

## Employer Employee Death Claim Form

### ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਕਰਮਚਾਰੀ ਡੈਥ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)  
(ਸਮੂਹ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ (ਜੀਪੀਐਚ) ਅਤੇ ਸਮੂਹ ਸਮੂਹ ਬੀਮਾ ਸਕੀਮਾਂ ਲਈ ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ)

#### Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

Mandatory Documents ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼	Additional documents* to be submitted ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼*
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority ਸਥਾਨਕ ਅਧਿਕਾਰੀ ਰਾਹੀਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੌਤ ਦੇ ਯੋਗ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH ਜੀਪੀਐਚ ਰਾਹੀਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵੋਟ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH ਜੀਪੀਐਚ ਰਾਹੀਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵਰਤਮਾਨ ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook ਕੈਸਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਚੈਕ / ਬੈਂਕ ਦੀ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee ਪੈਨ ਨੰਬਰ / ਨਾਮਜ਼ਦ ਦਾ ਫਾਰਮ 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਗੈਰ ਹਾਜ਼ਰੀ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨ ਵਾਰਸ/ ਉਤਰਾਧਿਕਾਰੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ</p> <p>7. Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ਸ਼ਾਖਾ/ ਜੀਪੀਐਚ 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਕਲੇਮਾਂ ਲਈ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਰਾਹੀਂ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਦਾਵੇਦਾਰ ਵਲੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request ਨੋਟ:- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਾਹ ਨੰਬਰ ਦੇ ਪਹਿਲੇ 8 ਅੰਕਾਂ ਨੂੰ ਢਕ ਜੇਕਰ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ ਕੋਵਾਈਸੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਆਪਾਹ ਕਾਰਡ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims ਉੱਪਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਕਲੇਮਾਂ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ</p>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> <b>ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ/ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਨ ਮੌਤ</b></p> <p>1. Complete Medical records (Admission notes &amp; Discharge / Death summary &amp; Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death attested by GPH ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਮੌਤ ਦੇ ਸਮੇਂ ਲਏ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ ਜੀਪੀਐਚ ਰਾਹੀਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੁਕੰਮਲ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ (ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਦੇ ਨੋਟ ਅਤੇ ਡਿਸਚਾਰਜ / ਮੌਤ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਵੇਰਵਾ ਅਤੇ ਟੈਸਟ / ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਆਦਿ)</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&amp;E case) ਜੇਕਰ ਕੰਮ ਦੀ ਵਰਤਮਾਨ ਧਾਰਾ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਗਰੁੱਪ ਟਰਮ ਜੀਵਨ ਕਲੇਮਾਂ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਈਐਂਡਈ ਕੇਸ)</p> <p><b>Accidental Death</b> <b>ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਾਰਨ ਮੌਤ</b></p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* ਐਫਫੀਆਈਆਰ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਪੰਚਨਾਮਾ, ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ, ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* ਮੌਤ ਦਾ ਸੰਦੇਸ਼ / ਅਖਬਾਰ ਦੀ ਕਟਿੰਗ (ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ)*</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* ਵਿਸਰਾ/ ਕੈਮੀਕਲ ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)*</p> <p>4. Final police investigation report* ਪੁਲਿਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਅੰਤਿਮ ਰਿਪੋਰਟ*</p> <p>*Attested by GPH *ਜੀਪੀਐਚ ਰਾਹੀਂ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ</p>

#### Part A / ਭਾਗ A:

- 1) Group Policy No/ ਗਰੁੱਪ ਨੀਤੀ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_
- 2) Member ID/ ਸਦੱਸ ID: \_\_\_\_\_
- 3) Employee ID/ ਕਰਮਚਾਰੀ ID: \_\_\_\_\_
- 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: \_\_\_\_\_  
(with date of effect) as required under applicable quote  
ਮਿਤਰ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਮੌਜੂਦਾ ਅਹੁਦਾ / ਬੈਂਡ / ਗਰੇਡ (ਲਾਗੂ ਦੀਮਤੀ ਦੇ ਨਾਲ): \_\_\_\_\_  
ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ / ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_
- 6) Name of Group Policyholder / ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_
- 7) Date of Birth of Insured / ਬੀਮੇ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_
- 8) Date of Joining the Service / ਸੇਵਾ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_
- 9) PAN No./ Form 60 / ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60: \_\_\_\_\_
- 10) Date of Death / ਮੌਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_
- 11) Place and Cause of Death / ਸਥਾਨ ਅਤੇ ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ: \_\_\_\_\_
- 12) Cause of Death/ ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ: \_\_\_\_\_

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) ਆਖਰੀ ਡਰਾਇਆ ਤਨਖਾਹ: (ਜੀ.ਟੀ.ਟੀ. / ਐੱਫ.ਐੱਸ.ਐੱਲ. ਸਕੀਮ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਫਐਸਐਲ ਦਾਅਵੇ ਲਈ ਮੁਢਲੀ ਤਨਖਾਹ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ. ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਹਵਾਲੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜਰੂਰੀ ਤਨਖਾਹ ਦਾ ਸ਼ਿਕਰ ਕਰੋ)	Monthly ਮਹੀਨਾਵਾਰ	Annual ਸਲਾਨਾ

- 14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention  
ਪਿਛਲੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ / ਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਲਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਲੀਵ ਦੇ ਵੇਰਵੇ.

From Date ਮਿਤੀ ਤੋਂ	To Date ਮਿਤੀ ਤੱਕ	No. of Days ਦਿਨ ਦੀ ਗਿਣਤੀ	Type of Leave ਛੁੱਟੀ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ	Reason ਕਾਰਨ

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ਪੰਜਾਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ,

ਦਫਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਪੰਛਾਮੀ ਵਿੰਗ ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰ, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ. ਭਾਰਤ ਦਾ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ਸਾਨੂੰ ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-425-6969, ਵੈਬਸਾਈਟ: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ਈਮੇਲ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ- ਪਹਿਲੀ ਮੰਜਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ ਦੇ ਨੀਚੇ ਗੋਰੇਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, ਫੋਨ: 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: 91-22-41790203

- 15) Sum Assured / ਬੀਮੇ ਦੀ ਰਕਮ: \_\_\_\_\_
- 16) PF Account Number of Insured Member/ ਬੀ.ਐੱਸ.ਏ. ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ (Mandatory for EDLI Claim)/(ਈਡੀਐਲ ਕਲੇਮ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent  Contractual   
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੌਜੂਦਗੀ ਚੁੱਕੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਿਥੁਤੀ ਨੂੰ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ: ਸਥਾਈ  ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes  No   
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਜੁਆਇਨ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਕਰਮਚਾਰੀ ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕੰਮ 'ਤੇ ਸੀ: ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
- 19) Last working date/ ਆਖਰੀ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

**Declaration and authorization by Group policy holder**

**ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ**

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ, ਉਪਰੋਕਤ ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਇਹ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪੁਰਾਣੇ ਬਿਆਨ ਸੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਿਹਮਤ ਹਨ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਹੋਰ ਕੋਈ ਪੁਰਕ ਪੁਰਕ, ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਗਠਨ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਜਾਂ ਬਚਾਅ ਪੱਖ ਦੇ ਜੀਵਨ ਵਿਚ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਛੋਟ ਤੋਂ ਛੋਟ. ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨ, ਕਸਟਮ ਜਾਂ ਵਰਤੋਂ, ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ / ਜਾਂ ਚੌਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗੁਪਤ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ 'ਤੇ ਰੋਕ ਨਾ ਲਾਉਣਾ.

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹਸਪਤਾਲ, ਹਸਪਤਾਲ, ਮੈਡੀਕਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਸਥਾ, ਬੀਮਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਸਥਾ, ਵਾਰਮੇਸੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ, ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਮਾਲਕ, ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਅਕਾਊਂਟੈਂਟ ਜਾਂ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਜਾਂ ਪੀ.ਐੱਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਈਵ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਫਤਰ, ਜਾਂ ਕੋਰਟ ਆਫ ਲਾਅ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਤਰਫ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੁਤੰਤਰ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਵਿੱਤ ਜਾਂ ਬੀਮੇ, ਸਲਾਹ, ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਮਾਨਿਸਕ ਬੀਮਾਰੀ, ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਐਚਆਈਵੀ (ਏਡਜ਼) ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਇਸ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋਕੋਪੀ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਮੂਲ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਕ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

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.

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਵ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਿਮਤੀ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਵ ਕੋਲ ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸਵਿਦਨਸ਼ੀਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਟੀਕਰਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਇਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/ਅਰਜੀ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ/ਸੰਸਥਾ/ ਇਕਾਈ ਲਈ ਕੋਵਾਈਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਮੁੜ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਕਲੇਮ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕ੍ਰੇਤਾ ਅਤੇ ਇੰਡਸਟਰੀ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ/ ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸਮੇਤ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਵ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਹੋਣ, ਐਵਿਲੀਏਟ ਹੋਣ ਜਾਂ ਵਿਅਸਤ ਹੋਣ, ਇਸ ਕਲੇਮ, ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿਰੰਤਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ.

**Declaration by Group Policy Holder**

**ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ**

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.

ਅਸੀਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਪਰੋਕਤ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸਾਡੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਉੱਤਮ ਹਨ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਕ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਸਾਡਾ ਜਨਮ ਹੋਇਆ ਹੈ.

**Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder**

**ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੀ ਕੰਪਨੀ ਸੀਲ ਦੇ ਨਾਲ ਆਠੇਪਿੱਤ ਜਾਇਜ਼ ਹਸਤਾਖਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ**

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ਨਾਮ ਅਤੇ ਅਹੁਦੇ: \_\_\_\_\_ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

**Part B / ਭਾਗ B:**

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

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ਫਾਰਮ 60 ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

Particulars ਵੇਰਵੇ	Nominee 1 ਨਾਮਜ਼ਦ 1	Nominee 2 ਨਾਮਜ਼ਦ 2	Nominee 3 ਨਾਮਜ਼ਦ 3	Nominee 4 ਨਾਮਜ਼ਦ 4	Nominee 5 ਨਾਮਜ਼ਦ 5
Name ਨਾਮ					
Bank Account Number ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ					
IFSC Code ਆਈ.ਐਫ.ਐਸ.ਸੀ ਕੋਡ					
PAN No./ Form 60 ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60					

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

ਜੀਪੀਐਚ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਅਨੁਸਾਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਲਾਭ ਲਈ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਸੰਬੰਧਤ ਹੇਠਲੇ ਡੇਟਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

SL. No. ਸਲੀ.ਨੰ.	Nominee Name ਨਾਮਜ਼ਦ ਦਾ ਨਾਮ	Relationship ਰਿਸ਼ਤਾ	Benefit Share in % ਲਾਭ% ਵਿੱਚ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋ	Address of Nominee ਨਾਮਜ਼ਦ ਦਾ ਪਤਾ

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

ਬੀਮਾਰੀ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਕੁਦਰਤੀ ਕਾਰਣਾਂ ਕਰਕੇ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ:

Types of illness and date of diagnosis ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਤਸਖੀਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਜਿੱਥੇ ਬੀਮਾਰੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ.	
Details of accident (for unnatural death) ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਵੇਰਵਾ (ਗੈਰ ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ ਲਈ)	

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਵ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ,

ਦਫਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਪੱਛਮੀ ਵਿੰਗ ਰਾਹੇਜਾ ਟਾਵਰ, 26/27 ਮੀ ਗ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001. ਕਰਨਾਟਕ. ਭਾਰਤ ਦਾ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ਸਾਨੂੰ ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-425-6969, ਵੈਬਸਾਈਟ: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ਈਮੇਲ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ- ਪਹਿਲੀ ਮੰਜਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ ਦੇ ਨੀਚੇ ਗੌਰਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, ਫੋਨ: 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: 91-22-41790203

Name and address of hospital where postmortem was conducted ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ.	
Name and address of police station to which accident was reported ਜਿਥੇ ਪੋਲੀਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ.	

**Declaration and authorization by Beneficiary**

**ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ**

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ, ਉਪਰੋਕਤ ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਇਹ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪੁਰਾਣੇ ਬਿਆਨ ਸੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਨ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਹੋਰ ਕੋਈ ਪੂਰਕ ਪੂਰਕ, ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਗਠਨ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਜਾਂ ਬਚਾਅ ਪੱਖ ਦੇ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਛੋਟ ਤੋਂ ਛੋਟ. ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨ, ਕਸਟਮ ਜਾਂ ਵਰਤੋਂ, ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ 'ਤੇ ਰੋਕ ਨਾ ਲਾਉਣਾ.

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹਸਪਤਾਲ, ਹਸਪਤਾਲ, ਮੈਡੀਕਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਸਥਾ, ਬੀਮਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਸਥਾ, ਫਾਰਮੇਸੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ, ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਮਾਲਕ, ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਅਕਾਊਂਟੈਂਟ ਜਾਂ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਜਾਂ ਪੀ.ਐੱਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਫਤਰ, ਜਾਂ ਕੋਰਟ ਆਫ ਲਾਅ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੁਤੰਤਰ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਵਿੱਤ ਜਾਂ ਬੀਮੇ, ਸਲਾਹ, ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਮਾਨਿਸਕ ਬੀਮਾਰੀ, ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਐਚਆਈਵੀ (ਏਡਜ਼) ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਇਸ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਮੂਲ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਕ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ.

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.

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਿਮਤੀ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੇ/ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਕੋਲ ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸਵੈਦਨੀਯ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਟੀਕਰਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਇਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/ਅਰਜੀ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ/ਸੰਸਥਾ/ ਇਕਾਈ ਲਈ ਕੇਵਲੀਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਮੁੜ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਕਲੇਮ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਦ੍ਰੋਹ ਅਤੇ ਇੰਡਸਟਰੀ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨਾਂ/ ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸਮੇਤ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਣ, ਐਵਿਲੀਏਟ ਹੋਣ ਜਾਂ ਵਿਅਸਤ ਹੋਣ, ਇਸ ਕਲੇਮ, ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿਰੰਤਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ.

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

ਮੂਲ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਂਡ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਬਦਲੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ/ਅੰਡਰਟੇਕਿੰਗ/ਵਾਰੰਟੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ

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.

ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਅਟੱਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਾਅਦਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਂਡ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਸਾਂ ਦੁਆਰਾ ਇਸ 'ਤੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਕ ਅਧਿਕਾਰ, ਸਿਰਲੇਖ, ਵਿਆਜ ਗਿਰਵੀ, ਗਿਰਵੀ, ਨਿਰਧਾਰਤ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਬਣਾਏ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਪੂਰੇ ਅਤੇ ਅੰਤਮ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਰਸੀਦ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਬੇਕਾਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਦਾ ਬੀੜਾ ਚੁੱਕਾਂ। ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਇਹ ਵਾਅਦਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਸਾਰੇ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਲਈ ਖੜ੍ਹੀ ਹੈ, ਅਸਲ ਨੀਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਇੱਥੇ ਪੇਸ਼ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ/ਵਾਰੰਟੀਆਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ। ਮੈਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਮੈਨੂੰ, ਨਾਮਜ਼ਦ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਸ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ/ਜੀਵਨ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਦੇ ਉੱਤਰਾਧਿਕਾਰੀ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਸ ਪਾਲਿਸੀ/ਆਈਜ਼ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਨਿਰਣਾਇਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡਿਸਚਾਰਜ ਕਰੇਗੀ।

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.

ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਗਲਤ, ਝੂਠੀ, ਜਾਂ ਗੁੰਮਰਾਹਕੁੰਨ ਜਾਂ ਘਾਟੇ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਲਾਗਤ ਅਤੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੇ ਨਾਲ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਰਿਕਵਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਕੇਸ ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਦਾਅਵੇ ਅਤੇ ਅਪਰਾਧਿਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਜਾਇਦਾਦ

**Signature of the Nominee of Insurance Claim**

**ਬੀਮਾ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ**

Particulars ਵੇਰਵੇ	Nominee 1 ਨਾਮਜ਼ਦ 1	Nominee 2 ਨਾਮਜ਼ਦ 2	Nominee 3 ਨਾਮਜ਼ਦ 3	Nominee 4 ਨਾਮਜ਼ਦ 4	Nominee 5 ਨਾਮਜ਼ਦ 5
Name of Nominee ਨਾਮਜ਼ਦ ਦਾ ਨਾਮ					
Signature of Nominee ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ					
Contact No. ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ					
Date ਤਾਰੀਖ					

**Declaration by Group Policy Holder**

**ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ**

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.

ਅਸੀਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਸਪੁਰਦ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ/ ਦਰਸਾਏ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਹੋਣਗੇ।

**Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder**

**ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੀ ਕੰਪਨੀ ਸੀਲ ਦੇ ਨਾਲ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹਸਤਾਖਰਾਂ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ**

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ਨਾਮ ਅਤੇ ਅਹੁਦੇ: \_\_\_\_\_ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ,

ਦਫਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਪੱਛਮੀ ਵਿੰਗ ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰ, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ. ਭਾਰਤ ਦਾ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ਸਾਨੂੰ ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-425-6969, ਵੈਬਸਾਈਟ: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ਈਮੇਲ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ- ਪਹਿਲੀ ਮੰਜਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ ਦੇ ਨੀਚੇ ਗੋਰੇਗਾਂ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, ਫੋਨ: 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: 91-22-41790203