

Employer Employee Death Claim Form

തൊഴിൽദായകൻ തൊഴിലാളി ഡെത്ത് ക്ലെയിം ഫോം

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
 (എല്ലാ ഗ്രൂപ്പ് ഇൻഷുറൻസ് സ്കീമുകൾക്കും ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറും (ജിപിഎച്ച്), നോമിനിയും പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:
ഈ ഫോമിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട നിർബന്ധിത രേഖകൾ:

Mandatory Documents നിർബന്ധിത രേഖകൾ	Additional documents* to be submitted കൂടുതൽ രേഖകൾ* സമർപ്പിക്കണം
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority (പ്രാദേശിക അധികാരികൾ നൽകുന്ന സാധുവായ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്)</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH ജിപിഎച്ച് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ നോമിനിയുടെ ഫോട്ടോ ഐഡന്റിറ്റി പ്രൂഫ്</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH ജിപിഎച്ച് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ നോമിനിയുടെ നിലവിലെ വിലാസ തെളിവ്</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് / ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ്</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee പാൻ നമ്പർ/ നോമിനിയുടെ ഫോം 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee നോമിനിയുടെ അഭാവത്തിൽ നിയമപരമായ അവകാശി/ പിന്തുടർച്ചാവകാശ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്</p> <p>7. Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ക്ലെയിമുകൾക്കായുള്ള ക്ലെയിം അറിയിപ്പ് മൂന്നാം കക്ഷി മുഖേനയാണ് ബ്രാഞ്ച്/ജിപിഎച്ചിൽ ലഭിച്ചിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ, ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നയാളിൽ നിന്നുള്ള അംഗീകാര കത്ത്</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request കുറിപ്പ്:- അഭ്യർത്ഥനയ്ക്കൊപ്പം ആധാർ കാർഡ് കൈവെടിയിൽ പ്രകാശിപ്പിച്ചിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ ആധാർ നമ്പറിന്റെ ആദ്യ 8 അക്കങ്ങൾ മറയ്ക്കുക</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims രജിസ്ട്രേഷൻ ആവശ്യത്തിന് മുകളിലുള്ള പ്രമാണം ആവശ്യമാണ്, ക്ലെയിമുകൾ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് കമ്പനി അധിക രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെടുടേക്കാം</p>	<p>Natural death/ death due to illness സ്വാഭാവിക മരണം / അസുഖം മൂലമുള്ള മരണം</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 മുൻകാലങ്ങളിലോ മരണസമയത്തോ എടുത്ത ഏതെങ്കിലും ചികിത്സയുടെ പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ജിപിഎച്ച് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത് (അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ, ഡിസ്ചാർജ് / മരണ സംഗ്രഹം, പരിശോധന / അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ടുകൾ മുതലായവ)</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) സജീവമായ വർക്ക് ക്ലോസ് ബാധകമാണെങ്കിൽ ഗ്രൂപ്പ് ടേം ലൈഫ് ക്ലെയിമുകൾക്കായുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക (ഇ&ഇ കേസ്)</p> <p>Accidental Death അപകട മരണം</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* എഫ്ഐആർ, പഞ്ചനാമ, ഇൻക്വസ്റ്റ് റിപ്പോർട്ട്, പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട് എന്നിവയുടെ പകർപ്പ്*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* മരണവാർത്ത/ പത്രക്കടലാസിന്റെ ഭാഗം (ലഭ്യമെങ്കിൽ)*</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* വിസർജ്യം / കെമിക്കൽ അനാലിസിസ് റിപ്പോർട്ട് (ബാധകമെങ്കിൽ)*</p> <p>4. Final police investigation report* അന്തിമ പോലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്*</p> <p>*Attested by GPH *ജിപിഎച്ച് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്</p>

Part A / പാർട്ട് A:

1) Group Policy No./ ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി നം: _____

2) Member ID/ മെമ്പർ ഐഡി: _____

3) Employee ID/ എംപ്ലോയീ ഐഡി: _____

4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
 (with date of effect) as required under applicable quote
 മരണമടഞ്ഞ അംഗത്തിന്റെ നിലവിലെ പദവി/ബാൻഡ്/ഗ്രേഡ്: _____
 ബാധകമായ ഉദ്ധരണി പ്രകാരം ആവശ്യമായത് പോലെ (പ്രഭാവത്തിന്റെ തീയതി)

5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / ഇൻഷുറേഡ് അംഗം / ജീവനക്കാരന്റെ പൂർണ്ണമായ പേര് & മേൽവിലാസം: _____

6) Name of Group Policyholder / ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പേര്: _____

7) Date of Birth of Insured / ഇൻഷുറേഡിന്റെ ജനന തീയതി: _____

8) Date of Joining the Service / സർവീസിൽ ചേർന്ന തീയതി: _____

9) PAN No./ Form 60 / പാൻ നമ്പർ/ ഫോം 60: _____

10) Date of Death / മരണ തീയതി: _____

11) Place and Cause of Death / മരണ സ്ഥലവും കാരണവും: _____

12) Cause of Death/ മരണ കാരണം: _____

<p>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) അവസാനം വാങ്ങിയ ശമ്പളം: (ജിടിഎൽ / എഫ്.എസ്.എൽ. സ്കീമിന് നിർബന്ധം, എഫ്.എസ്.എൽ. ക്ലെയിമിന് ദയവായി അടിസ്ഥാന ശമ്പളം നൽകുക. ബാധകമായ ഉദ്ധരണിയിൽ ആവശ്യപ്പെടുന്നത് പോലെ ദയവായി ശമ്പളം സൂചിപ്പിക്കുക)</p>	<p>Monthly പ്രതിമാസം</p>	<p>Annual വാർഷികം</p>

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention അവസാന വർഷത്തിൽ/ സംഭവത്തിന്റെ തീയതി മുതൽ ജീവനക്കാരൻ എടുത്ത ലീവുകളുടെ വിവരങ്ങൾ ദയവായി

From Date തീയതി മുതൽ	To Date തീയതി വരെ	No. of Days ദിവസങ്ങളുടെ എണ്ണം	Type of Leave ലീവ് തരം	Reason കാരണം

15) Sum Assured / സം അക്ഷവർദ്ധി: _____

16) PF Account Number of Insured Member/ ഇൻഷുറേഡ് അംഗത്തിന്റെ പിഎഫ് / അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/ (ഇ.ഡി.എൽ.ഐ. ക്ലെയിമുകൾക്ക് നിർബന്ധം)

17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining:
 മരണപ്പെടുന്ന തീയതിയിലെ ജീവനക്കാരന്റെ തൊഴിൽ സ്ഥിതി സ്ഥിരീകരിക്കുക: Permanent Contractual
 സ്ഥിരമായ കരാർ

18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining:
 ദയവായി എല്ലാ നോമിനികളുടെയും ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ നൽകുക: Yes No
 അതെ ഇല്ല

19) Last working date/ അവസാന പ്രവർത്തന തീയതി: _____

Declaration and authorization by Group policy holder
ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഉടമയുടെ പ്രഖ്യാപനവും അനുമതിയും

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.

ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ മുകളിൽ പറയപ്പെടുന്ന അവകാശി(കൾ), മേൽപ്പറഞ്ഞ ഉത്തരങ്ങളും പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും ശരിയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സഗൗരവം പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു, കൂടാതെ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഒരു ബാധ്യതയും അംഗീകരിക്കുന്നില്ല അല്ലെങ്കിൽ അതിൽ ഒരു അവകാശവും ഒഴിവാക്കുന്നില്ല എന്നും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു. അംഗത്തിന്റെ ചികിത്സ / പരിശോധനാ വേളയിൽ ലഭിച്ച രഹസ്യ വിവരങ്ങൾ പങ്കുവെയ്ക്കുന്നത് നിരോധിക്കുന്നു, ഏതൊരു നിയമത്തോടും, ശിലത്തോടും അല്ലെങ്കിൽ ആചാരത്തോടുള്ള എതിർപ്പ് ഇല്ലാതെ.

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.

ഇൻഷുറേഡ് അംഗത്തിന്റെ തൊഴിൽ, സാമ്പത്തികം അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ്, ഉപദേശം, പരിചരണം അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ എന്നിവ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ, അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറർ അംഗത്തിന്റെ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു വിവരവും മാനസിക ആരോഗ്യം, മയക്കുമരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗം, എച്ച്ഐവി (എയ്ഡ്സ്)/ അല്ലെങ്കിൽ ലൈംഗികമായി പകരുന്ന രോഗങ്ങൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ, പി.എൻ.ബി. മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനോ, അവരുടെ ഏതെങ്കിലും ഓഫീസുകൾക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ കോടതിക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതൊരു അന്വേഷണ ഏജൻസിയിലേക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന സ്വതന്ത്ര അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റർക്കോ നൽകുവാൻ ഏതൊരു ഡോക്ടറോടും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു വ്യക്തികളോടും, ഏതൊരു ആശുപത്രിയോടും, സാനറ്റോറിയത്തോടും, മെഡിക്കൽ പ്രൊഫഷണലിനോടും, ആശുപത്രി യെയും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് മെഡിക്കൽ കെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷനെയും, ഇൻഷുറൻസ്, ഇൻഷുറൻസ് സപ്ലൈർ സ്ഥാപനത്തെയും, ഫാർമസിയെയും, ഗവൺമെന്റ് ഏജൻസിയെയും, ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെയും, തൊഴിൽദായകനെയും, ബെനിഫിറ്റ് പ്ലാൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്ററോടും, അക്കൗണ്ടന്റ് അല്ലെങ്കിൽ സാമ്പത്തിക ഉപദേഷ്ടാവ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു സ്ഥാപനത്തെയും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തലിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഒറിജിനൽ പോലെ തന്നെ ഫലപ്രദമായതായും സാധ്യതയുള്ളതായും പരിഗണിക്കപ്പെടും.

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.

ഈ ക്ലെയിം, അപേക്ഷ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനോ ഒപ്പം/ അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിൽ നിന്ന് ഉണ്ടാകുന്ന സേവനം ഉൾപ്പെടെ, തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനോ, പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് എന്നിൾ/ ഞങ്ങളിൽ നിന്ന് ശേഖരിച്ചതോ അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് ലഭ്യമായതോ ആയ കൈവെടി ഡോക്യുമെന്റുകൾ അടക്കമുള്ള എന്റെ/ അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിപരവും സംവേദനക്ഷമവുമായ വിവരങ്ങൾ (ഈ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റിൽ / അപേക്ഷണിൽ ഉള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റുതരത്തിൽ ലഭിച്ചതോ) പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനോ റി ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെബ്സൈറ്റ്, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എന്റിറ്റി എന്നിവയിലേക്ക് വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് അനുമതി നൽകുന്നു.

Declaration by Group Policy Holder
ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പ്രഖ്യാപനം

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. ഈ ഫോമിൽ പരാമർശിച്ചിരിക്കുന്ന നോമിനി / കൾ തങ്ങളുടെ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് ആനുകൂല്യങ്ങൾ കൈമാറുന്നതിനായി ജീവനക്കാർക്ക് നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്തതാണെന്ന് ഞങ്ങൾ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder
മാസ്റ്റർ പോളിസി ഉടമയുടെ കമ്പനി സീൽ ഉപയോഗിച്ച് അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
പേരും സ്ഥാനവും: _____ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ.: _____ തീയതി: _____

Part B / പാർട്ട് B:

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

എല്ലാ നോമിനികൾക്കും ദയവായി ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പറും പാൻ നമ്പറും/ ഫോം 60 നൽകുക:

Particulars വിശദാംശങ്ങൾ	Nominee 1 നോമിനി 1	Nominee 2 നോമിനി 2	Nominee 3 നോമിനി 3	Nominee 4 നോമിനി 4	Nominee 5 നോമിനി 5
Name പേര്					
Bank Account Number ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ					
IFSC Code ഐ.എഫ്.എസ്.സി. കോഡ്					
PAN No./ Form 60 പാൻ നമ്പർ/ ഫോം 60					

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

ജീവിഎച്ച് അർഹകൾ പ്രകാരം ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് ബെനിഫിറ്റ് നേടുന്നതിന് നോമിനിയുടെ/കളുടെ താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ ദയവായി നൽകുക:

SL. No. ക്ര. നം.	Nominee Name നോമിനിയുടെ പേര്	Relationship ബന്ധം	Benefit Share in % ബെനഫിറ്റിന്റെ പങ്ക് % ൽ	Address of Nominee നോമിനിയുടെ വിലാസം

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

അസുഖമോ അസ്വാഭാവികമോ ആയ കാരണത്താലോ ആണ് മരണം എങ്കിൽ താഴെപ്പറയുന്ന ആവശ്യമാണ്:

Types of illness and date of diagnosis രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവവും രോഗനിർണ്ണയത്തിന്റെ തീയതിയും	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment ഇൻഷുറേഡിന് നൽകിയ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങളും ചികിത്സിച്ച ആശുപത്രികളുടെ വിവരങ്ങളും	
Details of accident (for unnatural death) അപകടത്തിന്റെ വിവരങ്ങൾ (അസ്വാഭാവിക മരണത്തിന്)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted പോസ്റ്റ് മോർട്ടം നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും	
Name and address of police station to which accident was reported അപകടം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്ത പോലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ പേരും വിലാസവും	

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

പി എൻ ബി ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടോവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ - 560001. കർണാടക. ഐ ആർ ഡി എ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, ടോൾ ഫ്രീയിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക: 1-800-425-6969, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക്നപ്ലക്സ് - 1, ടെക്നപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സാവർകർ ഫ്ലൈവേ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: 91-22-41790000, ഫാക്സ്: 91-22-41790203

Declaration and authorization by Beneficiary
ഗുണഭോക്താവിന്റെ പ്രഖ്യാപനവും അംഗീകാരവും

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.

ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ മുകളിൽ പറയപ്പെടുന്ന അവകാശി(കൾ), മേൽപ്പറഞ്ഞ ഉത്തരങ്ങളും പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും ശരിയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സഗൗരവം പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു, കൂടാതെ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഒരു ബാധ്യതയും അംഗീകരിക്കുന്നില്ല അല്ലെങ്കിൽ അതിൽ ഒരു അവകാശവും ഒഴിവാക്കുന്നില്ല എന്നും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു. അംഗത്തിന്റെ ചികിത്സ / പരിശോധനാ വേളയിൽ ലഭിച്ച രഹസ്യ വിവരങ്ങൾ പങ്കുവയ്ക്കുന്നത് നിരോധിക്കുന്നു, ഏതൊരു നിയമത്തോടും, ശിലത്തോടും അല്ലെങ്കിൽ ആചാരത്തോടുള്ള എതിർപ്പ് ഇല്ലാതെ.

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.

ഇൻഷുറേഡ് അംഗത്തിന്റെ തൊഴിൽ, സാമ്പത്തിക അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ്, ഉപദേശം, പരിചരണം അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ എന്നിവ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ, അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറർ അംഗത്തിന്റെ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു വിവരവും മാനസിക ആരോഗ്യം, മയക്കുമരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗം, എച്ച്ഐവി (എയ്ഡ്സ്) അല്ലെങ്കിൽ ലൈംഗികമായി പകരുന്ന രോഗങ്ങൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ, പി.എൻ.ബി. മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനോ, അവരുടെ ഹെൽത്ത്കെയർ ഓഫീസുകൾക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ കോടതിക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതൊരു അന്വേഷണ ഏജൻസിയിലേക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന സ്വതന്ത്ര അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റർക്കോ നൽകുവാൻ ഏതൊരു ഡോക്ടറെയും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു വ്യക്തികളെയും, ഏതൊരു ആശുപത്രിയെയും, സാനറ്റോറിയത്തെയും, മെഡിക്കൽ പ്രൊഫഷണലിയെയും, ആശുപത്രിയെയും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് മെഡിക്കൽ കെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷനെയും, ഇൻഷുറൻസ്, ഇൻഷുറൻസ് സപ്ലൈർ സ്ഥാപനത്തെയും, ഫാർമസിയെയും, ഗവൺമെന്റ് ഏജൻസിയെയും, ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെയും, തൊഴിൽദായകനെയും, ബെനിഫിറ്റ് പ്ലാൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്ററേയും, അക്കൗണ്ടന്റ് അല്ലെങ്കിൽ സാമ്പത്തിക ഉപദേഷ്ടാവ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു സ്ഥാപനത്തെയും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തലിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഒറിജിനൽ പോലെ തന്നെ ഫലപ്രദമായതായും സാധ്യതയുള്ളതായും പരിഗണിക്കപ്പെടും.

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.

ഈ ക്ലെയിം, അപേക്ഷ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനോ ഒപ്പ്/ അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിൽ നിന്ന് ഉണ്ടാകുന്ന സേവനം ഉൾപ്പെടെ, തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനോ, പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് എന്നിവിടെ/ ഞങ്ങളിൽ നിന്ന് ശേഖരിച്ചതോ അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് ലഭ്യമായതോ ആയ കൈവരവി ഡോക്യുമെന്റുകൾ അടക്കമുള്ള എന്റെ/ അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിപരവും സംവേദനക്ഷമവുമായ വിവരങ്ങൾ (ഈ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റിൽ / അപേക്ഷണിൽ ഉള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റുതരത്തിൽ ലഭിച്ചതോ) പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനോ റീ ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുടെ പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അപീലിമെന്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എന്റിറ്റി എന്നിവയിലേക്ക് വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് അനുമതി നൽകുന്നു.

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

ഒറിജിനൽ പോളിസി ബോണ്ടിനും ഡോക്യുമെന്റിനും പകരമായി ക്ലെയിമർ മുഖേനയുള്ള നഷ്ടപരിഹാരം/അന്വേഷണങ്ങൾ/വാറന്റി, പ്രാതിനിധ്യം

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.

ഒറിജിനൽ പോളിസി ബോണ്ടി/അപേക്ഷ പോളിസി ഹോൾഡർ മുഖേനയോ നിയമപരമായ അവകാശികൾ മുഖേനയോ ഏതെങ്കിലും പ്രതികൂലമായ അവകാശം, ശീർഷകം, പലിശ എന്നിവ ഈട്, മോർട്ട്ഗേജ്, അസൈൻ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് തരത്തിൽ സൃഷ്ടിച്ചിട്ടില്ലെന്ന് ഞാൻ കമ്പനിയെ അസന്തോഷിപ്പിക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും പ്രതിനിധീകരിക്കുകയും ഏറ്റെടുക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. കമ്പനിയിൽ നിന്നുള്ള പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള ക്ലെയിമിന്റെ പൂർണ്ണവും അന്തിമവുമായ പേയ്മെന്റ് ലഭിച്ചതിന് ശേഷമുള്ള അസാധുവായ രേഖയായി ഇത് നശിപ്പിക്കാൻ ഏറ്റെടുക്കുക. ഒറിജിനൽ പോളിസി ഡോക്യുമെന്റിന്റെ വിതരണവുമായോ ഇവിടെയുള്ള പ്രാതിനിധ്യങ്ങൾ/വാറന്റികളുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ നഷ്ടങ്ങൾക്കും, ക്ലെയിമുകൾക്കും എതിരെ കമ്പനി എന്നിക്ക് നഷ്ടപരിഹാരം നൽകുമെന്ന് ഞാൻ ഉറപ്പുനൽകുന്നു. എനിക്ക്, നോമിനി, നിയമപരമായ അവകാശി അല്ലെങ്കിൽ പോളിസി ഹോൾഡറുടെ/ലൈഫ് അഷേർഡ് പിൻഗാമിക്ക് പണം നൽകുമ്പോൾ, ഈ പോളിസിയുടെ നിന്ന് ഉണ്ടാകുന്ന എല്ലാ ബാധ്യതകളിൽ നിന്നും കമ്പനി പൂർണ്ണമായി ഡിസ്ചാർജ് ചെയ്യപ്പെടുമെന്ന് ഞാൻ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

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.

ഞാൻ നൽകിയ ഏതെങ്കിലും തെറ്റായ, തെറ്റായ, അല്ലെങ്കിൽ തെറ്റിദ്ധരിപ്പിക്കുന്ന അല്ലെങ്കിൽ കമ്മി വിവരങ്ങൾ ക്ലെയിം നിരസിക്കുന്നതിന് കാരണമായേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം വീണ്ടെടുക്കുന്നതിന് ചെലവും നഷ്ടപരിഹാരവും നൽകാമെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ അംഗീകരിക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. എന്റെ ആസ്തികൾ.

Signature of the Nominee of Insurance Claim

ഇൻഷുറൻസ് ക്ലെയിമിന്റെ നോമിനിയുടെ ഒപ്പ്

Particulars വിശദാംശങ്ങൾ	Nominee 1 നോമിനി 1	Nominee 2 നോമിനി 2	Nominee 3 നോമിനി 3	Nominee 4 നോമിനി 4	Nominee 5 നോമിനി 5
Name of Nominee നോമിനിയുടെ പേര്					
Signature of Nominee നോമിനിയുടെ ഒപ്പ്					
Contact No. ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ					
Date തീയതി					

Declaration by Group Policy Holder

ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പ്രഖ്യാപനം

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.

ഈ ഫോമിൽ പരാമർശിച്ചിരിക്കുന്ന നോമിനി / കൾ തങ്ങളുടെ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് ആനുകൂല്യങ്ങൾ കൈമാറുന്നതിനായി ജീവനക്കാർക്ക് നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്തതാണെന്ന് ഞങ്ങൾ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

മാസ്റ്റർ പോളിസി ഹോൾഡറുടെ കമ്പനി സീലോട് കൂടി ഒപ്പിടുവാൻ അർഹതയുള്ളയാളുടെ ഒപ്പ്

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
പേരും സ്ഥാനവും: _____ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ.: _____ തീയതി: _____