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 ರಹೇಜಾ ಟವರ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117.
ಸಿ ಎಲ್ ಸಂ. 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, ಟೆಕ್ನಿಫ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರೆಗಾಂವ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +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 ಇನ್‌ಶೂರ್ಡ್ (ಸೆಲ್ಫ್‌ಗೆ)

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM
ಸೂಚನೆ: ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲಾ 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 ಫಫಾರಮ್‌ನಲ್ಲಿರುವ 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 ಎಲ್ಲಾ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳಿಗೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕೌಂಟರ್‌ಸೈನ್ ಮಾಡಬೇಕು.
- **If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.**
  ಒದಗಿಸಲಾಗಿರುವ ಜಾಗ ಸಾಕಾಗದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಫಾರಮ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಬಂಧಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.
- **Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.**
  ಪ್ರೋಸೆಸಿಂಗ್ ವೇಗವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ 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

1. Particulars of Life Assured:
ವಿಮೆದಾರನ ವಿವರಗಳು:

Policy Number*: ____________________
ಪಾಲಿಸಿ ನಂಬರ್*: ____________________
Name of the Life Assured*: ____________________
ವಿಮೆದಾರನ ಹೆಸರು*: ____________________
Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life):
____
ಮುಖ್ಯ ವಿಮೆದಾರನ ಹೆಸರು (ವಿಮೆದಾರ ಮೈನರ್ ಆದರೆ ಅಥವಾ ಸೆಕೆಂಡರಿ ಲೈಫ್‌ಗೆ):
____

Date of Birth: ____________________ Sex: Male ☐ Female ☐
ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ: ____________________ ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ
Address: ____________________
____
ವಿಳಾಸ: ____________________
____
Tel/Mobile number: ____________________ Email: ____________________
ಟೆಲಿ/ಮೊಬೈಲ್ ನಂ: ____________________ ಇ-ಮೇಲ್: ____________________

Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes ☐ No ☐
(Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
ಪಾವತಿಯನ್ನು ಮುಖ್ಯ ವಿಮೆದಾರನ ಪರವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ
(ವಿಮೆದಾರ ಸೆಕೆಂಡರಿ ಇನ್‌ಶೂರ್ಡ್ ಆದರೆ ಇದು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ)

Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*: ____________________
ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್/ಮುಖ್ಯ ವಿಮೆದಾರನ (ಅನ್ವಯಾನುಸಾರ) ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ನಂ.*: ____________________
Name of the Bank, Address *: ____________________
ಬ್ಯಾಂಕ್ 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: ____________________
____

II. Reason for Hospitalization: ____________________
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಾತಿಗೆ ಕಾರಣಗಳು: ____________________

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/YYYY) __ __: __ __ (in 24 Hrs format)

ಅಡ್ಮಿಶನ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ) __ __: __ __ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)

V. Exact diagnosis /condition(s): ______________________________

ನಿಖರವಾದ ಡಯಾಗ್ನೋಸಿಸ್/ಪರಿಸ್ಥಿತಿ(ಗಳು):

VI. Investigations undergone: ______________________________

ನಡೆಸಿದ ಇನ್ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್ಸ್: ______________________________

VII. Date and time of discharge: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY) __ __: __ __ (in 24 Hrs format)

ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ) __ __: __ __ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s) : ______________________________

____

ಎಂಪ್ಲಾಯರ್(ಗಳ) ವೃತ್ತಿ, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಫೋನ್ ನಂಬರ್‌ಗಳು: ______________________________

____

IX. ICU Benefit Availed: Yes No Recuperation Benefit availed: Yes No

ICU ಸೌಲಭ್ಯ ಬಳಸಲಾಯಿತೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ ರಿಕುಪರೇಶನ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಬಳಸಲಾಯಿತೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ

X. Date and time of Admission into ICU: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY) __ __: __ __ (in 24 Hrs format)

ICU ಗೆ ಅಡ್ಮಿಶನ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ) __ __: __ __ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)

XI. Date & time of Discharge from ICU: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (DD/MM/YYYY) __ __: __ __ (in 24 Hrs format)

ICU ಯಿಂದ ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ) __ __: __ __ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)

3. Following reports and documents taken before and during treatment or operation are enclosed:
ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಆಪರೇಶನ್‌ಗೆ ಮುಂಚೆ ಮತ್ತು ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕೆಳಕಂಡ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವರದಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು:

a) Copy of Admission Notes ☐
ಅಡ್ಮಿಶನ್ ನೋಟ್ಸ್ ಪ್ರತಿ

b) Copy of Discharge Summary ☐
ಸ್‌ಚಾರ್ಜ್ ಸಮ್ಮರಿ ಪ್ರತಿ

c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill ☐
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಪೈಡ್ ಬಿಲ್ ಫೈನಲ್ ಕ್ಯಾಷ್ ಬಿಲ್

d) Any others. Please mention: ______________________________
ಯಾವುದಾದರೂ. ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ: ______________________________

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)
(ಮೇಲ್ಕಂಡ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನೂ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಅಟೆಸ್ಟ್ ಮಾಡಿರಬೇಕು ಅಥವಾ ಮೂಲ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನೂ ಔ51! ಪರಿಶೀಲನೆಗಾಗಿ ಬ್ರಾಂಚ್‌ಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು)

4. Particulars of doctors consulted and hospital / medical centre wherein the Life Assured was admitted currently or for any other previous illness:
ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ ವಿಮೆದಾರನನ್ನು ಅಡ್ಮಿಟ್ ಮಾಡಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಮತ್ತು ಕನ್‌ಸಲ್ಟ್ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರ ವಿವರಗಳು:

Sr. No ಕ್ರ.ಸಂ	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹೆಸರು	Date of first consultation ಮೊದಲ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ದಿನಾಂಕ	Address ವಿಳಾಸ	Registration no. of Doctors/ Hospitals ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ. ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು	Date of Admission & operation ಪ್ರವೇಶ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ದಿನಾಂಕ	Date of Discharge ವಿಸರ್ಜನೆಯ ದಿನಾಂಕ

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:
ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಆಥೊರೈ ಸೇಶನ್:

I ______________________________ do solemnly declare and confirm that the foregoing answers and statements are true and complete in all respects.

ಈ ______________________________ ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿ.

I hereby authorize any medical practitioner or hospital or nursing home or medical clinic who or which has attended upon or examined or treated me/Life Assured for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding my/Life Assured's state of health which he/she/they may have acquired before or after the issuance of the policy, to PNB MetLife India Life Insurance Co Ltd, any of its offices or a Court of law, or any grievance redressal forum. I hereby confirm that this authorization is notwithstanding any law, custom or usage for the time being in force prohibiting any physician or hospital from divulging any knowledge or information, acquired by him/ her/them in attending upon or examining a person on the ground of secrecy.

ನನಗೆ/ವಿಮೆದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ರೋಗದ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ ನಂತರ ನನ್ನ/ವಿಮೆದಾರನ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಳಿಸಿರುವ ಅರಿವನ್ನು, PNB ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಲಿ. ಅದರ ಯಾರೇ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಒಂದು ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅನ್ಯಾಯ ನಿವಾರಣಾ ವೇದಿಕೆಗೆ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅಥೊರೈಸ್ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ. ಈ ಅಥೊರೈಸೇಶನ್, ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನು, ಪದ್ಧತಿ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯನುಸಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಯಾರೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪಡೆದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ, ಗೌಪ್ಯತೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಿಷೇಧವಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ.

Further, I hereby authorize any insurance company, government organization, employer, other organization, institution or person to release to PNB MetLife India Insurance Company Ltd or its duly authorized representatives any record or knowledge about my/Life Assured. I hereby confirm that such information shall without limitation include information about my/Life Assured's health (including any information relating to the use of drugs or Alcohol, AIDS, or mental and physical history, condition, advice or treatment), earnings or other insurance benefits.

ಇದಲ್ಲದೆ, ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ಉದ್ಯೋಗದಾತ, ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ನನ್ನ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆ ಅಥವಾ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಅಂತಹ ಮಾಹಿತಿಯು ಯಾವುದೇ ಮಿತಿಯಿಲ್ಲದೆ ನನ್ನ /ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ (ಡ್ರಗ್ಸ್ ಅಥವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್, ಏಡ್ಸ್, ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಇತಿಹಾಸ, ಸ್ಥಿತಿ, ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ), ಗಳಿಕೆ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಮಾ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

I hereby declare that I am entitled to make the above authorizations. I also agree to render help to PNB MetLife India Life Insurance Co Ltd or its duly authorized representatives to gather the said information or any information that may help the company to process this claim and to use the information in whatever manner as may be deemed to be fit in furtherance of the claim.

ಈ ಮೂಲಕ ನಾನು ಮೇಲಿನ ಅಧಿಕಾರಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಅರ್ಹನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. PNB ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕೋ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಮತ್ತು ಕ್ಲೇಮ್ ನ ಮುಂದುವರಿಕೆಗೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

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 ಕೆವೈಸಿ 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 ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು.

Signature / Thumb impression of the Claimant: ______________________________

ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು: ______________________________

Place: ______________________________ Date: ______________________________

ಸ್ಥಳ: ______________________________ ದಿನಾಂಕ: ______________________________

Signature of the Witness/Declarant: ______________________________ Name of Witness/ Declarant: ______________________________

ಸಾಕ್ಷಿ/ಘೋಷಣೆದಾರರ ಸಹಿ: ______________________________ ಸಾಕ್ಷಿ/ಘೋಷಣೆದಾರರ ಹೆಸರು: ______________________________

Place: ______________________________ Date: ______________________________

ಸ್ಥಳ: ______________________________ ದಿನಾಂಕ: ______________________________

---

6. VERNACULAR DECLARATION: (To be given if claim form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.)
ಮಾತೃಭಾಷೆ ಘೋಷಣೆ: (ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಸಹಿಯ ಬದುಲು ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು)

I have explained the contents of this claim form to the Claimant in ______________________________ (language) and ensured that the contents have been fully understood by him/her. I have accurately recorded the Claimant's responses to the information sought in the claim form. I have read out the responses to the Claimant and he/she has confirmed that they are correct and affixed his/her thumb impression after fully understanding the same.

ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ______________________________ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಲಾದ ಮಾಹಿತಿಗೆ ಹಕ್ಕುದಾರನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಾನು ನಿಖರವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಹಕ್ಕುದಾರನಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಸರಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಅವನ/ಅವಳ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತನ್ನು ಅಂಟಿಸಿದ್ದಾರೆ.

Signature of the Witness/Declarant: ______________________________ Name of Witness/ Declarant: ______________________________

ಸಾಕ್ಷಿ/ಘೋಷಣೆದಾರರ ಸಹಿ: ______________________________ ಸಾಕ್ಷಿ/ಘೋಷಣೆದಾರರ ಹೆಸರು: ______________________________

Address: ______________________________

ವಿಳಾಸ: ______________________________

Place: ______________________________ Date: ______________________________

ಸ್ಥಳ: ______________________________ ದಿನಾಂಕ: ______________________________