

Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity)

ಮರಣದ ಕ್ಷಮ್ಭಾಗಾಗಿ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೇಳಿಕೆ (ಎನ್‌ಎಸ್‌ಜಿ ಮತ್ತು ಅಫಿನಿಟಿ)

Group Policy Number ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
Group Policy Holder Name ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿ ಹೊಂದಿರುವವರ ಹೆಸರು	
Member number ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ	
Date of Joining the Policy ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ	
Certificate Number ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ	
Loan disbursement date ಸಾಲ ವಿತರಣೆಯ ದಿನಾಂಕ	
Outstanding loan as of date of death of member ಸದಸ್ಯರ ಮರಣದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಬಾಕಿ ಇದ್ದ ಸಾಲ	
Details of the Insured Member: ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರಗಳು:	
Full name ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು	
Residential Address ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ, ವಾಸಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ	
PAN No./ Form 60 ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ / ಫಾರ್ಮ್ 60	
Gender ಲಿಂಗ	<input type="checkbox"/> Male ಗಂಡು <input type="checkbox"/> Female ಹೆಣ್ಣು
	Age at death: ಸಾವಿನಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸು:
Nature of occupation ಉದ್ಯೋಗದ ಸ್ವರೂಪ	
Date of birth (as per records) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ)	
Date of death and Time of Death ಸಾವಿನ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಾವಿನ ಸಮಯ	
Cause of death ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣ	<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"/> ಅಪಘಾತ <input type="checkbox"/> ಕೊಲೆ <input type="checkbox"/> ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ <input type="checkbox"/> ಕೋವಿಡ್ 19 <input type="checkbox"/> ನೈಸರ್ಗಿಕ ವಿಪತ್ತು <input type="checkbox"/> ಹೃದ್ರೋಗ <input type="checkbox"/> ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಾಯಿಲೆ <input type="checkbox"/> ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ <input type="checkbox"/> ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ <input type="checkbox"/> ಇತರರು (ದಯವಿಟ್ಟು ನಮೂದಿಸಿ) _____
Place of death ಸಾವಿನ ಸ್ಥಳ	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> ಮನೆ <input type="checkbox"/> ಆಸ್ಪತ್ರೆ <input type="checkbox"/> ಕಚೇರಿ <input type="checkbox"/> ಇತರ (ದಯವಿಟ್ಟು ಇತರ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ) _____
In case of death due to illness ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಸಾವು ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ	
When and where did the insured member give first indication of falling ill ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಸದಸ್ಯರು ಯಾವಾಗ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆನ್ನುವ ಮೊದಲ ಸೂಚನೆ ನೀಡಿದರು	
Date and type of illness ಅನಾರೋಗ್ಯದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಕಾರ	
Treatment given ನೀಡಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness ಕೊನೆಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಸಮಾಲೋಚಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಕೊನೆಯ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents ಅಪಘಾತದಿಂದ ಸಾವು ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ, ಕ್ಲೇಮ್ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಮತ್ತು ಪಿಎಂಆರ್ (ಜಿಪಿಹೆಚ್ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರಬೇಕು) ಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು	
Date and Time of accident ಅಪಘಾತದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ	
Details of accident ಅಪಘಾತದ ವಿವರಗಳು	
Address of Police Station to which the accident was reported ಅಪಘಾತ ವರದಿ ಮಾಡಿದ ಪೊಲೀಸ್ ಠಾಣೆಯ ವಿಳಾಸ	
FIR number ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಸಂಖ್ಯೆ	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	

Details of Claimant/Nominee ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು/ನಾಮಿನಿಯ ವಿವರಗಳು	
Name of the claimant ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಹೆಸರು	
Relationship with the insured and % of Share ವಿಮಾದಾರರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ಹಂಚಿಕೆಯ %	
Address of the claimant ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ವಿಳಾಸ	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ / ಫಾರ್ಮ್ 60 (ಕಡ್ಡಾಯ)	
Email and phone number ಇಮೇಲ್ ಮತ್ತು ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
Claimant/Nominee's Bank details ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು/ನಾಮಿನಿಯ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು	
Bank Name and complete address ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ	
Account type ಖಾತೆಯ ಪ್ರಕಾರ	Savings ಉಳಿತಾಯ
	Current ಚಾಲ್ತಿ
Bank account number ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ	
MICR code: ಎಮ್‌ಐಸಿಆರ್ ಕೋಡ್:	IFSC Code: ಐಐಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್:

Declaration from Claimant / Nominee

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು / ನಾಮಿನಿಯ ಘೋಷಣೆ

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.

ನಾನು / ನಾವು _____ ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನಾನು / ನಾವು ಮೇಲಿನ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ, ವಿಮಾದಾರರಾದ ದಿವಂಗತ ಶ್ರೀ / ಶ್ರೀಮತಿ _____ ಅವರ ನಾಮಿನಿ/ಗಳು / ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ/ಗಳಾಗಿದ್ದೇವೆ.

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.

ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರ, ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್. ಮೇಲಿನ ಪಾಲಿಸಿಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಮೃತ ಸದಸ್ಯರ ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತನ್ನ ಎಲ್ಲಾ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗಳಿಂದ ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿ ಮುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆಂದು ನಾನು / ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಮಾರ್ಪಡಿಸಲಾಗದಂತೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಮೇಲೆ ಮೃತವಟ್ಟು / ಯಾವುದೇ ಆನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ರೋಗಕ್ಕೆ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಂಡ ಅಥವಾ ಅವರನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಅಥವಾ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ / ವೈದ್ಯರು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ, ಮೇಲೆ ಹೇಳಲಾದ ಮರಣಿಸಿದ/ಗಾಯಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ, ಜೀವ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರ ಪ್ರಸ್ತುತ / ಹಿಂದಿನ ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಅಥವಾ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರ ವ್ಯಾಪಾರ ಸಹವರ್ತಿಗಳಿಗೆ, ಜನನ ಮತ್ತು ಮರಣಗಳ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ಅವರಿಗೆ, ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರು ವೈಯಕ್ತಿಕ / ಅಧಿಕೃತ / ವಿಮೆ ಸಂಬಂಧಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಮರಣ ಹೊಂದಿದವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಅವರ ಬಳಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಜ್ಞಾನ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ ಅಥವಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನಿಂದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ಅವರು ಪಡೆದಿರಬಹುದಾದ ಇತರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಅಥವಾ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು / ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

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.

ಈ ದೃಢೀಕರಣದ ಫೋಟೋಕಾಪಿಯನ್ನು ಮೂಲ ಹಾಗೂ ಮಾನ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ದಿವಂಗತ _____ ಅವರು ಬಾಕಿ ತೀರಿಸಲು ಮತ್ತು ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ _____ ಬ್ಯಾಂಕ್ / ಹಣಕಾಸು ಸಂಸ್ಥೆ / ಜಿಪಿಹೆಚ್‌ನಿಂದ ಅವನು / ಅವಳು ಪಡೆದ ಸಾಲದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ಈ ಈ ಕವರೇಜ್ ಅನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ, ನಾನು / ನಾವು ನಿಮಗೆ ಬ್ಯಾಂಕ್ / ಹಣಕಾಸು ಸಂಸ್ಥೆ / ಜಿಪಿಹೆಚ್‌ಗೆ ಸಾಲದ ಬಾಕಿಯನ್ನು ನೀಡಲು / ಭಾಗಶಃ ನೀಡಲು ರೂ. _____ ಅನ್ನು ನೀಡುವಂತೆ ಕೇಳಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರ ಉಳಿದಿರಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಬಹುದು.

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 reinsures, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services.

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಈ ಪರಿಣಾಮಕ್ಕೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಬಾತೆಗೆ ಜಮಾ ಆಗಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ನಾನು / ನಾವು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಇಲ್ಲಿ, ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ವಿವರಗಳು ನಿಜವಾಗಿವೆ, ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆಯೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನು/ನಾವು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ಗೆ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಡೇಟಾವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರಬಹುದಾದ (ಈ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್‌ನಲ್ಲಿ, ಒಳಗೊಂಡಿರಲಿ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿರಲಿ) ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಒಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದುದು ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದುದು ಇದು ಮರು ವಿಮೆಗಾರರು, ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ತನಿಖಾ ಏಜೆಂಟುಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಸಂಘಗಳು / ಫೆಡರೇಷನ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಘಟಕಕ್ಕೆ ಕೆಪ್‌ಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತಿದ್ದುದು ಆದರೆ ಈ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಅನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ, ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.

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

ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಬಾಂಡ್ ಮತ್ತು ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಕ್ಕುದಾರರಿಂದ ನಷ್ಟ ಪರಿಹಾರ / ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ/ ಬಾತರಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು

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.

ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಂದ ಅಥವಾ ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಒತ್ತಿ ಇಡಲಾಗಿಲ್ಲ, ಅಡಮಾನ ಇಡಲಾಗಿಲ್ಲ, ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ, ಅಥವಾ ಅದರ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕೂಲವಾದ ಹಕ್ಕು, ಶೀರ್ಷಿಕೆ, ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗದಂತೆ, ರೂಢಿಗೊಳಿಸಿ, ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ, ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ ಹಾಗೂ ಕಂಪನಿ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಡಿಯಲ್, ಕ್ಲೈಮ್ಸ್‌ನ ಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಪಾವತಿಯ ನಂತರ ಇದನ್ನು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನೂರ್ಜಿತ ಕಡತವೆಂದು ಅದನ್ನು ನಾಶಮಾಡಲೂ ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. ಮುಂದುವರೆದು, ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದ ನೀಡುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಅದರಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು / ಬಾತರಿ ಕರಾರುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಉದ್ಯವಿವಿಭಾಗದ ಎಲ್ಲಾ ನಷ್ಟಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕಂಪನಿಯು ನನ್ನಿಂದ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆದಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ನನಗೆ, ನಾಮಿನಿ, ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿದಾರರು / ಜೀವ ವಿಮೆಯ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಗೆ ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಈ ಪಾಲಿಸಿಯಿಂದ ಉದ್ಯವಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳಿಂದ ಕಂಪನಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು ಎಂದು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

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.

ನನ್ನಿಂದ ಒದಗಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪಾದ, ಸುಳ್ಳು, ಅಥವಾ ದಾರಿತಪ್ಪಿಸುವ ಅಥವಾ ಅಸಮರ್ಪಕ ಮಾಹಿತಿಯು ಹಕ್ಕು ನಿರಾಕರಣೆ ಅಥವಾ ಹಕ್ಕು ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಆದಾಯದ ನಿರಾಕರಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಸ್ವತ್ತುಗಳು ಮೇಲೆ ನಾಗರಿಕ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ಮೊಕದ್ದಮೆ ಹೂಡಲು ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಅಂಗೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s _____

Date: _____

ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ / ಹೆಚ್ಚಿಟ್ಟಿನ ಗುರುತು

ದಿನಾಂಕ: _____

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.

ಹಕ್ಕುದಾರನು ಅವನ / ಅವಳ ಹೆಚ್ಚಿಟ್ಟಿನ ಅಂಟಿಸಿರುವ / ವರ್ನಾಕ್ಯೂಲರ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಘೋಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು ಕ್ಲೈಮ್ಸ್‌ದಾರರು ಅವರ ಹೆಚ್ಚಿಟ್ಟಿನ ಗುರುತನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಲ್ಲಿ / ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಮಾಡಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಈ ಅರ್ಜಿಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು ಕ್ಲೈಮ್ಸ್‌ದಾರರಿಗೆ _____ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಹಾಗೂ ಅವರು ಮತ್ತು ನನಗೆ ಒದಗಿಸಿದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನಿಜವಾಗಿಯೂ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ಕ್ಲೈಮ್ಸ್‌ದಾರರು ನನ್ನ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವರ ಹೆಚ್ಚಿಟ್ಟಿನ ಗುರುತಿನ ಸಹಿ ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ / ಲಗತ್ತಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

Name: _____

Contact No. _____

ಹೆಸರು: _____

ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

Signature _____

ಸಹಿ _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)

ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಅಕೌಂಟ್ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ (ಗ್ರೂಪ್ ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೊಂದಿರುವವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು)

1) Name of the Group Master policy holder ಗ್ರೂಪ್ ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು	
2) Group Master policy number ಗ್ರೂಪ್ ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
3) Name of the Insured Member ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	
4) Loan Account number ಸಾಲ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ	
5) Loan Disbursement date ಸಾಲ ವಿತರಣೆ ದಿನಾಂಕ	
6) Date of Commencement of Risk ಅಪಾಯದ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured ಗ್ರೂಪ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿಯ ಸದಸ್ಯನಿಗೆ ವಿಮೆ ಮಾಡಲಾದ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	
8) Original amount of Loan ಸಾಲದ ಮೂಲ ಮೊತ್ತ	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ಸಾಲಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೋಲ್ಡರ್ ಮಾಡಿದ ವಸೂಲಾತಿಗಳ ವಿವರಗಳು	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member ಸದಸ್ಯರ ಮರಣದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಬಾಕಿ ಇರುವ ಸಾಲದ ಮೊತ್ತ	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ಬಾಕಿ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಮೊತ್ತ (ನಾಮಿನಿಡೇರಿವರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತ)	

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.

ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ದಿವಂಗತ, ಅವರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಅವರು ಮೇಲೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ಗಂಪು ಪಾಲಿಸಿಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಿದ್ದರು. ಮೇಲೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ವಿವರಗಳು ನಿಜವಾಗಿವೆ, ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆಯೆಂದು ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇವೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಮ್ಮ ಖಾತೆಗೆ ಜಮಾ ಆಗಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ನಾವು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ.

Verified & Recommended by

ಪರಿಶೀಲಿಸಿದವರು ಮತ್ತು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಿದವರು

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ಗಂಪು ಪಾಲಿಸಿ ಹೊಂದಿರುವವರ ಹೆಸರು [ಕಂಪನಿ ಸೀಲ್]

Name:

ಹೆಸರು:

Date:

ದಿನಾಂಕ:

Signature of the official

ಅಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ

Documents required:

ಅಗತ್ಯವಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳು:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಮಾನ್ಯವಾದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ
- Current Address Proof of the Nominee
ನಾಮಿನಿಯ ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ
- Photo Identity Proof of the Nominee
ನಾಮಿನಿಯ ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ನಕಲು
- 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
ಒಂದು ವೇಳೆ ಸಾವು ಅಪಘಾತದಿಂದ ಸಂಭವಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಸಾವಿನ ಪುರಾವೆಯೊಂದಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದು ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ: ಅಂತಿಮ ಪೊಲೀಸ್ ತನಿಖಾ ವರದಿಯ ಪ್ರತಿ, ವಿಚಾರಣಾ ವರದಿ ಅಥವಾ ಪಂಚನಾಮೆ ಮತ್ತು ಮರಣೋತ್ತರ ವರದಿ
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
ಮರಣಪತ್ರ/ಪತ್ರಿಕೆ ಕತ್ತರಿಸುವಿಕೆ (ಉಪಸ್ಥಿತವಿದ್ದರೆ)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
ವಿಸ್ಕೆರಾ / ರಾಸಾಯನಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ವರದಿ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
ನಾಮಿನಿಯೇರಿತರಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ /ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
ಮರಣದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಸಾಲ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕಿನಿಂದ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಖಾತೆ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ, ಜೀವ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರಿಂದ ಅಧಿಕಾರ ಪಡೆದಿದ್ದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ನಾಮಿನಿ ಘೋಷಣೆಯ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ (ಹಳೆಯ ಪಾಲಿಸಿಗಳು)
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
ಮೃತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸದಸ್ಯತ್ವ ಮತ್ತು ಅವರ ಮರಣವನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸುವ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ಗುಂಪಿನಿಂದ ಕವರಿಂಗ್ ಲೆಟರ್.
- Certificate of Insurance
ವಿಮಾ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ
- Age proof of the Insured
ವಿಮಾದಾರರ ವಯಸ್ಸಿನ ಪುರಾವೆ