

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

मृत्योपरंतं दाव्यांसाठी दावाकर्त्याचे विधान (एसएसजी आणि अॅफिनिटी)

Group Policy Number ग्रुप पॉलिसी क्रमांक				
Group Policy Holder Name ग्रुप पॉलिसी धारकाचे नाव				
Member number सदस्य क्रमांक				
Date of Joining the Policy पॉलिसीमध्ये सामील होण्याची तारीख				
Certificate Number प्रमाणपत्र क्रमांक				
Loan disbursal date कर्ज संवितरणाची तारीख				
Outstanding loan as of date of death of member सदस्याच्या मृत्यू होण्याच्या तारखेपर्यंत बाकी असलेले कर्ज				
Details of the Insured Member:				
विमादार सदस्याचे तपशील:				
Full name संपूर्ण नाव				
Residential Address निवासाचा पत्ता				
PAN No./ Form 60 पॅन क्र./ फॉर्म 60				
Gender लिंग	<table border="0"> <tr> <td>Male पुरुष</td> <td>Female स्त्री</td> <td>Age at death: मृत्यूच्या वेळचे वय:</td> </tr> </table>	Male पुरुष	Female स्त्री	Age at death: मृत्यूच्या वेळचे वय:
Male पुरुष	Female स्त्री	Age at death: मृत्यूच्या वेळचे वय:		
Nature of occupation आवकीचे स्वरूप				
Date of birth (as per records) जन्म तारीख (अभिलेखांनुसार)				
Date of death and Time of Death मृत्यूची तारीख तसेच वेळ				
Cause of death मृत्यूचे 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"/> अपघात <input type="checkbox"/> हत्या <input type="checkbox"/> आत्महत्या <input type="checkbox"/> कोविड 19 <input type="checkbox"/> नैसर्गिक आपत्ती <input type="checkbox"/> हृदयविकार <input type="checkbox"/> मूत्रपिंडाचा आजार <input type="checkbox"/> यकृताचा आजार <input type="checkbox"/> कर्करोग <input type="checkbox"/> इतर (कृपया निर्दिष्ट करा) _____			
Place of death मृत्यूचे ठिकाण	<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"/> हॉस्पिटल <input type="checkbox"/> ऑफिस <input type="checkbox"/> इतर (कृपया इतर स्पष्ट करा हॉस्पिटलचे नाव इत्यादी) _____			
In case of death due to illness				
आजारपणामुळे मृत्यू झालेला असण्याच्या मामल्यात				
When and where did the insured member give first indication of falling ill विमादार सदस्याने आजारी पडत असल्याचे सर्वात पहिल्यांदा संकेत कधी व कुठे दिले				
Date and type of illness तारीख व आजाराचा प्रकार				
Treatment given दिलेला उपचार				
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness अंतिम आजारपणादरम्यान विमादार व्यक्तीने सल्ला घेतलेल्या डॉक्टरचे नाव, पत्ता तसेच फोन नं				
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness अंतिम आजारपणासाठी विमादार व्यक्तीवर जिथे उपचार केला गेला त्या इस्पितळाचे नाव व पत्ता				

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents अपघाताने मृत्यू होण्याच्या मामल्यात: दावा कागदपत्रांसोबत एफआयआर व पीएमआर (जीपीएचद्वारे साक्षात्कृत) दाखल करायला हवेत	
Date and Time of accident अपघाताची तारीख व वेळ	
Details of accident अपघाताचे तपशील	
Address of Police Station to which the accident was reported अपघाताबाबत ज्या पोलीस ठाण्याला कळवण्यात आले त्याचा पत्ता	
FIR number एफआयआर क्रमांक	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ज्या इस्पितळातून शव परीक्षण करण्यात आले त्याचे नाव व पत्ता	

Details of Claimant/Nominee दावाकर्ता/नामनिर्देशिताचे तपशील	
Name of the claimant दावाकर्त्याचे नाव	
Relationship with the insured and % of Share विमादार व्यक्तीशी नाते व वाट्याची टक्केवारी	
Address of the claimant दावाकर्त्याचा पत्ता	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) पॅन क्र./ फॉर्म 60 (अनिवार्य)	
Email and phone number ईमेल आणि फोन नंबर	
Claimant/Nominee's Bank details दावाकर्ता/नामनिर्देशिताचे बँक तपशील	
Bank Name and complete address बँकेचे नाव व संपूर्ण पत्ता	
Account type खात्याचा प्रकार	Savings Current बचत चालू
Bank account number बँक खात्याचा नंबर	
MICR code: एमआयसीआर कोड:	IFSC Code: आयएफसी कोड:

Declaration from Claimant / Nominee

दावाकर्ता / नामनिर्देशिताकडून 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.

मी /आम्ही _____, असे घोषित करतो की वरील पॉलिसीत जीवन विमादार, स्वर्गवासी श्री/श्रीमती _____ यांचा/यांचे मी/आम्ही नामनिर्देशित/कायदेशीर वारस आहे/आहोत.

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.

मी/आम्ही याअन्वये अपरिवर्तनीयरीत्या सहमती देतो तसेच अंगिकार करतो की, पॉलिसीच्या अंतर्गत देय रकमेची अदागी झाल्यानंतर, पीएनबी मेटलाईफ इंडिया इश्युरंस कंपनी लि. वरील पॉलिसीतील मृत्यू पावलेल्या सदस्याच्या उपजलेल्या विमा व्याप्तीशी संबंधित समस्त दायित्वांचा निर्णायकपणे निपटारा केलेला असेल. मी/आम्ही याअन्वये फिजीशियन/डॉक्टर (सं), इस्पितळे, वैद्यकीय केंद्रे, ई. ना, ज्यांनी वरील मृत व्यक्ती/विमादाराची कोणत्याही व्याधी किंवा आजारासाठी शूश्रूषा किंवा तपासणी केली होती किंवा त्यांच्यावर उपचार केले होते, इन्श्युरंस कंपनीच्या ज्यांनी वर नमूद मृत व्यक्ती/विमादाराला पॉलिसीज निर्गमित केल्या होत्या, विमादाराचे सध्याचे/भूतकाळातील नियोक्ता किंवा व्यवसाय असोसिएट्स, जन्म व मृत्यू निबंधक, डायग्नोसिस केंद्रे जिथे विमादार वैयक्तिक/अधिकृत/विमा संबंधित वैद्यकीय चाचण्यांच्या अंतर्गत गेला यांना त्यांच्यापाशी उपलब्ध असलेली मृत्यू झालेल्याच्या आरोग्य स्थितीची माहिती किंवा कागदपत्रे किंवा ज्ञात गोष्टी किंवा इतर तपशील जे त्यांनी/त्याने कदाचित पीएनबी मेटलाईफकडून पॉलिसी निर्गमित होण्याच्या आधी किंवा नंतर मिळवलेल्या असतील त्यांना उघड करण्यास अधिकृत करतो.

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.

या अधिकृततेची छायाप्रत वैध मूळ कागदपत्र म्हणून विचारात घेतले जावे. स्वर्गवासी _____ यांनी बाकी देय रक्कम सुरक्षित करण्याच्या हेतूने उपरोक्त व्याप्तीचा उपभोग घेतला होता तसेच त्याच्या/तिच्याद्वारे _____ बँक/अर्थसहाय्य संस्था/जीपीएच कडून घेतलेले कर्ज देय असल्याने, मी/आम्ही आपल्याला _____ बँक/अर्थसहाय्य संस्था/जीपीएचला बाकी रकमेच्या पूर्तीसाठी/आंशिक पूर्तीसाठी अदा करण्याची विनंती करतो. अदागी केल्यानंतरही कोणतीही रक्कम देय उरत असल्यास ती माझ्या/आमच्या नावाने अदा केली जाईल.

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.

मी/आम्ही, माझ्या/आमच्या खात्यात एकतर अतिरिक्त जमा केल्या गेलेल्या किंवा जी मला/आम्हाला देय नसेल, कोणत्याही कारणास्तव तसेच या प्रभावाने असलेल्या रकमेची परतफेड करण्याची हमी देतो. मी याअन्वये पुष्टी देतो की इथे नमूद केलेले तपशील सर्वतोपरी बरोबर, अचूक व पूर्ण आहेत. मी/आम्ही पुढे पीएनबी मेटलाईफला अशा सहमती व अधिकृतताही देतो, की ते कोणतीही संवेदनशील तसेच खाजगी स्वरूपाची किंवा माझी/आमची गोळा केलेली एकत्रित किंवा पीएनबी मेटलाईफकडे उपलब्ध असलेली माहिती (मग ती या विधानात अंतर्भूत असो किंवा इतर कुठूनही मिळवलेली असो) ज्यात कोणत्याही पीएनबी मेटलाईफशी संलग्न किंवा बंध केलेल्या वैयक्तिकाला/संघटनेला/संस्थेला दिलेले माझे/आमचे केवायसी दस्तावेज समाविष्टता असो, किंवा पुनःविमादार, दावा अन्वेषण एजेंसीज, व्हेडर्स तसेच इंडस्ट्री असोसिएट्स/फेडरेशन्स यांना या दाव्याच्या प्रक्रियाकरणासाठीच्या हेतूसाठी तसेच/किंवा यापुढील सेवा पुरवण्यासाठी दिल्या गेल्या होत्या अशा कोणत्याही माहिती वापरू व उघड करू शकतात.

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

दावा करणाऱ्याद्वारे मूळ पॉलिसी बंधपत्र आणि दस्तऐवजाच्या बदली क्षतीपूर्ती/वचनपत्र/वॉरंटी/अभिवेदन

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.

मी कंपनीला रद्द न करता येण्यासारखे लागू करतो, पोच देतो, अभिवेदन करतो आणि वचन देतो की मूळ पॉलिसी करार पॉलिसीधारकाने किंवा कायदेशीर वारसांनी तारण ठेवलेला, गहाण ठेवलेला, अभिहस्तांकित केलेला नाही किंवा त्यावर अन्यथा कोणताही विपरित धारणाधिकार, हक्क, हितसंबंध निर्माण केलेले नाहीत आणि त्या पुढे कंपनीकडून पॉलिसीखाली दाव्याच्या संपूर्ण आणि अंतिम प्रदानाच्या प्राप्तीपश्चात तो रद्दबातल दस्तऐवज म्हणून नष्ट करण्याचे वचन देतो. मी पुढे वचन देतो की मूळ पॉलिसी कराराच्या दावाच्या किंवा त्यातील अभिवेदनाच्या/वॉरंटीजच्या संबंधातील कशातूनही उद्भवणाऱ्या ज्या कोणते असतील त्या सर्व हानी, दाव्यांपासून कंपनी माझ्याकडून क्षतीपूर्त राहिल. मी पूर्णपणे समजतो आणि कंपनीशी सहमत आहे की ती मला, नामनिर्देशितिला, कायदेशीर वारसाला किंवा पॉलिसीधारकाच्या/विमाकृत जीवनाच्या उत्तराधिकार्याला प्रदान केल्यावर पॉलिसी/ज मधून उद्भवणाऱ्या सर्व जबाबदाऱ्यांपासून निर्णायक रितीने मुक्त राहिल.

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.

मी याद्वारे पोच देतो आणि कबूल करतो की माझ्याकडून पुरवण्यात आलेल्या कोणत्याही चुकीच्या, खोट्या, किंवा दिशाभूल करणाऱ्या किंवा त्रोटक माहितीचा परिणाम माझा दावा फेटाळण्यात किंवा मी आणि माझ्या मत्तांवरील दिवाणी आणि फौजदारी दायित्वांच्या व्यतिरिक्त जसे प्रकरण असेल तसे खर्च आणि भरपाईसह दाव्याच्या रकमेच्या वसुलीत होऊ शकेल.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

दावाकर्त्याची (त्यांची) सही/अंगठ्याचा (चे) ठसा (से)

तारीख: _____

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.

त्रयस्थ पक्षाद्वारे घोषणा केली जावी जिथे दावाकर्त्याने त्याचा/तिचा अंगठा लावलेला आहे /देश भाषेत सही केलेली आहे मी याअन्वये घोषणा करत आहे की, मी या आवेदनाच्या अंतर्वस्तु दावाकर्त्याला/कर्तीला/कर्त्यांना येत असलेल्या _____ भाषेत समजावलेल्या आहेत व दिलेली प्रत्युत्तरे नोंदवलेली आहेत. मी पुढे अशीही घोषणा करतो की दावाकर्त्याने माझ्या उपस्थितीत त्याचा/तिचा/त्यांचा अंगठा लावलेला आहे/सही केलेली आहे.

Name: _____

Contact No. _____

नाव: _____

संपर्क क्र. _____

Signature _____

सही _____

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

क्रेडिट खाते विवरण पत्र (गुप मास्टर पॉलिसी धारकाने खालील क्षेत्रे अनिवार्यपणे भरावीत)

1) Name of the Group Master policy holder गुप मास्टर पॉलिसी धारकाचे नाव	
2) Group Master policy number गुप मास्टर पॉलिसी क्रमांक	
3) Name of the Insured Member विमाधारक सदस्याचे नाव	
4) Loan Account number कर्ज खाते क्रमांक	
5) Loan Disbursement date कर्ज वाटपाची तारीख	
6) Date of Commencement of Risk जोखीम सुरू होण्याची तारीख	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured विमा रक्कम ज्यासाठी गट विमा पॉलिसीच्या सदस्याचा विमा उतरवला गेला	
8) Original amount of Loan कर्जाची मूळ रक्कम	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan मास्टर पॉलिसी धारकाने कर्जासाठी केलेल्या वसुलीचे तपशील	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member सभासदाच्या मृत्यूच्या तारखेपर्यंत कर्जाची थकित रक्कम	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) दाव्याची शिल्लक रक्कम (नामनिर्देशित व्यक्तीला देय रक्कम)	

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.

आम्ही याअन्वये घोषणा करतो की, स्वर्गवासी, ज्यांच्या मृत्यूचे प्रमाणपत्र सोबत जोडलेले आहे, वर संदर्भित ग्रुप पॉलिसीचे सदस्य होते. आम्ही याअन्वये पुष्टी करतो की, वर नमूद तपशील सर्वतोपरी बरोबर, अचूक व परिपूर्ण आहेत. आम्ही हमी देतो की आमच्या खात्यात कोणत्याही वेळेस, कोणत्याही कारणास्तव अतिरिक्त जमा केल्या गेलेल्या किंवा आम्हाला देय नसलेल्या कोणत्याही रकमेची परतफेड करू.

Verified & Recommended by

पडताळणी व शिफारसकर्ता

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ग्रुप पॉलिसी धारकाचे नाव [कंपनीची सील]

Name:

नाव:

Date:

तारीख:

Signature of the official

प्राधिकाऱ्याची सही

Documents required:

आवश्यक कागदपत्रे:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
स्थानिक प्राधीकरणाद्वारे निर्गमित केलेल्या वैध मृत्यू प्रमाणपत्राची प्रत
- Current Address Proof of the Nominee
नामनिर्देशित व्यक्तीचा वर्तमान पत्ता पुरावा
- Photo Identity Proof of the Nominee
नामांकित व्यक्ती का फोटो पहचान प्रमाण
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
रद्द केलेले चेक / बँक पासबुकची प्रत
- 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
अपघातामुळे मृत्यू झाल्यास मृत्यूच्या पुराव्यासह खालील नमूद केलेल्या कागदपत्रांपैकी कोणतेही एक सादर करणे आवश्यक आहे: अंतिम पोलिस तपास अहवाल, चौकशी अहवाल किंवा पंचनामा आणि शवविच्छेदन अहवालाची प्रत
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
मृत्युवार्ता/ वृत्तपत्राचे कात्रण (उपलब्ध असल्यास)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
आंतरांगाचे / रासायनिक विश्लेषण अहवाल (लागू असल्यास)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
नामनिर्देशितीच्या गैरहजेरीत कायदेशीर वारस/उत्तराधिकारी प्रमाणपत्र
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
मृत्यूच्या तारखेपर्यंत कर्ज थकित विवरण आणि बँकेच्या प्रमाणित नमुन्यातील क्रेडिट खाते विवरण
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
प्रस्तावाच्या टप्प्यावर (जुन्या पॉलिसी) आयुर्विमाधारकांकडून अधिकृतता घेतलेली नसल्यास प्रमाणित नमुन्यात नामांकित व्यक्तीचे घोषणापत्र
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
मृत व्यक्तीचे सदस्यत्व आणि त्याच्या/ तिच्या मृत्यूची पुष्टी करणारे संबंधित सामाजिक क्षेत्र समूहाचे जोडपत्र.
- Certificate of Insurance
विम्याचे प्रमाणपत्र
- Age proof of the Insured
विमाधारकाच्या वयाचा पुरावा