

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

పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రాజేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నప్లెక్స్ -1, టిక్నప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్ సుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

Disability Claim Form
అంగవైకల్యం క్లెయిం పత్రము

POLICY NUMBER / పాలసీ నెంబర్																			
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Important instructions:

ముఖ్యమైన సూచనలు:

To be completed by the claimant in BLOCK letters

క్లెయిం చేయువారు పెద్ద అక్షరాలలో పూర్తి చేయాలి

Please answer all questions, use "Not Applicable" (N/A) as appropriate instead of leaving it blank. Countersign where amendments/alterations are made in the form.

దయచేసి అన్ని ప్రశ్నలకి జవాబు ఇవ్వండి, ఖాళీగా ఉంచే బదులు దానికి సముచితంగా "వర్తింపదు" (ఎన్/ఏ) ఉపయోగించండి. పత్రములో చేసిన సవరణలు/మార్పులకు అక్కడ కొంటర్ సంతకం చేయాలి.

Witness signature is mandatory. Witness should be a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing.

సాక్షి సంతకం తప్పనిస్తే, సాక్షి ఒక గజెటిడ్ ఆఫీసర్ / నోటరీ పబ్లిక్ / మాజిస్ట్రేట్ లేదా స్థానిక సంస్థ ప్రతినిధి అయి ఉండాలి.

CLAIMANT SHOULD SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

క్లెయిం చేయువారు అన్ని పేజీలలో క్రింద సంతకం చేయాలి

The filling of this claim form is not to be construed as an admission of liabilities of our Company. No agent has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

ఈ క్లెయిం పత్రము పూర్తి చేయడం మాతో కంపెనీ యొక్క బాధ్యతకు అనుమతించినట్లు పరిగణించకూడదు. ఏజెంట్లు కంపెనీ తరపున బాధ్యతలు అనుమతించుటకు అధికారం లేదు.

Please submit the form & the requirements at the nearest branch office or the address mentioned above.

దయచేసి ఫారమ్ & అవసరాలను సమీపంలోని బ్రాంచ్ ఆఫీస్ లో లేదా పైన పేర్కొన్న చిరునామాలో సమర్పించండి.

Early and complete submission of requirements would enable the company to process claims at the earliest.

ముందస్తు మరియు పూర్తి అవసరాల సమర్పణ సంస్థ క్లెయిమ్లను వీలైనంత త్వరగా ప్రాసెస్ చేయడానికి వీలు కల్పిస్తుంది.

CLAIMANT DETAILS:

క్లెయిం చేయువారి వివరాలు:

Name of the Insured: _____	
బీమా చేసిన వ్యక్తి పేరు: _____	
Address: _____	
చిరునామా: _____	
Contact No.: _____	E-mail address: _____
సంప్రదింపు నెం.: _____	ఇ-మెయిల్ అడ్రెస్: _____
Bank Account Number of the Claimant*: _____	
(favoring which the claim cheque is to be issued)	
హక్కుదారు యొక్క బ్యాంక్ ఖాతా సంఖ్య*: _____	
(దానికి అనుకూలంగా క్లెయిమ్ చెక్ జారీ చేయబడుతుంది)	
Name & Address of the Bank*: _____	
బ్యాంక్ పేరు & చిరునామా*: _____	

DETAILS OF THE DOCTOR/HOSPITAL TREATED THE INSURED FOR DISABILITY:

అందోళనకరమైన అస్వస్థత కొరకు బీమాదారునికి చికిత్స చేసిన డాక్టరు యొక్క వివరాలు:

Name of the Doctor: _____	
డాక్టరు పేరు: _____	
Name of the Hospital: _____	
ఆసుపత్రి పేరు: _____	
Address: _____	
చిరునామా: _____	
Contact No.: _____	E-mail address: _____
సంప్రదింపు నెం.: _____	ఇ-మెయిల్ అడ్రెస్: _____

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE (List as per Policy Definitions):

ఏ వైకల్యత వర్తిస్తుందో తెలపండి (పాలసీ నిర్వచనాల ప్రకారం జాబితా):

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ఒక కన్నులో దృష్టి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ఒక చేయి ఉపయోగం కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes రెండు కళ్ళలో దృష్టి కోల్పోవటం
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing వినికిడి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs రెండు చేతుల ఉపయోగం కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ఒక చేయి కోల్పోయారు మరియు ఒక కన్ను దృష్టి కోల్పోవటం
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing మాట్లాడటం మరియు వినికిడి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of Speech మాట్లాడటం కోల్పోవటం	

Note: In case of disability due to Accident, kindly fill additional Doctor's Certificate available for Accidental Disability

గమనిక: ప్రమాదం కారణంగా వైకల్యం ఏర్పడితే, దయచేసి ప్రమాదవశాత్తు వైకల్యం కోసం అందుబాటులో ఉన్న అదనపు డాక్టర్ సర్టిఫికేట్‌ను పూరించండి

DETAILS OF ACCIDENT:

ప్రమాదం యొక్క వివరాలు:

Cause of Accident:
ప్రమాదానికి కారణం:
Date of Accident:
ప్రమాదం తేదీ:
Is FIR lodged:
ఎఫ్ ఐఆర్ దాఖలు చేసారా:
If "yes" please attach the copy of Accident:
"అవును" అయితే ప్రమాదం నకలు జత చేయండి:

HISTORY

చరిత్ర

Date of appearance of first symptoms:
మొదటి లక్షణాలు కనిపించిన తేదీ:
Have you ever had the similar condition in past:
గతంలో ఇటువంటి లేదా ఇలాంటి సంబంధిత పరిస్థితి రోగికి ఉండినదా:
If "yes," state when and provide details:
("అవును" అయితే, ఎప్పుడు మరియు వివరాలు అందజేయండి. అవసరమైతే ఇంకొక పేజీ జతచేయండి):

PRESENT CONDITION:

ప్రస్తుత పరిస్థితి:

Present symptoms:
ప్రస్తుత లక్షణాలు:
Findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests):
కనుగొనబడినవి (ప్రస్తుత ఎక్స్-రేలు, ఈసీజి లేదా ఏదైనా ఇతర ప్రత్యేక పరీక్షలు):

TREATMENT:

చికిత్స:

Date of first visit to Hospital/Doctor in this regard:
ఈ విషయంలో ఆసుపత్రి/డాక్టర్ ని సందర్శించిన మొదటి తేదీ:
OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.:
ఓపి నెంబర్/ఆసుపత్రి నెంబర్/ ఇన్ డోర్ రోగి నెంబర్:
Date of last visit:
చివరి సందర్శన తేదీ:
Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other):
సందర్శనల యొక్క ప్రేక్ష్యన్స్ (ప్రతీవారం / నెల వారీ/ ఇతరం):
Date of Last examination:
చివరి పరీక్ష తేదీ:

PROGRESS:

పురోగతి:

Recovered కోలుకున్నారు
Improved కోలుకున్నారు
Unimproved మెరుగుకాలేదు
Retrogressed తిరగ పెట్టింది

DECLARATION:

ధృవీకరణ:

I do hereby declare that all the above statements are true and complete. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights. I hereby authorize the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

పైన అన్ని ప్రకటనలు నిజము మరియు సంపూర్ణమని నేను ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాను. క్లెయిం ఫారం దాఖలు చేయుటలో పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ బాధ్యతను అనుమతించలేదు లేదా హక్కులను మాఫీ చేయలేదు. పర్యవేక్షిస్తున్న పిజీపియన్ లేదా ఆసుపత్రి లేదా నా వ్యాధికి లేదా అస్వస్థతకు చికిత్స చేస్తున్న వారినినా ఆరోగ్య స్థితి గురించి సమాచారం లేదా జ్ఞానము అతను/వారు పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ పాలసీ ఇచ్చిన తరువాత పొందినవి తెలియజేయుటకు నేను ఇందుమూలముగా అధికారం ఇస్తున్నాను.

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. నా/మేము సేకరించిన లేదా పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ వద్ద అందుబాటులో ఉన్న (ఈ డాక్యుమెంట్‌లో ఉన్నా లేదా పొందబడినా) ఏదైనా వ్యక్తిగత మరియు సున్నితమైన సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి, నిల్వ చేయడానికి, భాగస్వామ్యం చేయడానికి, బదిలీ చేయడానికి మరియు బహిష్కరణ చేయడానికి పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ కి నేను/-మేము ఇందుమూలంగా సమ్మతిస్తున్నాము మరియు విడిగా అధికారం ఇస్తున్నాము. ఈ క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేయడం కోసం రీఇన్సూరర్స్, క్లెయిమ్ ఇన్వెస్టిగేటివ్ ఏజెన్సీలు, విక్రేతలు మరియు ఇండస్ట్రీ అసోసియేషన్లు/పడరేషన్‌లతో సహా పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ తో అనుబంధించబడిన లేదా అనుబంధించబడిన లేదా నిమగ్నమైన ఏదైనా వ్యక్తి / సంస్థ / సంస్థలతో సహా మరియు / లేదా తదుపరి సేవలను అందించడం కోసం కానీ వీటికే పరిమితం కాకుండా నా కెవలెన్సి ఫర్మాల్‌ను కలిగి ఉండవచ్చు.

Signature/Left Thumb impression of claimant:
క్లెయిం చేయువారి సంతకం/ ఎడమ బొటన వేలి ముద్ర:
Date:
తేదీ:

Name & Signature of Witness: _____

Date: _____

సాక్షి పేరు మరియు సంతకం: _____

తేదీ: _____

Address of Witness:

సాక్షి యొక్క చిరునామా:

Official Seal of the Witness:

సాక్షి యొక్క అధికార సీలు:

Note: Signature in Indian languages must have their English translation written beneath. Further the claimant signing in the Indian language should give a declaration in the Indian language that he has understood the contents of the above form fully and properly as explained to him in the Indian language by an English knowing person who shall also sign to the effect that he has fully explained the contents of the above form to claimant.

గమనిక: భారతదేశ భాషలలో సంతకానికన, తప్పక వాటి ఇంగ్లెషు అన్వవాదం కనరంద వ్రాయాలి. భారతదేశ భాషలలో సంతకం చేసి క్లెయిం చేయువారు భారత దేశ భాషలలో వై చతీంలీని వషయాల పూరిగా అరాం చేసుకున్నారని మరియు అతనికన భారతదేశ భాషలలో ఇంగ్లెషు తెలిసిన వాకను స్కరమముగా వవరించారని అతన్త దానికన అన్వగుణంగా క్రాయిం చేయువారికన వవరాలు తెలిపిన్తలె సంతకం చేయాలి.