

పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్,

రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం: యూనిట్ నెం 701, 702 & 703, ఏడవ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రాహేజా టవర్స్, 26/27, ఎంజి రోడ్, బెంగుళూర్ - 560001 కర్నాటక, భారతదేశం ఐఆర్ డిఎ నమోదు సంఖ్య 117 సిఎల్ నెం U66010KA2001PLC028883, టోల్ ఫ్రీ 1-1800-425-6969 వద్ద మమ్మల్ని కాల్ చేయండి, వెబ్సైట్ www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా - 1 వ అంతస్తు, టెక్నిప్లెక్స్ -1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైవేర్ కిందగా, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 - చిరునామాకు వ్రాయండి. ఫోన్: + 91-22-41790000, ఫాక్స్: +91-22-41790203

HOSPITAL CASH BENEFIT CLAIM FORM

ఆసుపత్రి నగదు ప్రయోజన క్లెయిం ఫర్మ్

To be completed by Principal Insured (For Self and Minor Life) & Secondary Insured (For Self)

ప్రధాన బీమాదారుడు (స్వయం మరియు మైనర్ జీవితం కొరకు) మరియు రెండవ బీమాదారుడు (స్వయానికి) పూర్తిచేయాలి

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM

గమనిక: దయచేసి అన్ని పేజీలలో క్రింద సంతకం చేయండి

General instructions:

సాధారణ సూచనలు:

- 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.
- క్లెయిం ఫర్మ్ లో ప్రశ్నలకు జవాబు చేస్తున్నప్పుడు మరియు క్లెయిం విషయంలో ఏదైనా ఐతర సమాచారం అందజేస్తున్నప్పుడు, క్లెయిం చేసేవారు అన్ని వాస్తవ విషయాలను పూర్తిగా మరియు సంపూర్ణంగా తప్పక వెల్లడి చేయాలి.
- Please read the policy document carefully to avail the benefits under the policy.
- పాలీసీ క్రింద ప్రయోజనాలు ఉపయోగించుకోవడానికి దయచేసి పాలీసీ దస్తావేజును జాగ్రత్తగా చదవండి.
- All corrections made in the claim form have to be duly countersigned in full.
- క్లెయిం ఫర్మ్ లో చేసిన అన్ని సవరణలకు పూర్తిగా ముద్రపూర్వకం కొంటర్ సంతకం చేయాలి.
- If the space provided is insufficient, please attach the annexures along with this form.
- ఇచ్చిన స్థలం సరిపోకపోతే, దయచేసి ఈ ఫర్మ్ తో అనుబంధాలను జతచేయండి.
- Please submit the requisite documents along with the claim form for a faster processing.
- క్లెయిం వేగవంతంగా ప్రాసెస్ చేయడానికి అవసరమైన దస్తావేజులను దయచేసి దాఖలు చేయండి.
- The company retains the right to call for further evidence needed to process the claim.
- క్లెయిం ప్రాసెస్ చేయడానికి అవసరమైన తదుపరి ఋజువుల కొరకు అడగడానికి కంపెనీ హక్కులు కలిగి ఉన్నది.
- Submission of form duly acknowledged by us does not amount to admission of claim.
- ఫర్మ్ మాకు దాఖలు చేసినంత మాత్రాన క్లెయింకు ఒప్పుకున్నట్లు అర్థం కాదు.
- (*) Mandatory fields
- (*) తప్పనిసరి ఫీల్డ్లు

1. Particulars of Life Assured:

జీవితబీమాదారుని వివరాలు:

Policy Number*: _____
 పాలీసీ నెంబర్*: _____
 Name of the Life Assured*: _____
 జీవిత బీమాదారుని యొక్క పేరు*: _____
 Name of the Principal Insured (In case the Life Assured is a Minor life or Secondary life): _____
 జీవిత బీమా దారుని యొక్క పేరు (జీవిత బీమాదారుడు మైనర్ లేదా సెకండరీ బీమాదారుడు అయితే): _____
 Date of Birth: _____ Sex: Male Female
 పుట్టిన తేదీ: _____ లింగం: పురుషుడు స్త్రీ
 Address: _____
 చిరునామా: _____
 Tel/Mobile number: _____ Email: _____
 టెలిఫోన్/మొబైల్ నెంబర్: _____ ఇమెయిల్: _____
 Do you want the payment to be made in favor of Principal Insured: Yes No
 (Applicable if Life Assured is Secondary Insured)
 మీరు పదాన బీమా దారుని పేరున చెల్లింపు చేయాలనని కోరుతున్నారా: అవును లేదు
 (విమోచార శేకేడరి ఇన్సూరెన్స్ ఆదర్ ఇదు ఆన్లైన్ వాగాత్తరే)
 Claimant/ Principal Insured (As applicable) Bank account no.*: _____
 క్లెయిం/ప్రధాన బీమా దారుడు (వర్తించినట్లు) బ్యాంకు అకౌంట్ నెం.*: _____
 Name of the Bank, Address *: _____
 బ్యాంకు పేరు, చిరునామా *: _____

2. Particulars of Complaints and Symptom

ఫిర్యాదులు మరియు లక్షణాలు యొక్క వివరాలు

I. Name, address & contact details of Hospital admitted: _____
 ఆసుపత్రి యొక్క పేరు, చిరునామా మరియు సంప్రదింపు వివరాలు: _____

II. Reason for Hospitalization: _____
 ఆసుపత్రిలో చేరడానికి కారణం: _____

III. Date of disease (first diagnosis/surgery): ___/___/____ (DD/MM/YYYY)
 వ్యాధి యొక్క తేదీ (మొదటి రోగ నిర్ధారణ / శస్త్ర చికిత్స): ___/___/____ (రోరో/నెనె/సంసంసంసం)

IV. Date and time of admission: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ఆస్పత్రిలో దినాంక మత్తూ సమయం: ___/___/____ (రోరో/నెనె/సంసంసంసం) ___:___ (24 గంటల రూపంలో)

V. Exact diagnosis /condition(s): _____
 ఖచ్చితమైన రోగ నిర్ధారణ/పరిస్థితి(తులు): _____

VI. Investigations undergone: _____
 నిర్వహించబడిన పరీక్షోదనలు: _____

VII. Date and time of discharge: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 విడుదల యొక్క తేదీ మరియు సమయం: ___/___/____ (దిన/తెంకెళ్ళ/వర్షం) ___:___ (24 గంటల రూపంలో)

VIII. Details of occupation, address and tel. numbers of the employer(s) : _____
 ఉద్యోగి (ఉద్యోగులు) యొక్క వృత్తి, చిరునామా మరియు టెలిఫోన్ నెంబర్ల వివరాలు: _____

IX. ICU Benefit Availed: Yes No Recuperation Benefit availed: Yes No
 ఐసీయూ ప్రయోజనం ఉపయోగించినది: అవును లేదు రికంపెరేషన్ బెనీఫిట్ లభించింది: అవును లేదు

X. Date and time of Admission into ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ఐసీయూ ప్రవేశం యొక్క తేదీ మరియు సమయం: ___/___/____ (దిన/తెంకెళ్ళ/వర్షం) ___:___ (24 గంటల రూపంలో)

XI. Date & time of Discharge from ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
 ఐసీయూ నుండి విడుదలైన తేదీ మరియు సమయం: ___/___/____ (దిన/తెంకెళ్ళ/వర్షం) ___:___ (24 గంటల రూపంలో)

3. Following reports and documents taken before and during treatment or operation are enclosed:
 చికిత్స మరియు ఆపరేషన్ సమయంలో మరియు మందు తీసుకునే రిపోర్టులు మరియు దస్తావేజులు అనుసరిస్తూ జతచేసినవి:

- a) Copy of Admission Notes ప్రవేశం నోట్స్ యొక్క నకలు
 b) Copy of Discharge Summary విడుదల సమ్మరీ యొక్క నకలు
 c) Copy of Final Hospital Cash Paid Bill ఆసుపత్రిలో నగదు చెల్లింపుల యొక్క ఆఖరి బిల్లు నకలు
 d) Any others. Please mention: _____
 ఏదైనా ఇతరములు, దయచేసి తెలపండి: _____

(All above documents needs to be attested by Hospital Authorities or Original needs to be produced at Branch for verification by BSM)
 (ప్రపంచ అన్ని దస్తావేజులను ఆసుపత్రి అధికారులు ధృవీకరించాలి లేదా బిఎస్ఎం తనిఖీ కోరకు బ్రాంచ్ వద్ద ఓరిజినల్ సమర్పించవలసిన అవసరం ఉన్నది)

4. Particulars of doctors consulted and hospital / medical centre wherein the Life Assured was admitted currently or for any other previous illness:
 ప్రస్తుతం లేదా ఏదైనా ఇతర, గత ఆస్పత్రిలలో కొరకు జీవిత బీమాదారుడు సంప్రదించిన డాక్టర్లు మరియు ఆసుపత్రి/వైద్య కేంద్రాల యొక్క వివరాలు:

Sr. No వరుస సంఖ్య	Name of the Doctors/Hospitals/ Medical Centres డాక్టర్లు/ఆసుపత్రులు/వైద్య కేంద్రాల యొక్క పేరు	Date of first consultation మొదటి సంప్రదింపు తేదీ	Address చిరునామా	Registration no. of Doctors/ Hospitals డాక్టర్లు/ఆసుపత్రుల యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నెం.	Date of Admission & operation ప్రవేశం మరియు ఆపరేషన్ యొక్క తేదీ	Date of Discharge విడుదల యొక్క తేదీ

5. DECLARATION AND AUTHORISATION:
 ధృవీకరణ మరియు అధికారం ఇవ్వడం:

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

నేను _____ ముందు తెలిపిన జవాబులు మరియు ప్రకటనలు నిజము మరియు అన్ని విషయాలు సంపూర్ణమని యదావిగా ధృవీకరిస్తున్నాను.

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.

ఎవరైనా మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ లేదా ఆసుపత్రి లేదా నర్సింగ్ హోమ్ లేదా మెడికల్ క్లినిక్ ఏదైనా వ్యాధి లేదా అస్వస్థతకు నాకు/జీవిత బీమాదారునికి పర్యవేక్షించి లేదా చికిత్స చేయవారు నా/జీవిత బీమాదారుని యొక్క ఆరోగ్యస్థితి గురించి సమాచారం అతను/ఆమె/వారు పాల్పడిన జారీ చేయడానికి ముందు లేదా తరువాత, పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కం లి. ఏదైనా వారి కార్యాలయాలు లేదా చట్టపరమైన కేంద్రాలు, లేదా ఏదైనా సమస్య పరిష్కార ఫోరంలో, ఏదైనా పరిష్కారం వెల్లడి చేయడానికి ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాను. ఈ అధికారం ఏదైనా చట్టం, ఆచారానికి లోబడి లేదా ఎవరైనా ఫిజీషియన్ లేదా ఆసుపత్రి ఏదైనా సమాచారం సమయానుసారంగా వెల్లడి చేయటకు, అతను/ఆమె/వారు పర్యవేక్షిస్తున్నప్పుడు లేదా రహస్య విషయంలో పరీక్ష జరుపుతున్నప్పుడు ఈ ధృవీకరణ ఉన్నదని నేను ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాను.

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.

తదుపరి, ఏదైనా బీమా కంపెనీ, ప్రభుత్వ సంస్థ యజమాని, ఇతర సంస్థ, సంస్థ లేదా వ్యక్తి పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లి లేదా వారి తరపున ముందస్తుగా అధికార ప్రతినిధి నా/జీవిత బీమాదారుని గురించి ఏదైనా రికార్డులు లేదా పరిష్కారం విడుదల చేయడానికి ఇందుమూలముగా అధికారం ఇస్తున్నాను. అట్టి సమాచారం పరిమితి లేకుండా నా/జీవిత బీమాదారుని యొక్క ఆరోగ్య సమాచారం (డ్రగ్స్ లేదా మద్యం సేవనంతో సహా, ఎయిడ్స్, లేదా మానసిక లేదా శారీరక చరిత్ర, పరిస్థితి, సలహా లేదా చికిత్స) ఆదాయాలు లేదా ఇతర బీమా ప్రయోజనాలు కలిగి ఉంటుందని నేను ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాను.

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.

పైన అధికారాలు ఇవ్వడానికి నాకు అధికారం ఉన్నదని నేను ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాను. పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కం. లి లోడా దాని ముందస్తుగా అధికారంల ప్రతినిధులు అట్టి సమాచారం లేదా ఏదైనా సమాచారం ఈ క్లెయిం పాస్ చేయడానికి సహాయపడేవి సేకరించడానికి మరియు క్లెయిం యొక్క తదుపరి చర్యలలో సరిపోవునట్లు ఏవిధంగానైనా ఉపయోగించడానికి సహాయపడతానని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

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 డాక్యుమెంట్ లో ఉన్న లేదా పొందబడిన) 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 విధిగా అధికారం ఇస్తున్నాము. ఈ క్లెయింను ప్రాసెస్ చేయడం కోసం రీఇన్సూరర్స్, క్లెయిం ఇన్వెస్టిగేటివ్ ఏజెన్సీలు, విక్రేతలు మరియు ఇండస్ట్రీ అసోసియేషన్లు/ఫెడరేషన్లతో 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 కెవైసి పత్రాలను కలిగి ఉండవచ్చు.

Signature / Thumb impression of the Claimant: _____
క్లెయిం చేయువారి సంతకం/ బొటన వేలి ముద్ర: _____

Place: _____ Date: _____
స్థలం: _____ తేదీ: _____

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____
సాక్షి/ధృవీకరించువారి సంతకం: _____ సాక్షి/ధృవీకరించువారి పేరు: _____

Place: _____ Date: _____
స్థలం: _____ తేదీ: _____

6. VERNACULAR DECLARATION: (To be given if claim form is signed in vernacular or if the Claimant has used thumb impression instead of signature.)
స్వభాషలో ధృవీకరణ: (క్లెయిం పత్రంలో స్వభాషలో సంతకం చేసినప్పుడు లేదా క్లెయిం చేయువారు సంతకానికి బదులు బొటన వేలి ముద్ర ఉపయోగించినప్పుడు ఇవ్వాలి.)

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.

క్లెయిం చేయువారికి నేను _____ (భాషలో) ఇందులోని విషయాలను వివరించాను మరియు అతను/ఆమె పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నారని నిశ్చయపరచుకున్నాను. ఈ క్లెయిం పత్రములో అడిగిన సమాచారానికి క్లెయిం చేయువారి యొక్క జవాబులను ఖచ్చితంగా నమోదుచేసాను. క్లెయిం చేయువారికి జవాబులు చదివి వినిపించాను మరియు అతను/ఆమె అవి సరియైనవి ధృవీకరించి మరియు దానిని పూర్తిగా అర్థంచేసుకున్న తరువాత అతను/ఆమె బొటనవేలి ముద్ర చేసారు.

Signature of the Witness/Declarant: _____ Name of Witness/ Declarant: _____
సాక్షి/ధృవీకరించువారి సంతకం: _____ సాక్షి/ధృవీకరించువారి పేరు: _____

Address: _____
చిరునామా: _____

Place: _____ Date: _____
స్థలం: _____ తేదీ: _____