

Critical Illness Claim Form
ഗുരുതരമായ രോഗ ക്ലെയിം ഫോം

POLICY NUMBER / പോളിസി നമ്പർ

Important instructions:
പ്രധാനപ്പെട്ട നിർദ്ദേശങ്ങൾ:

- The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company. പൂരിപ്പിച്ച ക്ലെയിം ഫോം, നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്നത്, പോളിസി രൂപകാരം ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി ബാധയ്ക്ക് ഏറ്റെടുക്കുന്നതായി വയാവയിരിക്കേണ്ടതില്ല. കമ്പനിക്ക് വേണ്ടി യാതൊരു ബാധയ്ക്കും അംഗീകരിക്കാൻ ഒരു ഏജന്റിനെയും/ ഇടനിലക്കാരനെയും അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.
- Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents. ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്നതുപോലെ ആവശ്യമായ നിർബന്ധിത രേഖകൾക്കൊപ്പം ഈ ഫോം നേരത്തെ സമർപ്പിക്കുന്നത് നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം വേഗത്തിൽ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് ഞങ്ങളെ പ്രാപ്തമാക്കും. അപൂർണ്ണമായ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതിനോ കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ നിർബന്ധിത രേഖകൾ സമർപ്പിക്കാത്തതിനാലോ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിലെ കാലതാമസത്തിന് പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല.
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters. ഈ ഫോം പൂർണ്ണമായും വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form. ഫോമിൽ നടത്തുന്ന ഭേദഗതികൾ തിരുത്തലുകൾ ദയവായി കൗണ്ടർസൈൻ ചെയ്യുക.
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory. ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ / നോട്ടറി പബ്ലിക് / മജിസ്ട്രേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ പ്രാദേശിക നിലയിലുള്ള വ്യക്തിയുടെ സാക്ഷി ഒപ്പ് നിർബന്ധമാണ്.
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above. ഫോമുകളും എല്ലാ ആവശ്യകതകളും പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫിന്റെ ഏറ്റവും അടുത്തുള്ള ബ്രാഞ്ച് ഓഫീസിലോ അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വിലാസത്തിലോ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

വിഭാഗം A: ലൈഫ് ഇൻഷുറേഡിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

Name: _____ Age: _____
 പേര്: _____ ര്പായം: _____
 Address (Current Residential Address): _____
 വിലാസം (നിലവിലെ വാസയോഗ്യമായ വിലാസം): _____
 City _____ Pin Code _____ State _____
 നഗരം _____ പിൻ കോഡ് _____ സംസ്ഥാനം _____
 Contact Number: Landline _____ Mobile _____
 ബന്ധപ്പെടേണ്ട നമ്പർ: ലാൻഡ്ലൈൻ _____ മൊബൈൽ _____
 E-mail Address: _____ PAN No./ Form 60: _____
 ഈ-മെയിൽ വിലാസം: _____ പാൻ നം./ ഫോം 60: _____
 *Aadhaar No: *Only last 4 digits to be mentioned.
 *ആധാർ നം: _____ *അവസാന 4 അക്കങ്ങൾ മാത്രം പരാമർശിക്കുക.

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

വിഭാഗം B: ലൈഫ് ഇൻഷുറേഡിന്റെ മെഡിക്കൽ ഹിസ്റ്ററി

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____
 രോഗത്തിന്റെ പേര് / രോഗം / പരിക്ക് നിലനിൽക്കുന്നത്: _____
 Symptoms: _____
 ലക്ഷണങ്ങൾ: _____
 Duration of symptoms: _____ Date of Diagnosis: _____
 ലക്ഷണങ്ങളുടെ കാലാവധി: _____ രോഗനിർണയ തീയതി: _____
 When were these symptoms first evident/occurred: _____
 എപ്പോഴാണ് ഈ ലക്ഷണങ്ങൾ ആദ്യം പ്രകടമായത് / സംഭവിച്ചത്: _____
 Date and Time of Admission _____ Date and Time of Discharge _____
 പ്രവേശന തീയതിയും സമയവും _____ ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതിയും സമയവും _____
 Name of hospital: _____
 ആശുപത്രിയുടെ പേര്: _____
 Have you ever had the similar condition in past: Yes No (If "yes," provide details) _____
 നിങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും സമാനമായ അവസ്ഥ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ: ഉവ്വ ഇല്ല ("അതെ" എങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക) _____

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻഫർമസ് അംഗീകരിക്കുന്നതിനുള്ള സ്ലിപ്പ്

Policy number(s) _____
 പോളിസി നമ്പർ(കൾ)
 Name of claimant _____
 ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന ആളുടെ പേര്
 Branch name & code _____
 ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേരും കോഡും
 Date: _____
 തീയതി: _____
 Employee name & Code _____
 ജീവനക്കാരുടെ പേരും കോഡും

Documents Submitted: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Family physician certificate
 ഡോക്യുമെന്റ് ഒറിജിനൽ പോളിസി ക്ലെയിം ഉറപ്പിക്കുന്ന ആളുടെ കുടുംബ ഡോക്ടറുടെ
 സമർപ്പിച്ചത്: റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് / ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ Attending physician certificate സർട്ടിഫിക്കറ്റ്
 പകർപ്പ് PAN Card/ Form 60 of the Medical Documents (if any) All past medical records for any
 നോമിനിയുടെ പാൻ മെഡിക്കൽ പ്രമാണങ്ങൾ എടുത്ത ഏതെങ്കിലും ചികിത്സയ്ക്കുള്ള മുൻകാല
 കാർഡ്/ ഫോം 60 (എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ) മെഡിക്കൽ രേഖകൾ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ
 Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper
 കണ്ടെത്തിയ രോഗത്തിന്റെ രോഗനിർണയം നടത്തിയതിന്റെയും ചികിത്സയുടെയും പൂർണ്ണ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ, അതായത് എല്ലാ പരിശോധന / അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ടുകൾ, ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മറി, ഇൻഡോർ കേസ് പേപ്പർ

Company Seal & Stamp with Date and time
 കമ്പനി സീലും തീയതിയും സമയവും സഹിതം

This acknowledgement slip should not be construed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim. ഈ അംഗീകാര സ്ലിപ്പ് ക്ലെയിം സ്വീകരിക്കുന്നതിന്റെ അംഗീകാരമായി കണക്കാക്കരുത്. അധിക രേഖകൾ / വിവരങ്ങൾ/ ആവശ്യകതകൾ എന്നിവ വിളിച്ചു വരുത്താൻ കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടായിരിക്കും

Nature of Illness and Habits രോഗത്തിന്റെയും ശീലങ്ങളുടെയും സ്വഭാവം		Date of diagnosis of Illness രോഗം കണ്ടെത്തിയ തീയതി
<input type="checkbox"/> Hypertension ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം	<input type="checkbox"/> Diabetes രീപേമഹം	<input type="checkbox"/> Asthma ആസ്മ
<input type="checkbox"/> Tuberculosis ക്ഷയരോഗം	<input type="checkbox"/> Heart ഹൃദയം	
<input type="checkbox"/> Smoking പുകവലി	<input type="checkbox"/> Alcohol മദ്യം	<input type="checkbox"/> Cancer കാൻസർ
<input type="checkbox"/> Tobacco പുകയില	<input type="checkbox"/> Drugs മയക്കുമരുന്നുകൾ	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ അതെ, എന്നാണെങ്കിൽ, ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന കാലാവധിയും _____ ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന അളവും _____		
<p>Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for Paralysis, Parkinsons Disease, Stroke, Muscular Dystrophy, Major Head Trauma, and Doctor's Certificate for Neurological condition for Alzheimer's Disease, Deafness, Multiple Sclerosis, Loss of Speech, Loss of Limbs, Motor Neuron Disease, Blindness, Loss of Independent Existence</p> <p>ശ്രദ്ധിക്കുക: പക്ഷാഘാതം, പാർക്കിൻസൺസ് രോഗം, സ്‌ട്രോക്ക്, മസ്‌കുലാർ ഡിസ്‌ട്രോഫി ശിരസ്സിനേറ്റ ഗുരുതരമായ അപകടം, എന്നിവയ്ക്കായി അഡിഷണൽ ഡോക്ടേഴ്സ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും അൽഷിമേഴ്സ് രോഗം, ബധിരത, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്‌ക്ലിറോസിസ്, സംസാരം നഷ്ടപ്പെടുക, കൈകാലുകൾ നഷ്ടമാകുക, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ ഡിസീസ്, അന്ധത, സ്വതന്ത്ര അസ്തിത്വത്തിന്റെ നഷ്ടം എന്നിവയ്ക്കുള്ള ഡോക്ടേഴ്സ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും ദയവായി പൂരിപ്പിക്കുക.</p>		

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
ഗുരുതര രോഗത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ (നിർണ്ണയിച്ച രോഗം ടിക്ക് ചെയ്യുക)

<input type="checkbox"/> Heart attack ഹൃദയാഘാതം	<input type="checkbox"/> Cancer അർബുദം	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) സി.എ.ബി.ജി. (കൊറോണറി ആർട്ടറി ബൈപാസ് സർജറി)
<input type="checkbox"/> Stroke സ്‌ട്രോക്ക്	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome അപ്പാലിക് സിൻഡ്രോം	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ബെനിൻ ബ്രെയിൻ ട്യൂമർ
<input type="checkbox"/> Blindness അന്ധത	<input type="checkbox"/> Brain Surgery ബ്രെയിൻ സൂരക്കറി	<input type="checkbox"/> Coma കോമ
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease അവസാനഘട്ടത്തിലെ കരൾ രോഗം	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ഹൃദയ വാൽവ് ശസ്ത്രക്രിയ	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma മേജർ ഹെഡ് ട്രോമ
<input type="checkbox"/> Angioplasty ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant പ്രധാന അവയവ മാറ്റി വയ്ക്കൽ	<input type="checkbox"/> Paralysis പക്ഷാഘാതം
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia അപ്ലസ്റ്റിക് അനീമിയ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy കാർഡിയോമിയോപ്പതി	<input type="checkbox"/> Deafness ബധിരത
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease പാർക്കിൻസൺസ് രോഗം	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis പോളിയോമൈലിറ്റിസ്	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ല്യൂപ്പസ് നെഫ്രൈറ്റിസിലും SLE
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension പ്രാഥമിക ശ്വാസകോശത്തിലെ രക്താതിമർദ്ദം	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy മസ്‌കുലർ ഡിസ്‌ട്രോഫി	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis മൾട്ടിപ്പിൾ സ്‌ക്ലിറോസിസ്
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease മെഡുല്ലറി സിസ്റ്റിക് രോഗം	<input type="checkbox"/> Loss of Speech സംസാര നഷ്ടം
<input type="checkbox"/> Kidney Failure വൃക്ക പരാജയം	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease അൽഷിമേഴ്സ് രോഗം	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ഹൃദയമനികിൻ ശസ്ത്രക്രിയ
<input type="checkbox"/> Major Burns പ്രധാന പൊള്ളൽ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness രോഗാവസ്ഥയിൽ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs കൈകാലുകൾ നഷ്ടപ്പെടുന്നു
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence സ്വതന്ത്ര നിലനിൽപ്പിന്റെ നഷ്ടം	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease വീട്ടുമാറാത്ത ശ്വാസകോശരോഗം	

Section C: PAYMENT – NEFT
വിഭാഗം C: പേയ്മെന്റ് - അടുത്തത്

Bank Account no: _____
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നം.: _____

Name of bank: _____
ബാങ്കിന്റെ പേര്: _____

IFSC code: _____
ഐ.എഫ്.എസ്.സി. കോഡ്: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION
വിഭാഗം D: സത്യവാങ്മൂലം അധികാരപ്പെടുത്തൽ

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the records regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

മേൽപ്പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകളെല്ലാം സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും എന്റെ ഭാഗത്തുനിന്ന് ഒന്നും അടിച്ചമർത്തപ്പെടുകയോ തടയുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ക്ലെയിം ഫോമിൽ നൽകുമ്പോൾ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ബാധ്യത സമ്മതിക്കുകയോ പോളിസിയിലെ കീഴിൽ അതിന്റെ അവകാശങ്ങളൊന്നും എഴുതിത്തള്ളുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ല. ഏതെങ്കിലും അറിവോ വിവരമോ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെക്കുറിച്ച് രേഖകൾ നൽകുന്നതിനോ പോളിസിക്ക് മുമ്പോ ശേഷമോ അദ്ദേഹം / അവർ നേടിയേക്കാവുന്ന ഏതെങ്കിലും അസുഖമോ രോഗമോ എന്നെ സന്ദർശിച്ച അല്ലെങ്കിൽ പരിശോധിച്ച അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സിച്ച വൈദ്യനെ അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രിയെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് നൽകിയത്.

I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual / organisation / entity associated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry association / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service.

എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ ശേഖരിച്ചതോ ലഭ്യമായതോ ആയ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫിൽ (ഈ പ്രസ്താവനയിൽ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും നേടിയതാണെങ്കിലും) എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗതവും സെൻസിറ്റീവുമായ ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും വെളിപ്പെടുത്താനും പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫിന് ഞങ്ങൾ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനും കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുമായി പുനർ ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, ഇൻഡസ്‌ട്രി അസോസിയേഷൻ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയ്ക്കുവേണ്ടി പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എന്റിറ്റി.

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
ഒപ്പ് / ഇടത്തെ കൈവിരലടയാളം _____ തീയതി _____

Declaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രഖ്യാപനം. (ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം ഫോം അപേക്ഷാ ഫോമിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായ ഭാഷയിൽ പൂരിപ്പിക്കുകയോ ഒപ്പിടുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Critical Illness Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant.

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ അവകാശിക്ക് അവൻ/ അവൾക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ച് നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഇത് അവർ / അവൾ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും അവകാശി നൽകിയ വിവരമനുസരിച്ച് മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തുകയും ഈ മറുപടികൾ അവകാശിക്ക് വായിച്ചു കൊടുക്കുകയും പൂർണ്ണമായി അവർ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തു.

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

ഫോമിന്റെയും ഡോക്യുമെന്റിന്റെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു. കൂടാതെ ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ച ഉള്ളടക്കവും നിർദ്ദിഷ്ട ക്ലെയിമിനുള്ള അതിന്റെ പ്രാധാന്യവും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തു.

Date തീയതി	Place സ്ഥലം	Signature of Declarant/ Witness ഡിക്ലറന്റിന്റെ/ സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee അവകാശി/ നോമിനിയുടെ ഒപ്പ്/ ഇടത് പെരുവിരലടയാളം
Name of Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റിന്റെ/ സാക്ഷിയുടെ പേര്: _____	Address of Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റിന്റെ/ സാക്ഷിയുടെ വിലാസം: _____	Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റ്/ സാക്ഷിയുമായുള്ള അവകാശവാദിയുടെ ബന്ധം: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ ഡിക്ലറന്റ്/ സാക്ഷിയുമായുള്ള അവകാശവാദിയുടെ ബന്ധം: _____
Date: _____ തീയതി: _____	Place: _____ സ്ഥലം: _____		

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ഈ ഫോമിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട നിർബന്ധിത രേഖകൾ:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format സ്റ്റാൻഡേർഡ് പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഫോർമാറ്റിൽ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (കുടുംബ വൈദ്യനിൽ നിന്നോ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ)
- Discharge Summary confirming the surgery undergone ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായെന്ന് സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന ഡിസ്ചാർജ്ജ് സംഗ്രഹം
- All past medical records for any treatment taken എടുക്കുന്ന എന്തൊരു ചികിത്സയ്ക്കായുള്ള എല്ലാ മുൻകാല മെഡിക്കൽ രേഖകളും
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക്/ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ്
- PAN Card/ Form 60 of the life assured പാൻ കാർഡ് / ലൈഫ് അഷർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ ഫോം 60
- Current address proof നിലവിലെ വിലാസ തെളിവ്
- Photo identity proof ഫോട്ടോ ഐഡൻറിറ്റി പ്രൂഫ്
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ട ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് ബെനിഫിറ്റ് ക്ലെയിം ഫോം
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH ബ്രാഞ്ചിൽ/ജിപിഎച്ചിൽ ലഭിച്ച ക്ലെയിമുകൾക്കായി മൂന്നാം കക്ഷി മുഖേന ക്ലെയിം അറിയിപ്പ് ലഭിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അവകാശവാദിയിൽ നിന്നുള്ള അംഗീകാര കത്ത്

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

കുറിപ്പ്:- അഭ്യർത്ഥനയ്ക്കൊപ്പം ആധാർ കാർഡ് കൈവെടി തെളിവായി സമർപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ ആധാർ നമ്പറിന്റെ ആദ്യ 8 അക്കങ്ങൾ മറയ്ക്കുക