

Employer Employee Death Claim Form

નિયોક્તા કર્મચારી મૃત્યુ દાવા ફોર્મ

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(સમુહ વિમા પોલીસી ધારક (જીપીએચ) અને નામનિર્દિષ્ટ તમામ સમુહ વીમા યોજના માટે પૂર્ણ કરવું)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

આ ફોર્મ સાથે સબમિટ કરવાના ફરજિયાત દસ્તાવેજો:

Mandatory Documents ફરજિયાત દસ્તાવેજ	Additional documents* to be submitted સબમિટ કરવાના* વધારાના દસ્તાવેજો
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority સ્થાનિક ઓથોરિટી દ્વારા ઇશ્યુ કરાયેલ માન્ય મૃત્યુ પ્રમાણપત્રની નકલ</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણિત કરાયેલ ફોટો ઓળખનો પુરાવો</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણિત નોમિનીના વર્તમાન સરનામોનો પુરાવો</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook રદ કરેલ ચેક / બેંક પાસબુકની નકલ</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee પાન નં./ નોમિનીનું ફોર્મ 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee નોમિનીની ગેરહાજરીના કિસ્સામાં કાનૂની વારસદાર/ ઉત્તરાધિકાર અંગેનું પ્રમાણપત્ર</p> <p>7. Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ન્ય અથવા જીપીએચ પર પ્રાપ્ત થયેલ દાવાઓ માટે જો દાવાની સૂચના ત્રીજા પક્ષ દ્વારા પ્રાપ્ત થઈ હોય તો દાવેદાર (ક્લેઈમન્ટ) તરફથી અધિકૃતતા પત્ર</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request નોંધ:- જો વિનંતી સાથે આધાર કાર્ડને કેવાયસી પુરાવા તરીકે સબમિટ કર્યું હોય તો કૃપા કરીને આધાર નંબરના પ્રથમ 8 અંકોને મારક કરો</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims ઉપરોક્ત દસ્તાવેજની જરૂર રજીસ્ટ્રેશન હેતુ માટે છે, દાવા (ક્લેઈમ) ની પ્રક્રિયા કરવા માટે કંપની વધારાના દસ્તાવેજો માંગી શકે છે</p>	<p>Natural death/ death due to illness કુદરતી મૃત્યુ/ માંદગીને કારણે મૃત્યુ</p> <p>1. Complete Medical records (Admission notes & Discharge / Death summary & Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death attested by GPH ભૂતકાળમાં લીધેલી કોઈપણ સારવાર માટે અથવા મૃત્યુ સમયે જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણિત સંપૂર્ણ તબીબી રેકોર્ડ્સ (હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા સંબંધિત નોંધો અને ડિસ્ચાર્જ/મૃત્યુ સમયે અને પરીક્ષણ/તપાસ રિપોર્ટ વગેરે)</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) જો સક્રિય કાર્ય ક્લેમ (એક્ટિવ વર્ક ક્લોઝ) લાગુ હોય તો ગ્રુપ ટર્મ લાઈફ ક્લેમ્સ માટે વિગતો છોડી દો (ઈએન્ડઈ [E&E] કેસ)</p> <p>Accidental Death આકસ્મિક મૃત્યુ</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* FIR ની નકલ, પંચનામા, ઈન્કવેસ્ટ રિપોર્ટ, પોસ્ટમોર્ટલમ રિપોર્ટ*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* મૃત્યુનોંધ/સમાચારપત્રની કટિંગ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો *)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* વિસેરા/રાસાયણિક પાઠ્યકરણ રિપોર્ટ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)*</p> <p>4. Final police investigation report* પોલિસ તપાસની અંતિમ રિપોર્ટ *</p> <p>*Attested by GPH *GPH દ્વારા પ્રમાણિત</p>

Part A / ભાગ A:

1) Group Policy No/ જૂથ નીતિ નં: _____

2) Member ID/ સભ્ય ID: _____

3) Employee ID/ કર્મચારીની આઈડી: _____

4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
મૃતક સભ્યનો લાભનો હોદ્દો/બેન્ડ/ગ્રેડ: _____
(અસરની તારીખ સાથે) લાગુ પડતા કથન મજબૂત

5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / વીમિત સભ્ય/કર્મચારી નું પુરું નામ અને સરનામું: _____

6) Name of Group Policyholder / ગ્રુપ પોલીસીધારકનું નામ: _____

7) Date of Birth of Insured / વીમિતની જન્મ તારીખ: _____

8) Date of Joining the Service / સેવામાં જોડાવાની તારીખ: _____

9) PAN No./ Form 60 / પાન નંબર./ ફોર્મ 60: _____

10) Date of Death / અવશાનની તારીખ: _____

11) Place and Cause of Death / મૃત્યુનું સ્થળ અને કારણ: _____

12) Cause of Death / મૃત્યુનું કારણ: _____

13) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote) મેળવેલ અંતિમ પગાર: (જીટીએલ/એફએસએલ યોજના માટે ફરજિયાત, એફએસએલ દાવામાં મૂળ પગાર જણાવો, લાગુ પડતા કથન માટે લાગુ પડતો પગાર જણાવવા વિનંતી)	Monthly માસિક	Annual વાર્ષિક

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention
ગત એક વર્ષ દરમિયાન / બનાવ બન્યાની તારીખથી ભોગવેલ રજાની વિગત જણાવવા વિનંતી.

From Date તારીખ થી	To Date આજ સુધી	No. of Days દિવસોની સંખ્યા	Type of Leave રજાનો પ્રકાર	Reason કારણ

- 15) Sum Assured / વીમાની રકમ: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/ વીમાધારક સભ્યનો પીએફ એકાઉન્ટ નંબર: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/ (ઈડીએલઆઈ દાવા માટે ફરજિયાત)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent Contractual
કૃપા કરીને જોડાવાની તારીખે કર્મચારીની રોજગાર સ્થિતિની પુષ્ટિ કરો: કાયમી કરાર આધારિત
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
કરી ને પુષ્ટિ કરો કે કર્મચારી જે તારીખે જોડાયા તે સમયે કામ પર સક્રિય હતા: હા ના
- 19) Last working date/ કામ કરવાની છેલ્લી તારીખ: _____

Declaration and authorization by Group policy holder

ગ્રુપ પોલિસી ધારક દ્વારા ઘોષણા અને અધિકૃતતા

I/We, the above-named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

હું/અમો, ઉપરોક્ત નામવાળા દાવેદારો સત્યનિષ્ઠાપૂર્વક જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત વિધાનો ખરા છે અને સમત થાઉં છું કે કંપની દ્વારા આ ફોર્મ, અથવા અન્ય કોઈ પૂરક ફોર્મ પુરુ પાડવાથી એ સ્વીકારેલ નથી કે સવાલવાળી વ્યક્તિનો કોઈ વીમો ચાલુ હતો અથવા કોઈ હક કે બચાવ જતો કરેલ છે. સભ્યની તબિબી સારવાર/તપાસ દરમ્યાન મળેલી ખાનગી માહિતી કોઈ કાયદા, રિવાજ અથવા રીત મુજબ જાહેર કરવા પર પ્રતિબંધ હોવા છતાં.

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV/AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

હું/અમો આથી કોઈ તબીબ અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ, અથવા કોઈ રુગણાલય, આરોગ્ય ભવન, તબીબી વ્યવસાયિક, રુગણાલય અથવા અન્ય કોઈ તબીબી જતન સંસ્થા, વીમા સમર્થન સંસ્થા, ઔષધશાળા, સરકારી એજન્સી, વીમા કંપની, નિયંત્રકતા, લાભ યોજના વહીવટદાર, હિસાબનીશ અથવા નાણાકીય સલાહકાર અથવા અન્ય કોઈ સંસ્થા ને સભ્યની રોજગાર, નાણાકીય અથવા વીમા, સલાહ, સભાગ અથવા સારવાર લગતી માહિતી અથવા વીમિત સભ્યના સ્વાસ્થ્યને લગતી અન્ય કોઈ માહિતી જેમા માનસીક બીમારી, ઔષધ સેવન, દારૂ સેવન, એચઆઈવી (એઈડસ) અને અથવા જાતીય રોગ સકમણ માહિતી નો સમાવેશ છે, તે પીએનબી મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લે., એની કોઈ કચેરી, અથવા ન્યાયાલય, અથવા અન્ય કોઈ તપાસ એજન્સી અથવા તેમના વતી કાર્ય કરતા સ્વતંત્ર વહીવટદાર ને જણાવવા અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ. આ અસલ અધિકૃતતાની ફોટો નકલને અસરકારક અને માન્ય ગણવામા આવશે.

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

આ દાવા અરજીની પ્રક્રિયા કરવા અને અથવા અનુગામી સેવાઓ આપવા હું/અમો વધારામા પીએનબી મેટલાઈફને મારો/અમારી કોઈ પણ વ્યક્તિગત અને સંવેદનશીલ માહિતી જે પીએનબી મેટલાઈફ એક્ટ્રિન કરી હોય અથવા તેમની પોસે હોય (કે આ પત્રક/અરજીમા હોય અથવા અન્ય રીતે મેળવેલ હોય) જેમા કેવાયસી દસ્તાવેજોનો પણ સમાવેશ હોઈ શકે, તે કોઈ વ્યક્તિ/સંસ્થા/અસ્તિત્વ ધરાવતી વસ્તુ જે પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સકળાયેલ હોય અથવા સલગન હોય અથવા પીએનબી મેટલાઈફ રોકેલ હોય જેમા ફરીથી વિમો લેનાર, દાવો તપાસ એજન્સી (સંસ્થા), વિકેતાઓ અને ઔદ્યોગિક સંગઠનો/મહામડળ સહીતને ઉપયોગ કરવા અને જાહેર કરવા સમતી આપીએ છીએ અને અધિકૃત કરીએ છીએ.

Declaration by Group Policy Holder

સમુહ પોલિસી ધારકનું એકરનામું

We confirm that the foregoing information including the details of the insured member stated above are true to the best of our knowledge and belief and our born out from our official records.

અમો પુષ્ટી કરીએ છીએ કે વીમિત સભ્યની ઉપરોક્ત જણાવેલ માહિતી સહિતની ઉપરોક્ત માહિતી અમારી જાણ અને માન્યતા મુજબ ખરી છે અને અમારા સત્તાવાર દસ્તાવેજોમાં લેવામા આવેલ છે.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

સમુહ પોલિસી ધારક કંપનીના શીલ સહિતની અધિકૃત સહી કરનારની સહી

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
નામ અને હોદ્દો: _____ સંપર્ક નં.: _____ તારીખ: _____

Part B / ભાગ B:

1) Please provide bank account number and PAN No./ Form 60 for all the Nominees:

કૃપા કરીને તમામ નોમિની માટે બેંક એકાઉન્ટ નંબર અને PAN નંબર/ફોર્મ 60 પ્રદાન કરો:

Particulars ખાસ	Nominee 1 નામનિદેશ 1	Nominee 2 નામનિદેશ 2	Nominee 3 નામનિદેશ 3	Nominee 4 નામનિદેશ 4	Nominee 5 નામનિદેશ 5
Name નામ					
Bank Account Number બેંક એકાઉન્ટ નંબર					
IFSC Code આઈએફએસસી કોડ					
PAN No./ Form 60 પાન નંબર/ ફોર્મ 60					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records:

જીવન વીમાનો લાભ લેનાર/રા નામનિદેશ/દો ની નીચે જણાવેલ વિગત જાણીએ રેકર્ડ મુજબ જણાવવા વિનંતી:

SL. No. ક. સ.	Nominee Name નોમિનીનું નામ	Relationship સબ્ધ	Benefit Share in % લાભમા ભાગ % પ્રમાણે	Address of Nominee નામનિદેશનું સરનામું

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following:

માંદગી અથવા અકુદરની કારણોસર મૃત્યુના કિસ્સામાં નીચેનાની જરૂર છે:

Types of illness and date of diagnosis માદગીનો પ્રકાર અને નિદાનની તારીખ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment આપવામા આવેલ સારવારની વિગત અને વીમિતે જે હોસ્પીટલમા સારવાર મેળવેલ તેની વિગતો	
Details of accident (for unnatural death) અકસ્માતની વિગત (અકુદરની મૃત્યુ માટે)	

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 at 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

પીએનબી મેટ - વાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજીસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બેંગલોર - 560 001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ ઓફ ઈન્ડિયા રજીસ્ટ્રેશન નંબર 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ટોલ ફ્રી નંબર - 1-800-425-6969 ઉપર કોલ કરો, વેબ સાઈટ www.pnbmetlife.com, ઈમેલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને લખો - 1 લો માળ, ટેકનીપ્લેક્સ-1, ટેકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ, ઓફ વીર સાર્કર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062, ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ +91-22-41790203

ટકનીપ્લેક્સ -1, ટકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાર્કર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062, ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ +91-22-41790203

Name and address of hospital where postmortem was conducted જે હોસ્પિટલમાં મરણોત્તર તપાસ કરવામાં આવેલ તે હોસ્પિટલનું નામ અને સરનામું	
Name and address of police station to which accident was reported જે પોલીસ ઠાણમાં અકસ્માતની જાણ કરવામાં આવી હતી તેનું નામ અને સરનામું	

Declaration and authorization by Beneficiary

લાભાર્થી દ્વારા ઘોષણા અને અધિકૃતતા

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

હું/અમે, ઉપરોક્ત નામિત દાવેદારો સત્યનિઘાતપૂર્વક જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત વિધાનો ખરા છે અને સમત થાઉં છું કે કંપની દ્વારા આ ફોર્મ, અથવા અન્ય કોઈ પૂરક ફોર્મ પુરું પાડવાથી એ સ્વીકારેલ નથી કે સવાલવાળી વ્યક્તિનો કોઈ જીવન વીમો ચાલુ હતો અથવા કોઈ લક કે બચાવ જતા ફંડ છે. સભ્યની તબિબી સારવાર/તપાસ દરમ્યાન મળેલી ખાનગી માહિતી કોઈ કાયદા, રિવાજ અથવા રીત મુજબ જાહેર કરવા પર પ્રતિબંધ હોવા છતાં પણ.

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

હું/અમે આથી કોઈ તબીબ અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ, અથવા કોઈ રુગણાલય, આરોગ્ય ભવન, તબીબી વ્યવસાયિક, રુગણાલય અથવા અન્ય કોઈ તબીબી જીવન સંસ્થા, વીમા સમર્થન સંસ્થા, ઔષધશાળા, સરકારી એજન્સી, વીમા કંપની, નિયંત્રકતા, લાભ યોજના વહીવટદાર, હિસાબનીશ અથવા નાણાકીય સલાહકાર અથવા અન્ય કોઈ સંસ્થા ને સભ્યની રોજગાર, નાણાકીય અથવા વીમા, સલાહ, સભાગ અથવા સારવાર લગતો માહિતી અથવા વીમિત સભ્યનસ તબીબતને લગતી અન્ય કોઈ માહિતી જેમા માનસિક બીમારી, ઔષધ સેવન, દારૂ સેવન, એચઆઈવી (એઈડસ) અને અથવા જાતીય રોગ સકમણ માહિતી નો સમાવેશ છે, તે પીએનબી મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લે., એની કોઈ કચેરી, અથવા ન્યાયાલય, અથવા અન્ય કોઈ તપાસ એજન્સી અથવા તેમના વતી કાર્ય કરતા સ્વતંત્ર વહીવટદાર ને જણાવવા અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ. આ અસલ અધિકૃતતાની ફોટો નકલને અસકરકારક અને માન્ય ગણવામાં આવશે.

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

આ દાવા અરજીની પ્રક્રિયા અને અથવા અનુગામી સેવાઓ આપવા હું/અમે વધારામાં પીએનબી મેટલાઈફને મારી/અમારી કોઈ પણ વ્યક્તિગત અને સવેદનશીલ માહિતી જે પીએનબી મેટલાઈફ એક્ટ્રિન કરી હોય અથવા તેમની પોસે હોય કે આ પત્ર/અરજીમાં હોય અથવા અન્ય રીતે મેળવેલ હોય જેમા કેવાલસી દસ્તાવેજોનો પણ સમાવેશ હોઈ શકે, તે કોઈ વ્યક્તિ/સંસ્થા/અસ્તિત્વ ધરાવતી વસ્તુ જે પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સકળાયેલ હોય અથવા સલગન હોય અથવા પીએનબી મેટલાઈફ રોકેલ હોય જેમા ફીચી વિમો લેનાર, દાવો તપાસ એજન્સી (સંસ્થા), ચિકિત્સાઓ અને ઓદ્યોગિક સગદનો/મહામડળ સહીતને ઉપયોગ કરવા અને જાહેર કરવા સમતની આપીએ છીએ અને અધિકૃત કરીએ છીએ.

Indemnity/Undertaking/Warranty and Representations by the Claimant in lieu of original policy bond and document

મૂળ પોલિસી બોન્ડ અને દસ્તાવેજના બદલામાં દાવેદાર દ્વારા ક્ષતિપૂર્ણ/અંડરટેકિંગ/વોરંટી અને પ્રતિનિધિત્વ

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy bond/documents are not pledge, mortgaged, assigned or otherwise created any adverse lien, title, interest over it either by the policyholder or by the legal heirs and I further undertake to destroy it as a null and void document post receipt of the full and final payment of the claim under the policy from the Company. I further undertake that the Company stands indemnified by me against all losses, claims whatsoever arising out of anything in relation to the dispensation of original policy document or the representations/warranties herein. I completely understand and agree with the Company that it shall stand conclusively discharged from all the obligations arising out of this policy/ies upon making the payment to me, nominee, legal heir or successor of the policyholder/life assured.

હું અનિવાર્યપણે કંપનીને ખાતરી આપું છું, સ્વીકારું છું, પ્રતિનિધિત્વ કરું છું અને બાંધધરી આપું છું કે મૂળ પોલિસી બોન્ડ/દસ્તાવેજો ગીરવે, ગીરો, સોંપેલ અથવા અન્યથા કોઈ પ્રતિકૂળ પૂર્વાધિકાર, શીર્ષક, તેના પર રસ પોલિસીધારક દ્વારા અથવા કાનૂની વારસદારો દ્વારા બનાવવામાં આવ્યો નથી અને હું આગળ કંપની તરફથી પોલિસી લેકળ દાવાની સંપૂર્ણ અને આખરી ચુકવણીની રસીદ પછી તેને રદબાતલ અને રદબાતલ દસ્તાવેજ તરીકે નષ્ટ કરવાની જવાબદારી લો. હું આગળ બાંધધરી આપું છું કે મૂળ પોલિસી દસ્તાવેજના વિતરણ અથવા અહીંની રજૂઆતો/વોરંટીઓના સંબંધમાં કોઈપણ બાબતમાંથી ઉદ્ભવતા કોઈપણ દાવાઓ સામે કંપની મારા દ્વારા તમામ નુકસાનની ભરપાઈ કરે છે. હું સંપૂર્ણ રીતે સમજું છું અને કંપની સાથે સંમત છું કે તે મને, નોમિની, કાનૂની વારસદાર અથવા પોલિસીધારક/જીવન વીમાધારકના અનુગામીને ચુકવણી કરવા પર આ પોલિસી/ઓમાંથી ઉદ્ભવતી તમામ જવાબદારીઓમાંથી નિર્ણાયક રીતે છૂટી જશે.

I hereby acknowledge and agree that any incorrect, false, or misleading or deficit information furnished by me may result in the rejection of claim or the recovery of claim proceeds with cost and compensation as the case may be apart from civil and criminal liability on me and my assets.

હું આથી સ્વીકારું છું અને સંમત છું કે મારા દ્વારા આપવામાં આવેલી કોઈપણ ખોટી, ખોટી અથવા ગેરમાર્ગે દોરનારી અથવા ખોટની માહિતી દાવાને નકારવામાં અથવા દાવાની કાર્યવાહીની કિંમત અને વળતર સાથેની વસૂલાતમાં પરિણમી શકે છે કારણ કે કેસ મારા પર સિવિલ અને ફોજદારી જવાબદારી સિવાય હોઈ શકે છે. મારી સંપત્તિ.

Signature of the Nominee of Insurance Claim

વીમા દાવેદાર નામનિર્દેશની સહી

Particulars વિગતો	Nominee 1 નોમિની 1	Nominee 2 નોમિની 2	Nominee 3 નોમિની 3	Nominee 4 નોમિની 4	Nominee 5 નોમિની 5
Name of Nominee નામનિર્દેશનું નામ					
Signature of Nominee નામનિર્દેશની સહી					
Contact No. સંપર્ક નં.					
Date તારીખ					

Declaration by Group Policy Holder

સમૂહ પોલીસીધારકનું એકરાર નામું

We confirm that, the Nominee/s mentioned in this form is/are as nominated by the employee for the purpose of vesting of his/her life Insurance benefits.

અમારું પુષ્ટિ કરીએ છીએ કે આ ફોર્મમાં ઉલ્લેખ કરેલ નામનિર્દેશ /તે નો કર્મચારીએ તેના/તેણીના જીવન વીમા ના લાભો સમર્પિત કરવા નામાકિત કર્યા છે.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

માસ્ટર પોલીસી ધારક કંપનીના શીલ સહિતની અધિકૃત સહી કરનારની સહી

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

નામ અને ડોટો: _____ સંપર્ક નં.: _____ તારીખ: _____