹೆಸರು DECLARATION AND AUTHORISATION:	ದಿನಾಂಕ		ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	_	
	9000114 WYO				ದಿನಾಂಕ	
	DECLARATION AND AUTHORISATION:	do solemnly d	declare and confirm that the	ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗ	ದಿನಾಂಕ are true and complete in all respe	ects.
5. リ げ	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್:	do solemnly ರ ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home o	declare and confirm that the ಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or whic	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಳ h has attended upon or examined	are true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for al	ects.
5. I I here	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್:	do solemnly o ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home o fe Assured's state of health	declare and confirm that the ಟಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or whic n which he/she/they may ha	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಂ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss	are true and complete in all respr ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for ar uance of the policy, to PNB MetL	ects. ny ailment or illness to divulgife India Life Insurance Co Ltd
5. I I here any k any o physic	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: eby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Li f its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle	do solemnly o ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire	declare and confirm that the iಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or whic n which he/she/they may ha ereby confirm that this auth ed by him/ her/them in atter	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಂ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss orization is notwithstanding any la nding upon or examining a person o	are true and complete in all respe ಂಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy.	ects. ny ailment or illness to divulgife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an
5. I I here any k any o physic	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Li f its offices or a Court of law, or any grie	do solemnly o ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ	declare and confirm that the ರಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or whic n which he/she/they may ha ereby confirm that this auth ed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಳ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issi orization is notwithstanding any la iding upon or examining a person c ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ	are true and complete in all respe ಂಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. iವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು	ects. ny ailment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ
5. I I here any k any o physic ನನಗೆ/3	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Li f its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ಮದುರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ	do solemnly c ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I he vance rinformation, acquir ಕ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅರಿವನ್ನು. PNB ಮೆಟ್ಲ್ರೆಫ್	declare and confirm that the ನಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which hwhich he/she/they may ha ereby confirm that this auth ed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಳಿ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issi orization is notwithstanding any la nding upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ಶಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ	are true and complete in all resper ರ್ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for all uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. Iವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾವ	ects. ny ailment or illness to divulgife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting and ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ಪುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ!
5. I I here any k any o physic ನನಗ/ತ ನನ್ನ/ಪಿ ಬಹಿರಂ	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Li f its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ನಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ನಿಮೆದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ	do solemnly c ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಶರಿವನ್ನು. PNB ಮೆಟ್ಲ್ಫ್ರೆಫ್ ನೆ. ಈ ಅಥೊರೈಸೇಶನ್, ಕಾಲ ಕಾಣ	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may have the do by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶಾರರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಕ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಳಿ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issi orization is notwithstanding any la ding upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ಲಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ	are true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೆ	ects. ny ailment or illness to divulgife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting and ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ತ್ರದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ
5. I I here any k any o physic ನನ್ನ/ಬೆ ಬಹಿರಂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowles ಮುದುರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮುದುರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪ er, I hereby authorize any insurance com	do solemnly c ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home o fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dge or information, acquire ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅರಿವನ್ನು. PNB ಮೆಟ್ಲ್ಫ್ಫ್ ತೆ. ಈ ಅಥೊರೈಸೇಶನ್, ಕಾಲ ಕಾ ಡೆದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ, ಗ pany, government organiz	declare and confirm that the into ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may he areby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆ ರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಪ ation, employer, other orgal	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಳಿ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss orization is notwithstanding any la inding upon or examining a person c ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ಶಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಸಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to re	are true and complete in all respo ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time in the ground of secrecy. ವಾ ಮಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insu	ects. ny ailment or illness to divulgife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting and ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ವರ್ದೆ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. rance Company Ltd or its duly
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: eby authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Li f its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ನಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ನಿಮೆದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಸಮಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಕೆ , ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪ	do solemnly c ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I he ಚಿರ್ರತ ನೇಡಿದ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅರಿವನ್ನು. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನೆ. ಈ ಅಥೊರೈಸೇಶನ್, ಕಾಲ ಕಾಣ ಚದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ, i pany, government organiz wledge about my/Life Ass	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may have confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶಾರರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಷ ation, employer, other orgal sured. I hereby confirm tha	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಳಿ h has attended upon or examined ver acquired before or after the issionization is notwithstanding any landing upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ಲಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಚಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to ret	ದನಾಂಕ are true and complete in all resperance of the policy, to PNB MetL wance of the policy, to PNB MetLife and the ground of secrecy. ಎಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insulimitation include information ab	ects. ny ailment or illness to divulgife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting and ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ಪುರ್ದೆ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. rance Company Ltd or its dubout my/Life Assured's healtifoout my/Life Assured's healtife.
5. I	by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any griectian or hospital from divulging any knowledge of the court of law, or any griectian or hospital from divulging any knowledge ಮುದುರಿನಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮುದುರಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಡಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಣ, ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪ er, I hereby authorize any insurance comprized representatives any record or knowledge and information relating to the use out, ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ,	do solemnly c diversity to meet fe Assured's state of health vance redressal forum. I he dege or information, acquire ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅರಿವನ್ನು. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನೆ. ಈ ಅಥೊರೈಸೇಶನ್, ಕಾಲ ಕಾಣ ಡೆದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ, i pany, government organiz wledge about my/Life Ass f drugs or Alcohol, AIDS, or ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ಉದ್ಯೋಗದಾತ,	declare and confirm that the sires ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which in which he/she/they may had ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ರೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗತ ation, employer, other orgaisured. I hereby confirm tha mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರ h has attended upon or examined ve acquired before or after the iss orization is notwithstanding any la iding upon or examining a person o ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಸಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to re t such information shall without I condition, advice or treatment), ec	are true and complete in all respo ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time in the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insu imitation include information at armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ	ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting and ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. rance Company Ltd or its dubout my/Life Assured's healtits.
5. I I here any k any o physic sativation sativation sativation sativation sativation sativation (inclu ಇದಲ್ಲ sat / / sativation).	by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of the country	do solemnly of	declare and confirm that the sires ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ರೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಅರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗತ ation, employer, other organisured. I hereby confirm tha mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿ ಬ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issi- orization is notwithstanding any la- nding upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ರಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಸಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to re t such information shall without l condition, advice or treatment), ex ಹಿಯನ್ನು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇ ಸಾಹಿತಿಯು ಯಾವುದೇ ಮಿತಿಯಲ್ಲದೆ ನನ್ನ	are true and complete in all respo ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insu imitation include information at armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ	ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting and ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ಪುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ಪೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. rance Company Ltd or its dubout my/Life Assured's healtless. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.
5. I	by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of the country	do solemnly of	declare and confirm that the sires ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ರೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಅರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗತ ation, employer, other organisured. I hereby confirm tha mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿ ಬ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issi- orization is notwithstanding any la- nding upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ರಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಸಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to re t such information shall without l condition, advice or treatment), ex ಹಿಯನ್ನು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇ ಸಾಹಿತಿಯು ಯಾವುದೇ ಮಿತಿಯಲ್ಲದೆ ನನ್ನ	are true and complete in all respo ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insu imitation include information at armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ	ects. ny ailment or illness to divulge ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting and ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ಪುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ಪ್ರೆದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. rance Company Ltd or its dubout my/Life Assured's healtless. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ,
5. I I here any k any o physic standard standar	by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of the country	do solemnly of	declare and confirm that the sires ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ರಾರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other organsured. I hereby confirm tha mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತ ಬಳಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ವ್ಯವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ also agree to render help to	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರಿ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issi- orization is notwithstanding any la nding upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ರಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಸಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to ret t such information shall without I condition, advice or treatment), ex ಪ್ರಯನ್ನು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇ ಯಾಹಿತಿಯು ಯಾವುದೇ ಮಿತಿಯಲ್ಲದೆ ನನ್ನ ಹಾಸ್ಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance O	ವಾe true and complete in all respe ಂಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. (ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insu imitation include information al armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ	ects. In a ailment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltc being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತು ವುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ. ಪೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul poout my/Life Assured's healtits. Its ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ. ATMY ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the sainteres.
5. I I here any k any o physic stands at the control of	by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge ಮೊದುದರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮೊದುದರಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇನ ಅಥವಾ ಮೊಡಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರ್ತಾಗ I hereby authorize any insurance comprized representatives any record or knowledge of the control of the use of ಸ್ಥಿನಿಕ್ ಅರ್ಥ್ಯರ್ಡ್ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆ ಅಥವ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆ ಅಥವ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ (ಡ್ರಗ್ಸ್ ಅಥತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.	do solemnly of	declare and confirm that the sires ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ರೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಪ ation, employer, other organsured. I hereby confirm tha mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತು ಬ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ವ್ಯವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ also agree to render help to a claim and to use the inform ಕ್ಷೀನೆ. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರ h has attended upon or examinad ve acquired before or after the issi- orization is notwithstanding any la- nding upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ರಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಸಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to ret t such information shall without I condition, advice or treatment), ex ಹುದು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇ ಸಾಹಿತಿಯು ಯಾವುದೇ ಮಿತಿಯಲ್ಲದೆ ನನ್ನ ಹಾಸ, ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance O ation in whatever manner as may b o ಲೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ o ಬೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ	ವಾe true and complete in all respe ಂಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾಂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insu imitation include information al armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ Co Ltd or its duly authorized reprive deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ	ects. In a ailment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltc being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತು ವುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ. ಪೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Trance Company Ltd or its dul boout my/Life Assured's healtits. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ, ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saire of the claim.
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೂರೈ ಸೇಶನ್: The substitution of the subs	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fee Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquired ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅರಿವನ್ನು. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನೆ. ಈ ಅಥೊರೈಸೇಶನ್, ಕಾಲ ಕಾಡಿ ಪಡೆದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ, i pany, government organiz wledge about my/Life Ass of drugs or Alcohol, AIDS, or ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ಉದ್ಯೋಗದಾತ, in ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲ ಸರ್ವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್, ಏಡ್ಸ್, ಅರ್	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆ ಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಕೆ ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ attended in hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಮ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತ್ತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮತ್ತಿ	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರ h has attended upon or examinado ve acquired before or after the issiorization is notwithstanding any la nding upon or examining a person o ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥ ರಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ತಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to re ts tuch information shall without I condition, advice or treatment), re ಹಿಯನ್ನು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇ ಮಾಹಿತಿಯು ಯಾವುದೇ ಮಿತಿಯಲ್ಲದೆ ನನ್ನ ಹಾಸ, ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance C ation in whatever manner as may b ಲೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ ಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳ	ವಾಂಕ ವಾಣ true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. ರಾ treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insu imitation include information al arnings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ Co Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ . ಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.	ects. In a ailment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತು ವುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul bout my/Life Assured's healties. In ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the said of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಧೂರೈ ಸೇಶನ್: ಮಲ್ಪಾಣಿ ಮತ್ತು ಆಧೂರೈ ಸೇಶನ್: ಮರ್ಥಿ authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif fits offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ಮರ್ಥಿ ಮರ್ಥಿ ನೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮರ್ಥಿ ನೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮರ್ಥಿ ನೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮರ್ಥ ನೆಗೆ ಮಾಡುಕೆ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ, ಅಥವಾ ಮಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರ್ಕ್ಟ I hereby authorize any insurance comprized representatives any record or knowledge and information relating to the use of ಸ್ಥೆ ನೆಗೆ ನೆಗೆ ಮಾಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆ ಅಥವಾನನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ (ಡ್ರಗ್ಸ್ ಅಥತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಮಲ್ಲಿ declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the solution of any information that may help the solution of the solut	do solemnly of	declare and confirm that the sires ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which in which he/she/they may had ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆ ರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಪೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgaisured. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತ ಬ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ವ್ಯವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ slso agree to render help to claim and to use the inform ಪ್ರೀನೆ. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯ ಪರಿಗಣಿಸ ಕೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limit	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of the examination	ದನಾಂಕ are true and complete in all respective canh ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an unance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ಮಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು. ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗುಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insufinitation include information at armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಆದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ co Ltd or its duly authorized reprededemed to be fit in furtherance as ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಸರ್ಚು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity as individual / entity as individual / entity as individual / organization / entity as individual / organizatio	ects. In all ment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltc being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತುವುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ಪ್ರೆದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul bout my/Life Assured's healt its. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ನಿರ್ಗ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ ಸಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saire of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಧೂರೈ ಸೇಶನ್: ಹಿಳು authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ಮಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮೆದಾರನಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಣ, ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪ er, I hereby authorize any insurance combrized representatives any record or knowling any information relating to the use o .ದೆ, ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆ ಅಥವಾ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ (ಡ್ರಗ್ಸ್, ಅಥತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಆರಿಶ declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the son ಮೇಲಿನ ಅಧಿಕಾರಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಅಡೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಕೀಕರಾಳು further consent, and duly author fe (whether contained in this document feed by PNB MetLife, including reinsurers, es.	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquire ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅರಿವನ್ನು. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನೆ. ಈ ಅಥೊರೈಸೇಶನ್, ಕಾಲ ಕಾಣಿದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ, ಸ್ಥಾರ್ಥಾಗಿ, government organiz wledge about my/Life Assef drugs or Alcohol, AIDS, or ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ಉದ್ಯೋಗದಾತ, ಶಾಜ್ಞಾನವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲ ಮಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್, ಐಡ್ಸ್, ಅರ್ಣ above authorizations. I a he company to process this ಶ್ರಾನಿಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತು ಸ್ಥಾನಿಸಲು ಮತ್ತು ಕ್ಲೇಮ್ ನ ಮು ize, PNB MetLife to use, stor obtained otherwise) wh claim investigative agencies	declare and confirm that the sires ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which in which he/she/they may had ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆ ರಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಪೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgaisured. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿ ಬ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ slso agree to render help to calaim and to use the inform ಪ್ರೀನೆ. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯ ಎಂದುವರಿಕೆಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limites, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗರ h has attended upon or examined ve acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of the examinity of the	ದನಾಂಕ are true and complete in all respective and ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an unance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ಮಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು. ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗುಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insufinitation include information at armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಆದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ದಿಂ Ltd or its duly authorized reprote deemed to be fit in furtherance an ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಸರ್ಚು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity a lose of processing this claim and	ects. In all ment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltc being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತುವುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul bout my/Life Assured's healt its. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saire of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequen
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಧೂರೈ ಸೇಶನ್: ಮಲ್ಪಾಣಿ ಮತ್ತು ಆಧೂರೈ ಸೇಶನ್: ಮರ್ಥಿ authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif fits offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ಮರ್ಥಿ ಮರ್ಥಿ ನೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮರ್ಥಿ ನೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮರ್ಥಿ ನೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮರ್ಥ ನೆಗೆ ಮಾಡುಕೆ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ, ಅಥವಾ ಮಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರ್ಕ್ಟ I hereby authorize any insurance comprized representatives any record or knowledge and information relating to the use of ಸ್ಥೆ ನೆಗೆ ನೆಗೆ ಮಾಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆ ಅಥವಾನನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ (ಡ್ರಗ್ಸ್ ಅಥತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಮಲ್ಲಿ declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the solution of any information that may help the solution of the solut	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fe Assured's state of health vance redressal forum. I hadge or information, acquirifunction, acquirifun	declare and confirm that the sines ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆ ಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಕೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗತ ation, employer, other organsured. I hereby confirm tha mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ವ್ಯವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ slso agree to render help to a claim and to use the inform ತ್ತೀನೆ. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯ ಎಂದುವರಿಕೆಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limies, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಗ has attended upon or examined ve acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of the maj ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to ret such information shall without I condition, advice or treatment), exponsion of the person of the personal and sense of the personal and the per	ವಾಣ true and complete in all responder of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ಮಾ ಮಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವುದಿಂದ ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾಂಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insulimitation include information at armings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ಮಾರದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಸರು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity alose of processing this claim and ಪೊಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಿ ತಿಂಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವಿ ತಿಂಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಮಾವುದೇ ಪ್ರವಿ ತಿಂಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವಿ ತಿಂಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೆ ಮಾವುದೆ ಬಿಸುದಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೆ ಮಾವುದೆ ಮಾವುದೆ ಬಿಸುದಿಸಿಕೊಂಡಿದಿಸಿದಿಸಿಕೊಂಡಿದಿಸಿದಿಸಿದಿಸಿದಿಸಿದಿಸಿದಿಸಿದಿಸಿದಿಸಿದಿಸಿದಿ	ects. In all ment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltc being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತು ಪುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ. ಪ್ರೆದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul bout my/Life Assured's healtits. ಪರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿ ನೆನ್ನ ಕರ್ಮ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ esentatives to gather the saire of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequents ಪ್ರಿತ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ನನ್ನ ಕೆವೈ
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಧೊರೈ ಸೇಶನ್: ಹಿಳು authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ಮಮದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಮದದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಣ, ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪ er, I hereby authorize any insurance comprized representatives any record or knowling any information relating to the use o .ದೆ, ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆ ಅಥವ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ (ಡ್ರಗ್ಸ್, ಅಥತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಆರಿಶ declare that I am entitled to make the nation or any information that may help the notes ನಾನು ಮೇಲಿನ ಅಧಿಕಾರಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಅಥೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂ hereby further consent, and duly author fe (whether contained in this document feed by PNB MetLife, including reinsurers, etc.	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fee Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance of the depth of the same of the properties o	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ! ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgal attend. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿಯವವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limites, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗ್ರೆ h has attended upon or examined we acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to refer to the information shall without I condition, advice or treatment), example, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may be ಬೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ ಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳ್ಳುವಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥ	ವಾರಕ true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insul imitation include information al arnings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ದಿಂ Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ - ಸಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity a oose of processing this claim and ವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯ ಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸ	ects. In a silment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ್ವದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul oout my/Life Assured's healties. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saile of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequents / ಪ್ರಿಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ ನನ್ನ ಕೆವೈ ಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲ
5. I	by authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of information regarding my/Life its offices or a Court of law, or any griecian or hospital from divulging any knowledge of more and the substitution of t	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fee Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance of the depth of the same of the properties o	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ! ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgal attend. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿಯವವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limites, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗ್ರೆ h has attended upon or examined we acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to refer to the information shall without I condition, advice or treatment), example, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may be ಬೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ ಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳ್ಳುವಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥ	ವಾರಕ true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insul imitation include information al arnings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ದಿಂ Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ - ಸಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity a oose of processing this claim and ವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯ ಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸ	ects. In a silment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ್ವದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul oout my/Life Assured's healties. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saile of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequents / ಪ್ರಿಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ ನನ್ನ ಕೆವೈ ಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲ
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: ಹಿಳು authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ನಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ನಿಮೆದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಣ, ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರ್ಣ, I hereby authorize any insurance commized representatives any record or knowledge of the second of the se	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fee Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance of the depth of the same of the properties o	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ! ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgal attend. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿಯವವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limites, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗ್ರೆ h has attended upon or examined we acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to refer to the information shall without I condition, advice or treatment), example, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may be ಬೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ ಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳ್ಳುವಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥ	ವಾರಕ true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insul imitation include information al arnings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ದಿಂ Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ - ಸಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity a oose of processing this claim and ವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯ ಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸ	ects. In a silment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ್ವದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul oout my/Life Assured's healties. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saile of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequents / ಪ್ರಿಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ ನನ್ನ ಕೆವೈ ಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲ
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: ಹಿಳು authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ನಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ನಿಮೆದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಣ, ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರ್ಣ, I hereby authorize any insurance commized representatives any record or knowledge of the second of the se	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fee Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance of the depth of the same of the properties o	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ! ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgal attend. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿಯವವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limites, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗ್ರೆ h has attended upon or examined we acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to refer to the information shall without I condition, advice or treatment), example, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may be ಬೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ ಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳ್ಳುವಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥ	ವಾರಕ true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insul imitation include information al arnings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ದಿಂ Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ - ಸಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity a oose of processing this claim and ವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯ ಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸ	ects. In a silment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ್ವದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul oout my/Life Assured's healties. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saile of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequents / ಪ್ರಿಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ ನನ್ನ ಕೆವೈ ಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲ
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: ಹಿಳು authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ನಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ನಿಮೆದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಣ, ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರ್ಣ, I hereby authorize any insurance commized representatives any record or knowledge of the second of the se	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fee Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance of the depth of the same of the properties o	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ! ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgal attend. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿಯವವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limites, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗ್ರೆ h has attended upon or examined we acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to refer to the information shall without I condition, advice or treatment), example, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may be ಬೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ ಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳ್ಳುವಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥ	ವಾರಕ true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insul imitation include information al arnings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ದಿಂ Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ - ಸಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity a oose of processing this claim and ವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯ ಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸ	ects. In a silment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ್ವದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul oout my/Life Assured's healties. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saile of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequents / ಪ್ರಿಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ ನನ್ನ ಕೆವೈ ಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲ
5. I	DECLARATION AND AUTHORISATION: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್: ಹಿಳು authorize any medical practitioner or nowledge or information regarding my/Lif its offices or a Court of law, or any grie cian or hospital from divulging any knowle ನಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ನಿಮೆದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇಣ, ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರ್ಣ, I hereby authorize any insurance commized representatives any record or knowledge of the second of the se	do solemnly of ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರ hospital or nursing home of fee Assured's state of health vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance redressal forum. I headge or information, acquired a vance of the depth of the same of the properties o	declare and confirm that the sints ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀ or medical clinic who or which he/she/they may ha ereby confirm that this authed by him/ her/them in atter ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್5ೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಆಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ! ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಡ ation, employer, other orgal attend. I hereby confirm that mental and physical history, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿಯವವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸ tore, share, transfer and disich may include but not limites, vendors and industry ass	foregoing answers and statements ತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗ್ರೆ h has attended upon or examined we acquired before or after the issiorization is notwithstanding any landing upon or examining a person of ಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು, ಪದ್ದತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತು nization, institution or person to refer to the information shall without I condition, advice or treatment), example, PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇದ್ದು ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳ PNB MetLife India Life Insurance Cation in whatever manner as may be ಬೈಫ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥ ಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳ್ಳುವಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತವಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ಕಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥ	ವಾರಕ true and complete in all respe ಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ. or treated me/Life Assured for an uance of the policy, to PNB MetL w, custom or usage for the time on the ground of secrecy. ವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವು ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರ ಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ elease to PNB MetLife India Insul imitation include information al arnings or other insurance benefit ನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆ ಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜ ದಿಂ Ltd or its duly authorized reprise deemed to be fit in furtherance ವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ - ಸಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. sitive information of mine/our condividual / organization / entity a oose of processing this claim and ವಾ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯ ಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು, ಸಂಗ್ರಹಿಸ	ects. In a silment or illness to divulg ife India Life Insurance Co Ltd being in force prohibiting an ದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ್ವದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆ ನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. Irance Company Ltd or its dul oout my/Life Assured's healties. ವರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೆ resentatives to gather the saile of the claim. ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲ ollected or available with PNI associated or affiliated with o / or for providing subsequents / ಪ್ರಿಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಸ್ಥೆ ನನ್ನ ಕೆವೈ ಸಲು, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು, ವರ್ಗಾಯಿಸಲ

Signature / Thumb impression of the Claimant: ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು:	·		
Place:			
ಸ್ಥಳ:			
Signature of the Witness/Declarant:			
ಸಾಕ್ಷಿ/ಘೋಷಣೆದಾರರ ಸಹಿ:	ಸಾಕ್ಷಿ/ಘೋಷಣೆದಾರರ ಹೆಸರು:		
Place:	Date:		
ಸ್ಥಳ:			
ಮಾತ್ಯಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ? I have explained the contents of this claim form to the Cl him/her. I have accurately recorded the Claimant's respo	form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.) ನಹಿ ಮಾಡಿದ್ದ ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದ ರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು) aimant in (language) and ensured that the contents have been fully understood by nses 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		
ಮಾತ್ಯಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತ್ರಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ? I have explained the contents of this claim form to the Cl him/her. I have accurately recorded the Claimant's respo and affixed his/her thumb impression after fully understa ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು	ನಹಿ ಮಾಡಿದ್ದ ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದ ರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು) aimant in (language) and ensured that the contents have been fully understood by nses 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 nding the same. ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಲಾದ ಮಾಹಿತಿಗೆ ಹಕ್ಕುದಾರನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಾನು ನಿಖರವಾಗಿ		
ಮಾತ್ರಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತ್ರಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ? I have explained the contents of this claim form to the CI him/her. I have accurately recorded the Claimant's respo and affixed his/her thumb impression after fully understa ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು _ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮ	ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದ ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದ ರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು) aimant in (language) and ensured that the contents have been fully understood by nses 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 nding the same ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಲಾದ ಮಾಹಿತಿಗೆ ಹಕ್ಕುದಾರನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಾನು ನಿಖರವಾಗಿ ತ್ತು ಅವರು ಸರಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಅವನ/ಅವಳ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತನ್ನು ಅಂಟಿಸಿದ್ದಾರೆ.		
ಮಾತ್ರಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತ್ರಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ? I have explained the contents of this claim form to the Cl him/her. I have accurately recorded the Claimant's respo and affixed his/her thumb impression after fully understa ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು _ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮ Signature of the Witness/Declarant:	ನಹಿ ಮಾಡಿದ್ದ ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದ ರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು) aimant in (language) and ensured that the contents have been fully understood by nses 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 nding the same. ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಲಾದ ಮಾಹಿತಿಗೆ ಹಕ್ಕುದಾರನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಾನು ನಿಖರವಾಗಿ ತ್ತು ಅವರು ಸರಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಅವನ/ಅವಳ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತನ್ನು ಅಂಟಿಸಿದ್ದಾರೆ. Name of Witness/ Declarant:		
ಮಾತ್ರಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತ್ರಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ? I have explained the contents of this claim form to the Cl him/her. I have accurately recorded the Claimant's respo and affixed his/her thumb impression after fully understa ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು _ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮ Signature of the Witness/Declarant:	ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದ ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದ ರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು) aimant in		
ಮಾತೃಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ? I have explained the contents of this claim form to the Cl him/her. I have accurately recorded the Claimant's respo and affixed his/her thumb impression after fully understa ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು _ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮ Signature of the Witness/Declarant:	ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದ ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದ ರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು) aimant in		
ಮಾತ್ರಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತ್ರಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ? I have explained the contents of this claim form to the Cl him/her. I have accurately recorded the Claimant's respo and affixed his/her thumb impression after fully understa ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು _ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮ Signature of the Witness/Declarant:	ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದ ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದ ರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು) aimant in		