

Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity) मृतक दावे के लिए दावाकर्ता का वक्तव्य (एसएसजी और एफिनिटी)		
Group Policy Number ग्रुप पॉलिसी संख्या		
Group Policy Holder Name ग्रुप पॉलिसी स्वामी का नाम		
Member number सदस्य संख्या		
Date of Joining the Policy पॉलिसी में शामिल होने की तिथि		
Certificate Number प्रमाणपत्र संख्या		
Loan disbursement date ऋण वितरण की तिथि		
Outstanding loan as of date of death of member सदस्य की मृत्यु की तिथि तक बकाया ऋण		
Details of the Insured Member: बीमित सदस्य के विवरण:		
Full name पूरा नाम		
Residential Address आवासीय पता		
PAN No./ Form 60 पैन नं. / फाम 60		
Gender लिंग	Male पुरुष	Female महिला
	Age at death: मृत्यु के समय आयु:	
Nature of occupation व्यवसाय की प्रकृति		
Date of birth (as per records) जन्मतिथि (रिकार्ड के अनुसार)		
Date of death and Time of Death मृत्यु का दिनांक और मृत्यु का समय		
Cause of death मृत्यु का कारण	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Murder <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> COVID 19 <input type="checkbox"/> Natural Calamity <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Others (please specify) _____ <input type="checkbox"/> दुर्घटना <input type="checkbox"/> हत्या <input type="checkbox"/> आत्महत्या <input type="checkbox"/> कोविड 19 <input type="checkbox"/> प्राकृतिक आपदा <input type="checkbox"/> हृदय रोग <input type="checkbox"/> गुर्दे की बीमारी <input type="checkbox"/> यकृत रोग <input type="checkbox"/> कैंसर <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____	
Place of death मृत्यु का स्थान	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> अस्पताल <input type="checkbox"/> कार्यालय <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया अन्य/अस्पताल का नाम बताएं) _____	
In case of death due to illness बीमारी के कारण मृत्यु के मामले में		
When and where did the insured member give first indication of falling ill बीमित सदस्य पहली बार कब और कहाँ बीमार पड़ा		
Date and type of illness बीमारी का दिनांक और प्रकार		
Treatment given किया गया उपचार		
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness डॉक्टर का नाम, पता और फोन नंबर, जिससे बीमित व्यक्ति ने पिछली बीमारी के दौरान परामर्श लिया		
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness अस्पताल का नाम और पता जहाँ बीमित व्यक्ति का पिछली बीमारी के दौरान उपचार हुआ		
In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents दुर्घटना के कारण मृत्यु के मामले में: एफआईआर और पीएमआर (जीपीएच द्वारा प्रमाणित) दावा दस्तावेजों के साथ भरा जाए		
Date and Time of accident दुर्घटना का दिनांक और समय		
Details of accident दुर्घटना के विवरण		

Address of Police Station to which the accident was reported पुलिस स्टेशन का पता, जहां दुर्घटना की रिपोर्ट की गई	
FIR number एफआईआर संख्या	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted अस्पताल का नाम और पता, जहां पोस्टमार्टम किया गया	

Details of Claimant/Nominee दावाकर्ता/नामिती के विवरण	
Name of the claimant दावाकर्ता का नाम	
Relationship with the insured and % of Share बीमित व्यक्ति से संबंध और हिस्से का %	
Address of the claimant दावाकर्ता का पता	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) पैन नं. / फाम 60 (अनिवार्य)	
Email and phone number ईमेल और फोन नंबर	
Claimant/Nominee's Bank details दावाकर्ता/नामिती का बैंक विवरण	
Bank Name and complete address बैंक का नाम और पूरा पता	
Account type खाते का प्रकार	Savings Current बचत चालू
Bank account number बैंक खाता संख्या	
MICR code: एमआईसीआर कोड:	IFSC Code: आईएफएससी कोड:

Declaration from Claimant / Nominee

दावाकर्ता/नामिती द्वारा घोषणा

I/We _____ hereby declare that, I am/we are the nominee/s /legal heir/s of Late Mr. / Mrs . _____ who is the life assured in the above policy.

मैं/हम _____ एतद्वारा घोषणा करते हैं कि, मैं/हम स्वर्गीय श्री/श्रीमती _____ के नामिती/कानूनी वारिस हैं, जो उक्त पॉलिसी में जीवन बीमित थे।

I/We hereby irrevocably agree and undertake that, upon payment of the amount payable under the policy, PNB MetLife India Insurance Company Ltd. shall stand conclusively discharged from all its liabilities in relation to the insurance cover of the deceased member arising out of the above policy. I/We hereby authorize the physician/Doctor/s, hospitals, medical centers, etc. who had attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness, Insurance Companies who had issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnosis centers wherein the life insured underwent personal/official/Insurance related medical tests to divulge or share any knowledge or information or documents regarding the deceased's state of health available with them or other details which he/they may have acquired whether before or after the issuance of the policy by PNB MetLife.

मैं/हम एतद्वारा अपरिवर्तनीय रूप से सहमत हैं और यह जिम्मेदारी स्वीकार करते हैं कि पॉलिसी के अंतर्गत देय धनराशि के भुगतान पर पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लि। उक्त पॉलिसी के कारण उत्पन्न मृतक सदस्य के बीमा कवर के संबंध में अपनी समस्त देयताओं से पूर्णतया निवृत्त हो जाएगा। मैं/हम एतद्वारा फिजीशियन/चिकित्सक/कों, अस्पतालों, चिकित्सा केंद्रों आदि जिन्होंने उक्त मृतक व्यक्ति/बीमित का किसी विकार या बीमारी के लिए देखभाल या परीक्षण या उपचार किया, बीमा कंपनी जिसने उक्त मृतक व्यक्ति/बीमित को पॉलिसियां निर्गत कीं, जीवन बीमित के वर्तमान/पूर्व नियोक्ता या व्यावसायिक सहयोगियों, जन्म और मृत्यु के पंजीकरणकर्ता, निदान केंद्र जहां जीवन बीमित के निजी/आधिकारिक/बीमा संबंधी चिकित्सकीय परीक्षण हुए को उनके यहां मृतक की स्वास्थ्य की स्थिति के संबंध में उपलब्ध कोई ज्ञान या सूचना या दस्तावेज या अन्य विवरण जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा पॉलिसी निर्गत करने से पहले या बाद में उनके द्वारा अर्जित किए गए हो सकते हैं, प्रकटित या साझा करने के लिए प्राधिकृत करते हैं।

A photocopy of this authorization shall be considered as valid as original. Since the said coverage was availed by Late _____ for the purpose of securing outstanding due and payable under a loan availed by him/her from _____ Bank/Financial Institution/GPH, I/We request you to pay Rs. _____ to Bank/ Financial Institution/ GPH towards discharge/partial discharge of the loan outstanding. Any balance post payment of the said outstanding may be paid in my/our name.

इस प्राधिकार की एक फोटोप्रति मूल के समान वैध मानी जाएगी। चूंकि उक्त कवरेज स्वर्गीय _____ द्वारा _____ बैंक/वित्तीय संस्थान/जीपीएच से प्राप्त किए गए ऋण के अंतर्गत देय और बकाया को सुरक्षित करने के प्रयोजन से उनके द्वारा प्राप्त की गई थी, मैं/हम बकाया ऋण के समाशोधन/आंशिक समाशोधन हेतु बैंक/वित्तीय संस्थान/जीपीएच को रु. _____ का भुगतान करने का अनुरोध करते हैं। उक्त बकाया के भुगतान के बाद बची किसी शेषराशि का भुगतान मेरे/हमारे नाम से किया जा सकता है।

I/We undertake to refund any amount which is credited to my/our account either in excess or which is not due to me/us, at any time, for any reason and to this effect. I hereby confirm that the particulars mentioned here are true, correct and complete in all respects. I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the information including sensitive and personal data or information of mine/ours' collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include my/our 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.

मैं/हम मेरे/हमारे खाते में किसी भी समय, किसी भी कारण से और इस सीमा तक, अतिरिक्त के रूप में या जो मुझ/हम पर देय न हो, नामे होने वाली कोई राशि रिफंड करने की जिम्मेदारी स्वीकार करते हैं। मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ कि यहां उल्लिखित विवरण सत्य, सही और सभी प्रकार से पूर्ण हैं। इसके अलावा मैं/हम इस दावे को संसाधित करने के प्रयोजन से तथा/या अनुवर्ती सेवाएं उपलब्ध करने के लिए, एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को ऐसी कोई जानकारी उपयोग और प्रकटित करने के लिए सहमति प्रदान करते हैं तथा प्राधिकृत करते हैं जिसमें संवेदनशील और निजी सूचनाएं या मेरी/हमारी संकलित या पीएनबी मेटलाइफ के पास उपलब्ध जानकारी (चाहे इस वक्तव्य में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो), शामिल है और जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से संबंध या जुड़े किसी व्यक्ति/संगठन/संस्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता, दावा विवेचना एजेंसियां, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संगठन/संघ शामिल हैं, के पास मेरे/हमारे केवाईसी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं।

Indemnity/Undertaking/Warranty and Representations by the Claimant in lieu of original policy bond and document**मूल पॉलिसी बॉन्ड और दस्तावेज के बदले दावेदार द्वारा क्षतिपूर्ति/वचन/वारंटी और नुमाइंदगी**

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy contract is not pledged, 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 contract 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.

मैं कंपनी के लिए अपरिवर्तनीय ढंग से पुख्ता करता हूँ, स्वीकार करता हूँ, नुमाइंदगी करता हूँ और वचन देता हूँ कि मूल पॉलिसी अनुबंध को पॉलिसीधारक द्वारा या कानूनी वारिसों द्वारा न बंधक रखा गया है, न गिरवी रखा गया है, न सौंपा गया है या अन्यथा कोई प्रतिकूल ग्रहणाधिकार दिया गया है, न नाम किया गया, न उस पर ब्याज लिया गया है और मैं कंपनी से पॉलिसी के तहत क्लेम का पूर्ण और अंतिम भुगतान मिलने के बाद इसे अमान्य और मूल्यरहित दस्तावेज के रूप में नष्ट करने का वचन देता हूँ। मैं आगे वचन देता हूँ कि मूल पॉलिसी अनुबंध या यहां वर्णित अभ्यावेदन/वारंटियों के दूरदेशता के संबंध में कंपनी को हो सकने वाले सभी नुकसानों, दावों, जो भी हो सकते हैं, के खिलाफ क्षतिपूर्ति मेरे द्वारा की जाएगी। मैं पूरी तरह से समझता हूँ और इस बात से कंपनी से सहमत हूँ कि मुझे, नॉमिनी को, पॉलिसीधारक/जिस जिंदगी का बीमा किया गया है, उसके कानूनी प्रतिनिधि या उत्तराधिकारी को इस पॉलिसी/सियों का भुगतान करने के बाद वह इससे उत्पन्न सभी दायित्वों से मुक्त हो जाएगी।

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.

मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ और सहमत हूँ कि मेरे द्वारा पेश की गई किसी भी गलत, झूठी, या भ्रामक या घाटे की जानकारी के परिणामस्वरूप दावा अस्वीकृत किया जा सकता है या मुझ पर और मेरी संपत्ति पर दीवानी और अपराधी दायित्व के अलावा लागत और मुआवजे के साथ दावे की वसूली की जा सकती है, जैसा भी मामला बने।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

दावाकर्ता/ओं के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक: _____

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular I hereby declare that, I have explained the contents of this application form to the claimant/s in _____ Language known to him/her/ them and have truly recorded the answers provided to me. I further declare that the Claimants has signed/affixed his/her/their thumb impression in my presence.

दावाकर्ता द्वारा अपने अंगूठे का निशान लगाए जाने/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए जाने की स्थिति में तीसरे व्यक्ति द्वारा घोषणा की जाए मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने इस आवेदन फॉर्म की विषयवस्तु को दावाकर्ता/ओं को _____ भाषा में जो उसे/उन्हें ज्ञात है, समझा दिया है और मुझे दिए गए उत्तर सत्यतापूर्वक रिकार्ड किए हैं। इसके अलावा मैं घोषणा करता/करती हूँ कि दावाकर्ता ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं/अपने अंगूठे का निशान लगाया है।

Name: _____

Contact No. _____

नाम: _____

संपर्क नं. _____

Signature _____

हस्ताक्षर _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)**क्रेडिट अकाउंट स्टेटमेंट (नीचे दिए गए फ़िल्ड्स ग्रुप मास्टर पॉलिसी धारक द्वारा अनिवार्य रूप से भरे जाने हैं)**

1) Name of the Group Master policy holder ग्रुप मास्टर पॉलिसी धारक का नाम	
2) Group Master policy number ग्रुप मास्टर पॉलिसी नंबर	
3) Name of the Insured Member बीमित व्यक्ति का नाम	
4) Loan Account number लोन अकाउंट नंबर	
5) Loan Disbursement date लोन डिस्बर्समेंट की तिथि	
6) Date of Commencement of Risk जोखिम शुरू होने की तिथि	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured वह बीमित राशि जिसके लिए ग्रुप इश्योरेंस पॉलिसी का सदस्य बीमित था	
8) Original amount of Loan मूल लोन अकाउंट	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan लोन के लिए मास्टर पॉलिसी धारक द्वारा की गई रिकवरी के विवरण	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member सदस्य की मृत्यु की तिथि पर बकाया लोन राशि	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) बकाया दावा राशि (नामिनी को भुगतान की जाने वाली राशि)	

We hereby declare that, Late _____, whose Death Certificate is attached hereto was a member of the Group Policy referred above. We hereby confirm that, the particulars mentioned above are true, correct and complete in all respects. We undertake to refund any amount which got credited to our account either in excess or not due to us, at any time, for any reason.

हम एतद्वारा घोषित करते हैं कि स्वर्गीय _____, जिनका मृत्यु प्रमाणपत्र इसके साथ संलग्न है, उक्त संदर्भित ग्रुप पॉलिसी का एक सदस्य था। हम एतद्वारा पुष्टि करते हैं कि उक्त उल्लेखित विवरण सत्य, सही और सभी प्रकार से पूर्ण हैं। हम हमारे खाते में किसी भी समय, किसी भी कारण से, अतिरिक्त के रूप में या जो मुझ/हम पर देय न हो, नामे होने वाली कोई राशि रिफंड करने की जिम्मेदारी स्वीकार करते हैं।

Verified & Recommended by

Group Policy Holder Name [Company Seal]

इनके द्वारा सत्यापन और अनुशंसित किया गया

ग्रुप पॉलिसी धारक का नाम [कंपनी की मुहर]

Name:

Signature of the official

नाम:

अधिकारी के हस्ताक्षर

Date:

दिनांक:

Documents required:**अपेक्षित दस्तावेज़:**

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
स्थानीय प्राधिकरण द्वारा जारी वैध मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति
- Current Address Proof of the Nominee
सत्यापित नामिती का वर्तमान पता प्रमाण
- Photo Identity Proof of the Nominee
सत्यापित नामिती का फोटो पहचान प्रमाण
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
रद्द चेकध्वंके पासबुक की कॉपी
- In case the death is due to accident, any one of the below mentioned documents needs to be submitted along with proof of death: Copy of Final police investigation report, Inquest report or Panchnama and the postmortem report
दुर्घटना के कारण मृत्यु के मामले में, मृत्यु के प्रमाण के साथ निम्नलिखित में से किसी एक दस्तावेज़ को प्रस्तुत किया जाना चाहिए: पुलिस की अंतिम छानबीन की रिपोर्ट की प्रति, मृत्यु के कारणों की जांच रिपोर्ट या पंचनामा तथा पोस्ट-मार्टम रिपोर्ट
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
मृत्युलेख /अखबार की कटिंग (यदि उपलब्ध हो)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
विसरा/रासायनिक विश्लेषण रिपोर्ट (यदि लागू है)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
नामिती की अनुपस्थिति में कानूनी उत्तराधिकारी/उत्तराधिकार प्रमाण पत्र
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
मृत्यु की तारीख के अनुसार बकाया ऋण विवरण तथा बैंक की तरफ से मानकीकृत फॉर्मेट में क्रेडिट-अकाउंट विवरण
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
यदि प्रस्ताव चरण (पुरानी पॉलिसियां) पर बीमित व्यक्ति से प्राधिकार प्राप्त नहीं किया गया था तो मानकीकृत फॉर्मेट में नामिती घोषणा विवरण
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
संबंधित सामाजिक सेक्टर समूह से कवरिंग लेटर जिसमें मृतक की सदस्यता या उसकी मृत्यु की पुष्टि की गई हो
- Certificate of Insurance
बीमा का प्रमाणपत्र
- Age proof of the Insured
बीमित व्यक्ति का आयु प्रमाण