pnb MetLife
Milkar life aage badhaein

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM
വ്യക്തിഗത മരണ ക്ലെയിം ഫോം

For Official Use Only / ഔദ്യോഗിക ആവശ്യത്തിന് മാത്രം

Branch Name / ശാഖയുടെ പേര്: ______________________ Branch Code / ബ്രാഞ്ച് കോഡ്: ______________________

Employee Name / ജീവനക്കാരന്റെ പേര്: ______________________

Employee Code / ബ്രാഞ്ച് കോഡ്: ______________________ Sign / ഒപ്പ്: ______________________

Date: D D M M Y Y Y Y Time: ☐ On or Before 3PM ☐ After 3PM
തീയതി: സമയം: ☐ 3 പിഎമ്മിന് അല്ലെങ്കി ☐ 3PM-ന് ശേഷം

Photograph of Claimant
ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നയാളുടെ ഫോട്ടോഗ്രാഫ്

Documents to be Submitted
സമർപ്പിക്കേണ്ടതായിട്ടുള്ള രേഖകൾ

Mandatory Documents നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾ	Additional documents* to be submitted സമർപ്പിക്കേണ്ടതായ അധിക രേഖകൾ*
1. Copy of valid death certificate issued by local authority തദ്ദേശ സ്ഥാപനം നൽകിയ സാധുവായ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് 2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format സ്റ്റാൻഡേർഡ് പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഫോർമാറ്റിൽ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (കുടുംബ വൈദ്യനിൽ നിന്നോ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ) 3. Current address proof of the nominee നോമിനിയുടെ നിലവിലെ വിലാസ തെളിവ് 4. PAN Card or Form 60 of the nominee പാൻ കാർഡ് അല്ലെങ്കിൽ നോമിനിയുടെ ഫോം 60 5. Photo identity proof of the nominee നോമിനിയുടെ ഫോട്ടോ ഐഡന്റിറ്റി പ്രൂഫ് 6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക്/ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ് 7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ബ്രാഞ്ചിൽ/ജിപിഎച്ചിൽ ലഭിച്ച ക്ലെയിമുകൾക്കായി മൂന്നാം കക്ഷി മുഖേന ക്ലെയിം അറിയിപ്പ് ലഭിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അവകാശവാദിയിൽ നിന്നുള്ള അംഗീകാര കത്ത് 8. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee നോമിനിയുടെ അഭാവത്തിൽ നിയമപരമായ അവകാശി പിന്തുടർച്ചാവകാശ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request കുറിപ്പ്:- അഭ്യർത്ഥനയ്ക്കൊപ്പം ആധാർ കാർഡ് കെവൈസി തെളിവായി സമർപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ ആധാർ നമ്പറിന്റെ ആദ്യ 8 അക്കങ്ങൾ മറയ്ക്കുക	**Natural death/ death due to illness** **സ്വാഭാവിക മരണം/അസുഖം മൂലമുള്ള മരണം** 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 കഴിഞ്ഞ കാലത്തോ അല്ലെങ്കിൽ മരണസമയത്തോ സ്വീകരിച്ച ചികിത്സയുടെ പൂർണമായ മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകൾ (അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ, ഡിസ്ചാർജ്/ മരണസംഗ്രഹം, ടെസ്റ്റ്/പരി ഫ ശാധനാറിഫപാർട്ടുകൾ മുതലായവ) **Accidental Death** **അപകട മരണം** 1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report എഫ് ഐ ആറിന്റെ പകർപ്പ്, പഞ്ച്നാമ, ഇൻക്വസ്റ്റ് റിപ്പോർട്ട്, പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട് 2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) ചരമക്കുറിപ്പ്/ന്യൂസ് പേപ്പർ കട്ടിംഗ് (ലഭ്യമാണെങ്കിൽ) 3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ആന്തരാവയവ/കെമിക്കൽ അനാലിസിസ് റിപ്പോർട്ട് (ബാധകമാണെങ്കിൽ) 4. Final police investigation report അന്തിമ പോലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

**PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required.*
**ആവശ്യമെങ്കിൽ താഴെ പറയുന്നവ കൂടാതെ ഏതെങ്കിലും അധിക രേഖകൾ/ തെളിവുകൾ ആവശ്യപ്പെടാൻ.*

*SECTION A - POLICY DETAILS
*സെക്ഷൻ A - പോളിസി വിശദാംശങ്ങൾ

POLICY NUMBER/S: ______________________
പോളിസി നമ്പറുകൾ: ______________________

(Please mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co. Ltd)
(പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷൂറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന്റെ എല്ലാ പോളിസി നമ്പറുകളും ദയവായി സൂചിപ്പിക്കുക)

*SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)
*വിഭാഗം B - ലൈഫ് അഷ്വേർഡിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ (LA)

Name of Life Assured: ☐ Mr. ☐ Ms. F I R S T M I D D L E L A S T
ലൈഫ് അഷ്വേർഡിന്റെ പേര്: ☐ ശ്രീ. ☐ ശ്രീമതി

Father's Name: F I R S T M I D D L E L A S T
പിതാവിന്റെ പേര്:

Date of Death: D D M M Y Y Y Y
മരണ തീയതി:

Place of Death: ☐ Hospital* ☐ Clinic* ☐ Residence ☐ Office ☐ Other (Please specify) ______________________
മരണസ്ഥലം: ആശുപത്രി* ക്ലിനിക്ക്* താമസസ്ഥലം ഓഫീസ് മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക) ______________________

*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name ______________________
*ആശുപത്രി/ക്ലിനിക്ക് തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ആശുപത്രി/ക്ലിനിക്കിന്റെ പേര് ______________________

Family Doctor: Name: ______________________
കുടുംബ ഡോക്ടർ: പേര്: ______________________

Registration No.: ______________________ Contact No.: ______________________ PAN No./ Form 60: ______________________
രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ.: ______________________ കോണ്ടാക്ട്: ______________________ പാൻ നമ്പർ / ഫോം 60: ______________________

Last treated/attended Doctor: Name: ______________________
അവസാനം ചികിത്സിച്ച/നോക്കിയ ഡോക്ടർ: പേര്: ______________________

Registration No.: ______________________ Contact No.: ______________________
രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ.: ______________________ കോണ്ടാക്ട്: ______________________

Last Employer details (If applicable):
അവസാന തൊഴിൽദാതാവിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ (ബാധകമെങ്കിൽ):

Name of the Company: ______________________ Name of contact person: ______________________ Last working day of Life Assured: D D M M Y Y Y Y
കമ്പനിയുടെ പേര്: ______________________ കോൺടാക്റ്റ് വ്യക്തിയുടെ പേര്: ______________________ ലൈഫ് അഷ്വേർഡിന്റെ അവസാന പ്രവൃത്തി ദിവസം:

Nature of work and designation: ______________________
ജോലിയുടെ സ്വഭാവവും പദവിയും: ______________________

Nature of Death: മരണത്തിന്റെ സ്വഭാവം:

☐ Natural സ്വാഭാവികം ☐ Suicide ആത്മഹത്യ ☐ Accident അപകടം ☐ Murder കൊലപാതകം ☐ Medical (If Medical, pls. specify the illness) ____________ മെഡിക്കൽ (മെഡിക്കൽ ആണെങ്കിൽ, ദയവായി. അസുഖം വ്യക്തമാക്കുക) ____________

Cause of Death: മരണ കാരണം: ____________

SECTION C - NATURE OF ILLNESS AND HABIT OF THE INSURED വിഭാഗം C - ഇൻഷ്വർ ചെയ്തയാളുടെ രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവവും ശീലവും	Date of diagnosis of illness രോഗം കണ്ടെത്തിയ തീയതി
☐ Hypertension ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ☐ Diabetes പ്രമേഹം ☐ Heart disease വൃക്കരോഗം ☐ Kidney disease വൃക്കരോഗം ☐ Cancer കാൻസർ ☐ Other ____________ മറ്റുള്ളവ ____________	

☐ Smoking പുകവലി ☐ Tobacco പുകയില ☐ Drugs മയക്കുമരുന്നുകൾ

If yes, Duration of Consumption ____________ & Quantity Consumed
അതെ എന്നാണെങ്കിൽ ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന കാലാവധിയും ____________ ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന അളവും

☐ Asthma ആസ്ത്മ ☐ Tuberculosis ക്ഷയരോഗം

SECTION D - OTHER INSURANCE DETAILS: (LIFE/MEDICLAIM/HEALTH)
വിഭാഗം D - മറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് വിശദാംശങ്ങൾ: (ലൈഫ്/മെഡിക്ലെയിം/ആരോഗ്യം)

Policy No. പോളിസി നമ്പർ.	Company Name കമ്പനിയുടെ പേര്	Sum Assured സം അഷ്വേർഡ്	Status (Active/Lapsed/Applied/Matured) സ്റ്റാറ്റസ് (ആക്റ്റീവ്/ലാപ്സ്ഡ്/അപ്ലൈഡ്/മെച്വേർഡ്)

SECTION E - DETAILS OF CLAIMANT
സെക്ഷൻ E - ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നയാളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Claimant Name: ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നയാളുടെ പേര്: ☐ Mr. ☐ Ms. ☐ ശ്രീ. ☐ ശ്രീമതി F I R S T M I D D L E L A S T

Date of Birth: ജനനത്തീയതി: D D M M Y Y Y Y

Address: വിലാസം:

L A N D M A R K C I T Y / T W N / V I L L A G E

D I S T R I C T P I N / P O S T C O D E S T A T E / U T C O D E

Contact No.: ബന്ധപ്പെടേണ്ട നമ്പർ.: OFFICE: ഓഫീസ്: RESIDENCE: താമസസ്ഥലം: MOBILE: മൊബൈൽ:

Office &/ or Personal Email id: ഓഫീസ് &/അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തിഗത ഇമെയിൽ ഐഡി:

Relation with the Life Assured: ലൈഫ് അഷ്വേർഡുമായുള്ള ബന്ധം: ☐ Spouse പങ്കാളി ☐ Children കുട്ടികൾ ☐ Parents മാതാപിതാക്കൾ ☐ Others (Please specify) ____________ മറ്റുള്ളവർ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക) ____________

Claimant's Title: അവകാശവാദിയുടെ പേര്: ☐ Nominee നോമിനി ☐ Executor എക്സിക്യൂട്ടർ ☐ Trustee ട്രസ്റ്റി ☐ Appointee നിയമിതൻ ☐ Employer തൊഴിൽ ദാതാവ് ☐ Assignee അസൈനി ☐ Beneficiary ഗുണഭോക്താവ്

Claimant's PAN details: അവകാശിയുടെ പാൻ വിശദാംശങ്ങൾ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ or അല്ലെങ്കിൽ Form 60 ☐ ഫോം 60

Politically exposed person: രാഷ്ട്രീയമായി തുറന്നുകാട്ടപ്പെട്ട വ്യക്തി: ☐ Yes അതെ ☐ No അല്ല

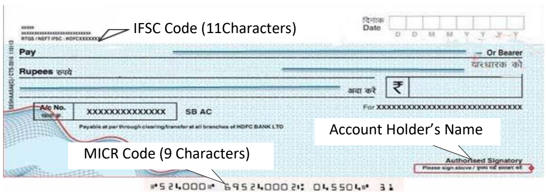
US Person: യുഎസ് വ്യക്തി: ☐ Yes അതെ ☐ No (If Yes, please fill FATCA / CRS Questionnaire) അല്ല (അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി എഫ്എടിസിഎ / സിആർഎസ് ചോദ്യാവലി പൂരിപ്പിക്കുക)

SECTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS
സെക്ഷൻ F - ക്ലെയിമന്റ് എൻഇഎഫ്ടി മാൻഡേറ്റ്/ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങൾ

Account No.: ____________
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ.: ____________

Account Holder Name: ____________
അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര്: ____________

Bank Name & Branch: ____________
ബാങ്കിന്റെ പേരും ശാഖയും: ____________



Account Type: അക്കൗണ്ട് തരം: ☐ Savings സേവിംഗ്സ് ☐ Current കറണ്ട് ☐ NRO എൻആർഓ ☐ NRE# എൻആർഇ#

IFSC: ____________ MICR: ____________
ഐഎഫ്എസ്സി: ____________ എംഐസിആർ: ____________

Payout option: **പേഔട്ട് ഓപ്ഷൻ:** ☐ Lump sum ലംപ് സം ☐ Regular Payment റെഗുലർ പേയ്മെന്റ് ☐ Annuity ആന്വിറ്റി

(Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
(ഓപ്ഷനുകൾ പോളിസിയുടെ ബാധകമായ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമാണ്.)

SECTION G- NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH
സെക്ഷൻ G - മരണത്തിന് തൊട്ടുമുമ്പുള്ള 5 വർഷങ്ങളിൽ ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ ചികിത്സിച്ചിരുന്ന എല്ലാ ഡോക്ടർമാരുടെയും/ആശുപത്രികളുടെയും പേരും വിലാസവും, കോൺടാക്റ്റ് വിശദാംശങ്ങളും

Name of Doctor/ Hospital ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ പേര്	Address and Contact Details വിലാസവും ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിശദാംശങ്ങളും	Disease /Condition Treated For രോഗം/ചികിത്സ ലഭിച്ച അവസ്ഥ	Treatment Dates (From- To) ചികിത്സാ തീയതികൾ (ഇതുവരെ

*SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION
*സെക്ഷൻ H - പ്രഖ്യാപനവും അംഗീകാരവും

I/We, the above-named Claimant(s), do solemnly declare that the above answers and statements are true in all respects, and I/ we further agree that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted any liability or waived any of its rights. I/ We understand and agree that the submission of this form does not mean that the request will be processed. I/ We understand that any payout under the policy shall be strictly in accordance with the policy terms and conditions. Any payment shall be subject to realization of the last renewal premium payment. A photocopy of this declaration shall be considered as valid and effective.

മുകളിൽ പേരുള്ള അവകാശവാദി(കൾ)യായ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ, മേൽപ്പറഞ്ഞ ഉത്തരങ്ങളും പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യമാണെന്ന് ഗൌരവത്തോടെ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു, ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ PNB മെറ്റ് ലൈഫ് ഒരു ബാധ്യതയും സമ്മതിക്കുകയോ അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും അവകാശങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ലെന്ന് ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ കൂടുതൽ സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നത് അഭ്യർത്ഥന പ്രോസസ്സ് ചെയ്യപ്പെടും എന്ന് അർത്ഥമാക്കുന്നില്ലെന്ന് ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള ഏതൊരു പേഔട്ടും പോളിസി നിബന്ധനകൾക്കും നിബന്ധനകൾക്കും അനുസൃതമായിരിക്കുമെന്ന് ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഏതൊരു പേയ് മെന്റും അവസാനത്തെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം പേയ് മെന്റിന്റെ സാക്ഷാത്കാരത്തിന് വിധേയമായിരിക്കും. ഈ പ്രഖ്യാപനത്തിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോകോപ്പി സാധുതയുള്ളതും ഫലപ്രദവുമായി കണക്കാക്കപ്പെടും.

I/We hereby authorize the physicians/doctors or hospitals, medical centers, who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Companies which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/ past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnostic 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 or other details which he/they may have acquire whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. A Photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

മേൽപ്പറഞ്ഞ മരിച്ച വ്യക്തിയെ/ഏതെങ്കിലും അസുഖത്തിനോ രോഗത്തിനോ ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ/ഇൻഷ്വർ ചെയ്തിട്ടുള്ള, ലൈഫ് ഇൻഷ്വർ ചെയ്തിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ, ജനന-മരണ രജിസ്ട്രാറുടെ, മേൽപ്പറഞ്ഞ മരണപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക്/ഇൻഷ്വർ ചെയ്തിട്ടുള്ള, നിലവിലെ/ മുൻകാല തൊഴിലുടമകൾ അല്ലെങ്കിൽ ബിസിനസ്സ് അസോസിയേറ്റുകൾ എന്നിവർക്ക് പോളിസികൾ നൽകിയ മറ്റ് ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനികൾക്ക്, ഹാജരാകുകയോ പരിശോധിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുള്ള ഫിസിഷ്യൻമാരെ/ഡോക്ടർമാരെയോ ആശുപത്രികളെയോ മെഡിക്കൽ സെന്ററുകളെയോ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു, പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫ് പോളിസി ഇഷ്യൂ ചെയ്യുന്നതിന് മുമ്പോ ശേഷമോ, മരിച്ചയാളുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെയോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വിശദാംശങ്ങളെയോ കുറിച്ചുള്ള എന്തെങ്കിലും അറിവോ വിവരങ്ങളോ രേഖകളോ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ പങ്കിടുന്നതിനോ ലൈഫ് ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് വ്യക്തിഗത / ഔദ്യോഗിക / ഇൻഷ്വറൻസുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മെഡിക്കൽ ടെസ്റ്റുകൾക്ക് വിധേയമായിട്ടുള്ള രോഗനിർണ്ണയ കേന്ദ്രങ്ങൾ. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തലിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോകോപ്പി ഒറിജിനലിനെപ്പോലെ ഫലപ്രദവും സാധുതയുള്ളതുമായി കണക്കാക്കപ്പെടും.

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 or obtained otherwise) which may include KYC document 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.

എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ശേഖരിച്ചതോ PNB MetLife-ൽ ലഭ്യമായതോ ആയ (ഈ പ്രസ്താവനയിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതോ അല്ലാത്തതോ ആയ) KYC ഡോക്യുമെന്റ് ഉൾപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിപരവും തന്ത്രപ്രധാനവുമായ വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും വെളിപ്പെടുത്താനും PNB MetLife-ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനും കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുമായി, പുനർ ഇൻഷുറൻസ്, ക്ലെയിം അന്വേഷണ ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ/ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ PNB MetLife-മായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തതോ ആയ വ്യക്തി / സ്ഥാപനം / സ്ഥാപനം.

Indemnity/Undertaking/Warranty and Representations by the Claimant in lieu of original policy bond and document
ഒറിജിനൽ പോളിസി ബോണ്ടിനും പ്രമാണത്തിനും പകരമായി അവകാശിയുടെ നഷ്ടപരിഹാരം / ഏറ്റെടുക്കൽ / വാറണ്ടിയും പ്രാതിനിധ്യവും

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. 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.

പോളിസി ഉടമയോ അല്ലെങ്കിൽ നിയമപരമായ അവകാശികളോ ഒറിജിനൽ പോളിസി കരാർ പണയംവയ്ക്കുകയോ ഈടു വയ്ക്കുകയോ നിയോഗിക്കുകയോ മറ്റേതെങ്കിലും പ്രതികൂലമായ അവകാശമോ ശീർഷകമോ താൽപര്യമോ സൃഷ്ടിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ലെന്ന് ഞാൻ കമ്പനിയെ അവഖണ്ഡ്യമായി അംഗീകരിക്കുകയും പ്രതിനിധീകരിക്കുകയും ഏറ്റെടുക്കുകയും ചെയ്യുന്നു, കൂടാതെ, കമ്പനിയിൽ നിന്നുള്ള പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള ക്ലെയിമിന്റെ പൂർണ്ണവും അന്തിമവുമായ പേയ്മെന്റിനു ശേഷം ഡോക്യുമെന്റുകൾ അസാധുവാകത്തക്ക വിധത്തിൽ നശിപ്പിക്കുമെന്നും ഉറപ്പു നൽകുന്നു. ഒറിജിനൽ പോളിസി കരാറിന്റെ വിതരണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അതിന്മേലുള്ള പ്രാതിനിധ്യങ്ങൾ / വാറണ്ടികൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഉണ്ടാകുന്ന ഏതെങ്കിലും നഷ്ടം, ക്ലെയിമുകൾ അതിൽനിന്നും ഉയർന്നു വരുന്ന എന്തിനും ഞാൻ കമ്പനിയ്ക്ക് നഷ്ടപരിഹാരം നൽകുമെന്നും ഞാൻ ഉറപ്പു നൽകുന്നു. എനിക്ക്, പോളിസി ഉടമയുടെ / ലൈഫ് അഷ്വേർഡിന്റെ നോമിനി, നിയമപരമായ അവകാശി എന്നിവർക്ക് പേമെന്റ് നടത്തിയതിനു ശേഷം അതിൽ നിന്നും ഉയർന്നു വരുന്ന എല്ലാ ബാധ്യതകളിൽ നിന്നും കമ്പനിയെ ഒഴിവാക്കുമെന്ന് ഞാൻ പൂർണമായും മനസിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

Date / തീയതി: | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

Place / സ്ഥലം: ____

SIGN HERE
ഇവിടെ ഒപ്പു വയ്ക്കുക

Signature of Claimant
അവകാശവാദിയുടെ ഒപ്പ്

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON
മൂന്നാമതൊരാൾ നടത്തുന്ന പ്രഖ്യാപനം

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in ________________________________ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

പോളിസി ഉടമ അവന്റെ/അവളുടെ പെരുവിരലിന്റെ മുദ്ര പതിപ്പിച്ചു/നാടൻ ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടു/അപേക്ഷ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ല. ഈ അപേക്ഷാ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കം പോളിസി ഉടമയ്ക്ക് ________________________________ ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും എനിക്ക് നൽകിയ ഉത്തരങ്ങൾ സത്യസന്ധമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പോളിസി ഉടമ എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിൽ അവന്റെ/അവളുടെ പെരുവിരലിന്റെ മുദ്ര ഒപ്പിട്ടു/പതിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

Name of the Declarant: ________________________________ Claimant relation with Declarant: ________________________________
ഡിക്ലറന്റിന്റെ പേര്: ________________________________ ക്ലെയിമന്റിന്റെ ഡിക്ലറന്റുമായുള്ള ബന്ധം: ________________________________
Address: ________________________________ Contact Number of Declarant: ________________________________
വിലാസം: ________________________________ ഡിക്ലറന്റിന്റെ കോണ്ടാക്ട് നമ്പർ: ________________________________

Date / തീയതി: | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

Place / സ്ഥലം: ____

SIGN HERE
ഇവിടെ ഒപ്പിടുക

Signature of Third person
മൂന്നാമത്തെ വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്

Terms and Conditions:
ചട്ടങ്ങളും നിബന്ധനകളും:

1) The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.
പൂരിപ്പിച്ച ക്ലെയിം ഫോം, നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്നത്, പോളിസി പ്രകാരം ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി ബാധ്യത ഏറ്റെടുക്കുന്നതായി വ്യാഖ്യാനിക്കേണ്ടതില്ല. കമ്പനിക്ക് വേണ്ടി യാതൊരു ബാധ്യതയും അംഗീകരിക്കാൻ ഒരു ഏജന്റിനെയും/ഇടനിലക്കാരനെയും അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.
2) Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.
ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്നതുപോലെ, നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം ഈ ഫോം എത്രയും വേഗം സമർപ്പിക്കുന്നത്, നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം വേഗത്തിൽ പ്രോസസ് ചെയ്യുവാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കും. അപൂർണമായ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കൽ കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ നിർബന്ധമായും ആവശ്യമുള്ള രേഖകൾ സമർപ്പിക്കാതിരിക്കൽ മൂലം ക്ലെയിം പ്രോസസ് ചെയ്യുന്നതിൽ ഉണ്ടാകുന്ന ഏതൊരു കാലതാമസത്തിനും പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഉത്തരവാദിയായിരിക്കുന്നതല്ല.

Important Note: In case of any demand or favor asked by anyone including a company representative towards claim processing or settlement, the same should not be entertained and must be reported to the company immediately on the company's Email id: claimshelpdesk@pnbmetlife.com
പ്രധാന കുറിപ്പ്: ക്ലെയിം പ്രോസസ്സിംഗിനോ സെറ്റിൽമെന്റിലോ കമ്പനി പ്രതിനിധി ഉൾപ്പെടെ ആരെങ്കിലും പാരിതോഷികം ആവശ്യപ്പെടുകയോ ചെയ്താൽ, അത് അനുവദിക്കാൻ പാടില്ല, കൂടാതെ കമ്പനിയുടെ ഇമെയിൽ ഐഡിയിൽ ഉടൻ തന്നെ കമ്പനിയെ അറിയിക്കുകയും വേണം: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

---

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM
ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള നിർദ്ദേശം

IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)
പ്രധാനപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ (ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി വായിക്കുക)

1. The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form.
അപേക്ഷകൻ മാത്രമേ ഫോം പൂരിപ്പിക്കാവൂ. അവകാശി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, രക്ഷിതാവ്/നിയമിച്ചിരിക്കുന്നയാൾക്ക് ഫോം പൂരിപ്പിക്കാം.
2. Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers.
ഒന്നിലധികം പോളിസികൾക്ക് കീഴിലുള്ള ക്ലെയിമുകൾ ഒരൊറ്റ ഫോം പൂരിപ്പിച്ച്, ബാധകമായ എല്ലാ പോളിസി നമ്പറുകളും നൽകി രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാം.
3. In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant.
ഒന്നിലധികം ക്ലെയിമെന്റുകളുടെ കാര്യത്തിൽ, ഓരോ ക്ലെയിമെന്റിനും വെവ്വേറെ ഫോമുകൾ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
4. Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in the same manner as you normally sign your cheque.
ഡിക്ലറേഷനുകൾ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക, നിങ്ങളുടെ ചെക്കിൽ നിങ്ങൾ സാധാരണയായി ഒപ്പിടുന്ന അതേ രീതിയിൽ തന്നെ ക്ലെയിം ഫോമിൽ ക്ലെയിം ഫോമിൽ ഒപ്പിടണം.
5. Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy.
പോളിസിയുടെ എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും നിറവേറ്റുന്നതിന് വിധേയമായി ആയിരിക്കും ക്ലെയിം നൽകുക.
6. No fee or commission should be paid to anyone to process this claim.
ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് ആർക്കും ഫീസോ കമ്മീഷനോ നൽകേണ്ടതില്ല.
7. Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the correspondence will happen through this only.
നിങ്ങളുടെ വിലാസം, ഫോൺ നമ്പറുകൾ, ഇമെയിൽ ഐഡി എന്നിവ നിലവിലുള്ളതും സജീവവുമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം കത്തിടപാടുകൾ ഇതിലൂടെ മാത്രമേ നടക്കൂ.
8. Asterisk (*) refers to mandatory information.
നക്ഷത്രചിഹ്നം (*) നിർബന്ധിത വിവരങ്ങളെ സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM
കസ്റ്റമർ അക്നോളഡ്ജ്മെന്റ് കോപ്പി -വ്യക്തിഗത മരണ ക്ലെയിം ഫോം

Policy No.: ______________________
പോളിസി നമ്പർ.:

Claimant Name: ______________________
ക്ലെയിമന്റിന്റെ പേര്:

Branch Name / Intimation Number: ______________________
ശാഖയുടെ പേര് / അറിയിപ്പ് നമ്പർ:

Claimant Client ID: ______________________
ക്ലെയിമന്റ് ക്ലയന്റ് ഐഡി:

Employee Name: ______________________
ജീവനക്കാരന്റെ പേര്:

Date: ______________________
തീയതി:

Employee Signature: ______________________
ജീവനക്കാരന്റെ ഒപ്പ്:

Employee Code: ______________________
ജീവനക്കാരന്റെ കോഡ്:

IRDAI Registration No. ______________________
ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ.

Branch Stamp
ബ്രാഞ്ച് സ്റ്റാമ്പ്

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)
സാധുവായ ഐഡന്റിറ്റിയുടെയും വിലാസ തെളിവുകളുടെയും ലിസ്റ്റ് (സമർപ്പിച്ച ഡോക്യുമെന്റിൽ ടിക്ക് ചെയ്യുക)

PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)
ഫോട്ടോ തിരിച്ചറിയൽ തെളിവ് (ഏതെങ്കിലും ഒന്ന്)

- ☐ Claimant's PAN CARD
ക്ലെയിമന്റിന്റെ പാൻ കാർഡ്
- ☐ Valid Passport
സാധുവായ പാസ്പോർട്ട്
- ☐ Aadhar Card*
ആധാർ കാർഡ്*
- ☐ Valid Driving License
സാധുവായ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്
- ☐ Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
സ്റ്റാമ്പ് ചെയ്ത ഫോട്ടോ ഉള്ള ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക് (6 മാസത്തിൽ കൂടുതൽ പഴക്കമില്ലാത്തത്) ഐഡി
- ☐ Card Issued by Central/State Govt. to employees
കേന്ദ്ര/സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്ക് നൽകിയ കാർഡ്
- ☐ Any other Central/State Govt. issued ID
മറ്റേതെങ്കിലും കേന്ദ്ര/സംസ്ഥാന ഗവ. ഐഡി
- ☐ Voter ID Card
വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ്

ADDRESS PROOF (ANY ONE)
വിലാസ തെളിവ് (ഏതെങ്കിലും ഒന്ന്)

- ☐ Valid Passport
സാധുവായ പാസ്പോർട്ട്
- ☐ Voter ID Card
വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ്
- ☐ Aadhar Card*
ആധാർ കാർഡ്*
- ☐ Valid Driving License
സാധുവായ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്
- ☐ Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old)
സ്റ്റാമ്പ് ചെയ്ത ഫോട്ടോ പതിച്ച ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക് (6 മാസത്തിൽ കൂടുതൽ പഴക്കമില്ലാത്തത്)

*I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd
*പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കം. ലി. വഴി കെവൈസി അനുവർത്തിത്തിനായി ഐഡന്റിറ്റി പരിശോധന നടത്താൻ എന്റെ ആധാ
ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സ്വമേധയാ എന്റെ സമ്മതം നൽകുന്നു.

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS
കുറിപ്പ്: ക്ലെയിമന്റ് നെഫ്റ്റ് മാൻഡേറ്റ്/ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങൾ

- A cancelled personalized cheque with the account no. and IFSC should be submitted along with the NEFT mandate. If the cheque is not personalized, a latest bank statement or copy of passbook (where account number and IFSC is mentioned) needs to be submitted with the mandate.
  അക്കൗണ്ട് നമ്പറും ഐഎഫ്എസ് സിയും ഉള്ള റദ്ദാക്കിയ വ്യക്തിഗത ചെക്ക് എൻഇഎഫ്ടി മാൻഡേറ്റിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കണം. ചെക്ക് വ്യക്തിഗതമാക്കിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ഏറ്റവും പുതിയ ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റോ പാസ്ബുക്കിന്റെ പകർപ്പോ (അക്കൗണ്ട് നമ്പറും ഐഎഫ്എസ്സിയും പരാമർശിച്ചിരിക്കണം) മാൻഡേറ്റിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കണം.
- This mandate, upon processing, will override any of the previously tagged NEFT mandates for all policies, held by the client with PNB MetLife Insurance Co.Ltd.
  ഈ മാൻഡേറ്റ്, പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുമ്പോൾ, പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കം. ലി.-ൽ ക്ലയന്റ് കൈവശം വച്ചിരിക്കുന്ന എല്ലാ പോളിസികൾക്കും മുമ്പ് ടാഗ് ചെയ്ത എൻഇഎഫ്ടി മാൻഡേറ്റുകളെ അസാധുവാക്കും.
- In case of NEFT failure or any further requirements pending on the mandate, payout will be kept on hold till fresh NEFT mandate is received. Intimation will be sent to you for the same.
  എൻഇഎഫ്ടി പരാജയപ്പെടുമ്പോൾ അല്ലെങ്കിൽ മാൻഡേറ്റിൽ തീർപ്പുകൽപ്പിക്കാത്ത മറ്റ് ആവശ്യകതകൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ, പുതിയ എൻഇഎഫ്ടി മാൻഡേറ്റ് ലഭിക്കുന്നത് വരെ പേഔട്ട് നിർത്തിവയ്ക്കും. അതിന്റെ അറിയിപ്പ് നിങ്ങൾക്ക് അയയ്ക്കും.

  #Refund to NRE account (full or proportionate) will be subject to ratio of premium(s) paid through NRE Account. Please submit a Bank Statement or Bank Confirmation letter as evidence for premium(s) paid through NRE account.

  #എൻആർഇ അക്കൗണ്ടിലേക്കുള്ള റീഫണ്ട് (പൂർണ്ണമോ ആനുപാതികമോ) എൻആർഇ അക്കൗണ്ട് വഴി അടച്ച പ്രീമിയം(ങ്ങളുടെ) അനുപാതത്തിന് വിധേയമായിരിക്കും. എൻആർഇ അക്കൗണ്ട് വഴി അടച്ച പ്രീമിയത്തിനുള്ള(ങ്ങൾക്കുള്ള) തെളിവായി ഒരു ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റോ ബാങ്ക് സ്ഥിരീകരണ കത്തോ സമർപ്പിക്കുക.

  In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.

  ആനുപാതികമായ പേഔട്ടിന്റെ കാര്യത്തിൽ, ദയവായി രണ്ട് എൻഇഎഫ്ടി മാൻഡേറ്റുകൾ നൽകുക, അതായത് എൻആർഇ അക്കൗണ്ടിനും നോൺ-എൻആർഇ അക്കൗണ്ടിനും.

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
പി എൻ ബി മറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷൂറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് രജിസ്റ്റർ ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701,702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ - 560001, കർണ്ണാടക. ഐ.ആർ.ഡി.എ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ടോളിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക - 1-800-425-6969 എന്ന നമ്പറിൽ സൗജന്യം, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഒന്നാം നിലയിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക, ടെക്നിപ്ലെക്സ്-1, ടെക്നിപ്ലെക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സവർക്കർ ഫ്ലൈഓവർ, ഗോരെഗാവ് (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062, ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

BEWARE OF SPURIOUS / FRAUD PHONE CALLS: IRDAI is not involved in activities like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums. Public receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint.
വ്യാജ / തട്ടിപ്പ് ഫോൺ കോളുകൾ സൂക്ഷിക്കുക: ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികൾ വിൽക്കുക, ബോണസ് പ്രഖ്യാപിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ പ്രീമിയങ്ങളുടെ നിക്ഷേപം തുടങ്ങിയ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ IRDAI ഉൾപ്പെട്ടിട്ടില്ല. ഇത്തരം ഫോൺകോളുകൾ സ്വീകരിക്കുന്ന പൊതുജനങ്ങൾ പോലീസിൽ പരാതിപ്പെടാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.