

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

தனிநபர் இறப்புக்கால உரிமைகோரல் படிவம்

For Official Use Only / அலுவலகப் பயன்பாட்டுக்கு மட்டும்

Branch Name / கிளையின் பெயர்: _____ Branch Code / கிளை குறியீடு: _____

Employee Name / தொழிலாளர் பெயர்: _____

Employee Code / தொழிலாளர் குறியீடு: _____ Sign / கையொப்பம்: _____

Date: Time: On or Before 3PM After 3PM

தேதி: _____ நேரம்: மாலை 3 மணி அல்லது அதற்கு முன்னர் மாலை 3 மணிக்குப் பின்னர்

Photograph of Claimant
இவருடைய புகைப்படம் உரிமை கோருபவர்

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED

சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டிய ஆவணங்கள்

| Mandatory Documents அவசியமான ஆவணங்கள் | Additional documents* to be submitted சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டிய* கூடுதல் ஆவணங்கள் |
|---|--|
| <p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority உள்ளூர் அதிகாரியால் வழங்கப்பட்ட சரியான இறப்புச் சான்றிதழின் நகல்</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format மருத்துவரின் சான்றிதழ் (குடும்ப மருத்துவர் அல்லது சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரிடம் இருந்து) தரப்படுத்தப்பட்ட PNB MetLife வடிவத்தில் முன்னுரிமை</p> <p>3. Current address proof of the nominee நாமினியின் தற்போதைய முகவரி சான்று</p> <p>4. PAN Card or Form 60 of the nominee நியமனதாரரின் PAN அட்டை/ படிவம் 60</p> <p>5. Photo identity proof of the nominee நாமினியின் புகைப்பட அடையாளச் சான்று</p> <p>6. Cancelled cheque / Copy of bank passbook ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை / வங்கி கணக்குப் புத்தகத்தின் நகல்</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH கிளைம்/GPH இல் பெறப்பட்ட உரிமைகோரல்களுக்கு மூன்றாம் தரப்பினர் மூலம் உரிமைகோரல் அறிவிப்பு பெறப்பட்டால், உரிமைகோருபவரிடமிருந்து அங்கீகார கடிதம்</p> <p>8. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee நியமனம் பெற்றவர் இல்லாத பட்சத்தில் சட்டப்பூர்வ வாரிசு/வழிமுறை உரிமை சான்றிதழ்</p> <p>Note: - Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request குறிப்பு:- கோரிக்கையுடன் KYC ஆதாரமாக ஆதார் அட்டை சமர்ப்பிக்கப்பட்டால், ஆதார் எண்ணின் முதல் 8 இலக்கங்களை மறைக்கவும்.</p> | <p>Natural death/ death due to illness இயற்கை மரணம்/நோய் காரணமாக ஏற்பட்ட மரணம்</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 கடந்த காலத்தில் எடுத்துக்கொண்ட சிகிச்சைக்கான அல்லது இறப்பு நேரத்தில் எடுக்கப்பட்ட முழுமையான மருத்துவப் பதிவுகள் (சேர்ப்பு குறிப்புகள் மற்றும் டிஸ்சார்ஜ்/இறப்பு சுருக்கம் மற்றும் பரிசோதனை / விசாரணை அறிக்கைகள் போன்றவை)</p> <p>Accidental Death விபத்தினால் இறப்பு</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report எப்ஐஆர், பஞ்சநாமா, இறப்பாய்வு அறிக்கை, பிரேதப்பரிசோதனை அறிக்கை ஆகியவற்றின் நகல்</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) இரங்கல் செய்தி / செய்தித்தாள் பகுதி (இருந்தால்)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) உடல் உள்உறுப்புகள் / இரசாயனப் பகுப்பாய்வு அறிக்கை (பொருந்துமானால்)</p> <p>4. Final police investigation report இறுதி காவல்துறை விசாரணை அறிக்கை</p> |

*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required.

*கீழே வழங்கப்பட்டுள்ளவற்றை தவிர்த்து ஏதேனும் கூடுதல் ஆவணங்கள்/சான்றுகள் தேவைப்பட்டால் பீஎன்பி மெட்லைஃப் உங்களுக்கு அழைப்பு விடுவதற்கான உரிமையை கொண்டுள்ளது.

***SECTION A - POLICY DETAILS**

***பிரிவு A - பாலிசி விவரங்கள்**

Policy Number(s): _____

பாலிசி எண்(கள்): _____

(Please mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co. Ltd)

(பிஎன்பி மெட்லைஃப் இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டிடமிருந்து பெற்ற எல்லாப் பாலிசி எண்களையும் தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்)

***SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)**

***பிரிவு B - காப்புறுதி பெற்றவரின் விவரங்கள் (LA)**

Name of Life Assured: Mr. Ms.

காப்புறுதி பெற்றவரின் பெயர்: திரு செல்வி.

Father's Name:

தந்தையின் பெயர்: _____

Date of Death:

உயிரிழந்த நாள்: _____

Place of Death: Hospital* Clinic* Residence Office Other (Please specify) _____

இறந்த இடம்: மருத்துவமனை* கிளினிக்* வீடு அலுவலகம் பிற (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்) _____

*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name _____

*மருத்துவமனை/ கிளினிக் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டால், தயவுசெய்து மருத்துவமனை/ கிளினிக் பெயரைக் குறிப்பிடவும் _____

Family Doctor: Name: _____

குடும்ப மருத்துவர்: பெயர்: _____

Registration No.: _____ Contact No.: _____ PAN No./ Form 60: _____

பதிவு எண்.: _____ தொடர்பு எண்.: _____ பான் எண்./ படிவம் 60: _____

Last treated/attended Doctor: Name: _____

கடைசியாக சிகிச்சையளித்த / கவனித்த மருத்துவர்: பெயர்: _____

Registration No.: _____ Contact No.: _____

பதிவு எண்.: _____ தொடர்பு எண்.: _____

கணக்கு வகை: சேமிப்பு நடப்பு என்.ஆர்.ஓ என்.ஆர்.ஈ

IFSC: _____ MICR: _____

ஐஎஃப்எஸ்சி: _____ எம்ஐசிஆர்: _____

Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity

பேயவுட் தெரிவு: மொத்தத் தொகை வழக்கமான ஆண்டுத்தொகை பேமன்ட்

(Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)

(தெரிவுகள் பாலிசியின் பொருந்தும் விதிகள் & நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது.)

SECTION G- NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEDING THE DEATH

பிரிவு G- இறப்புக்கு முன்னர் கடைசி 5 ஆண்டுகளுக்குள் ஆயுள் காப்பீடு பெற்றவருக்கு சிகிச்சையளித்த எல்லா மருத்துவர்கள் / மருத்துவமனைகளின் பெயர், முகவரி தொடர்பு விவரங்கள்

| Name of Doctor/ Hospital மருத்துவர்/மருத்துவமனையின் பெயர் | Address and Contact Details முகவரி மற்றும் தொடர்பு விவரங்கள் | Disease /Condition Treated For சிகிச்சை கொடுக்கப்பட்ட நோய் / உடல் நிலை | Treatment Dates (From- To) சிகிச்சை நாட்கள் (ஆரம்பம் - முடிவு நாள்) |
|--|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

***SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**

*பிரிவு H- உறுதிமொழி மற்றும் அங்கீகரிப்பு

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.

நான்/நாங்கள், மேலே பெயரிடப்பட்ட உரிமைகோருபவர்(கள்), மேலே உள்ள பதில்கள் மற்றும் அறிக்கைகள் எல்லா வகையிலும் உண்மை என்று உறுதியுடன் அறிவிக்கிறோம், மேலும் கணம் படிவத்தை வழங்குவதில் PNB MetLife எந்தப் பொறுப்பையும் ஏற்கவில்லை அல்லது தள்ளுபடி செய்யவில்லை என்பதை நான்/நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறோம். அதன் உரிமைகள். இந்தப் படிவத்தைச் சமர்ப்பிப்பதன் மூலம் கோரிக்கை செயல்படுத்தப்படும் என்று அர்த்தமல்ல என்பதை நான்/ நாங்கள் புரிந்துகொண்டு ஒப்புக்கொள்கிறோம். பாலிசியின் கீழ் எந்தவொரு பேயவுட்டும் கண்டிப்பாக பாலிசி விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு இணங்க வேண்டும் என்பதை நான்/ நாங்கள் புரிந்துகொள்கிறோம். எந்தவொரு கட்டணமும் கடைசியாக புதுப்பிக்கப்பட்ட பிரீமியம் செலுத்துதலுக்கு உட்பட்டது. இந்த அறிவிப்பின் நகல் செல்லுபடியாகும் மற்றும் பயனுள்ளதாகக் கருதப்படும்.

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.

பீஎன்பி மெட்லைஃப்-ஆல் வழங்கப்பட்ட பாலிசிக்கு முன்னரே அல்லது அதற்கு பிறகோ இறந்த நபரின் உடல்நிலை குறித்து சேகரிக்கப்பட்ட தகவல்களை வழங்குவோ அல்லது ஏதேனும் தகவல்களை அல்லது செய்தியை வெளிப்படுத்தவோ ஏதேனும் நோய்களுக்காக பரிசோதித்த அல்லது சிகிச்சை செய்த மருத்துவரை அல்லது மருத்துவமனைகளை, மருத்துவ மையங்களை, மேலே கூறப்பட்டுள்ள இறந்துபோன நபர்/காப்பீடு பெற்றவரை பரிசோதித்த அல்லது சிகிச்சை அளித்த மருத்துவ மையங்கள், மேலே கூறப்பட்டுள்ள இறந்துபோன நபர்/காப்பீடு பெற்றவருக்கு பாலிசி வழங்கிய இதர காப்பீட்டு நிறுவனம், தற்போதைய /முந்தைய நிறுவனங்கள் அல்லது வணிக ஊழியர்கள், பிறப்பு இறப்பு பதிவாளர்கள், தனிப்பட்ட/அதிகாரப்பூர்வ/காப்பீடு தொடர்பாக மருத்துவ பரிசோதனை மேற்கொள்ள காப்பீடு செய்தவர் சென்ற நோய்கண்டறிதல் மையங்கள் போன்றவற்றை நான்/நாங்கள் அங்கீகரிக்கிறேன்/அங்கீகரிக்கிறோம். இந்த அங்கீகரிப்பின் ஒரு நகல் பயனுள்ளதாக கருதப்பட்டு, அசலாக கருதப்படும்.

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

இந்தக் கோரிக்கையை, விண்ணப்பத்தைப் பரிசீலிக்கும் மற்றும் / அல்லது அடுத்தடுத்த சேவைகளை அளிக்கும் நோக்கத்திற்காக மறு-காப்பீட்டாளர்கள், உரிமைக்கோரிக்கையை விசாரிக்கும் முகமைகள், விற்பனையாளர்கள் மற்றும் துறைசார்ந்த சங்கங்கள் / கூட்டமைப்புகள் உட்பட PNB மெட்லைஃபோடு தொடர்புடைய அல்லது ஈடுபடுத்தப்படும் எந்த ஒரு தனிநபர் / நிறுவனம் / அமைப்பிடமும் PNB மெட்லைஃப் வசம் உள்ள / சேர்த்துக்கொண்ட (இந்த அறிக்கையில் / விண்ணப்பத்தில் உள்ள தகவல்கள் அல்லது வேறுவழியில் பெறப்பட்டவை) KYC ஆவணத்தில் உள்ள தகவல்கள் உட்பட என்னுடைய / எங்களுடைய தனிப்பட்ட மற்றும் கூருணர்வுடைய தகவல் எதுவானாலும் அவற்றைப் பயன்படுத்த மற்றும் வெளிப்படுத்த பீஎன்பி மெட்லைஃப்புக்கு நான் / நாங்கள் இதன்மூலம் கூடுதலாக ஒப்புதல் அளித்து அங்கீகரிக்கிறோம்.

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

அசல் பாலிசி பத்திரம் மற்றும் ஆவணத்திற்காக பாத்தியதாரரின் ஈட்டுறுதி / உறுதிமொழி / உத்தரவாதம் மற்றும் சார்பாண்மை

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.

அசல் பாலிசி ஒப்பந்தமானது பிணையாக்கப்படவோ, அடைமானம் வைக்கப்படவோ, உரிமைமாற்றப்படவோ அல்லது வேறுவகையில் பாலிசிதாரராலோ அல்லது சட்டப்படியான வழி முறையாளர்களாலோ எந்த ஒரு கேடான பற்றுரிமையையும், உரிமையையும், நலனையும் உருவாக்கவில்லை என்று நிறுவனத்துக்கு நான் திருப்பிப் பெற இயலாதவாறு உறுதிப்படுத்துகிறேன், ஒப்புக்கொள்கிறேன், பிரதிநிதித்துவப்படுத்துகிறேன், மேலும் மேற்கொள்கிறேன். மேலும், நிறுவனத்திடமிருந்து பாலிசியின் கீழ் முழுமையான மற்றும் இறுதி பேமண்டைப் பெற்ற பிறகு அதை இல்லாநிலையதாக்குவேன் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன். மேலும், அசல் பாலிசி ஒப்பந்தத்தை அல்லது அதில் உள்ள பிரதிநிதித்துவங்கள் / உத்தரவாதங்களை தள்ளுபடி செய்தது தொடர்பாக எழும் எல்லா இழப்புகளிலிருந்தும், எந்த ஒரு கோரிக்கைகளிலிருந்தும் நிறுவனத்திற்கு சட்டவிலக்குரிமையளிப்பதாக நான் உறுதியளிக்கிறேன். எனக்கு, நியமனதாரருக்கு, பாலிசிதாரரின் / காப்புறுதி பெற்றவரின் சட்டப்படியான வழி முறையாளருக்கு அல்லது வழிமுறையாளருக்கு பணம் செலுத்திய பிறகு இந்தப் பாலிசி/களிலிருந்து எழும் எல்லா கட்டப்பாடுகளிலிருந்தும் நிறுவனம் முழுமையாக விடுவிக்கப்பட்டிருக்கும் என்பதை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டு ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.

Date / தேதி:

Place / இடம்: _____

SIGN HERE
இங்கு கையொப்பமிடவும்

Signature of Claimant
உரிமை கோருபவரின் கையொப்பம்

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

ஒரு மூன்றாவது நபரினால் செய்யப்பட வேண்டிய பிரகடனம்

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.

பாலிசிதாரர் தன்னுடைய கட்டைவிரல் ரேகையை வைத்தார் / உள்நூர் மொழியில் கையொப்பமிட்டுள்ளார் / விண்ணப்பத்தைப் பூர்த்தி செய்யவில்லை. இந்த விண்ணப்பப்

படிவத்தின் உள்ளடக்கமானது பாலிசிதாரருக்கு _____ மொழியில் விளக்கப்பட்டது என்பதையும், எனக்கு அளிக்கப்பட்ட பதில்களை உண்மையுடன் பதிவு செய்தேன் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன். மேலும், பாலிசிதாரர் என் முன்னிலையில் கையொப்பமிட்டார்/தன்னுடைய பெருவிரல் ரேகையை பதிவு செய்தார் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன்.

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant: _____
பிரகடனம் செய்பவரின் பெயர்: _____ பிரகடனம் செய்பவரோடு உரிமை கோருபவரின் உறவு: _____
Address: _____ Contact Number of Declarant: _____
முகவரி: _____ பிரகடனம் செய்பவரின் தொடர்பு எண்: _____

Date / தேதி:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Place / இடம்: _____

SIGN HERE
இங்கு கையொப்பமிடவும்

Signature of Third person
மூன்றாம் நபரின் கையொப்பம்

Terms and Conditions:

நிபந்தனைகளும் வரையறைகளும்:

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.

உகந்த கட்டாய ஆவணங்களுடன் நிரப்பப்பட்ட உரிமைக்கோரல் படிவம் சமர்ப்பிக்கப்படுவது என்பது பாலிசியின் கீழ் நமது நிறுவனத்தின் கடப்பாடாக ஏற்றுக்கொண்டதாகக் கருதப்படக்கூடாது. நிறுவனத்தின் சார்பில் எந்த ஒரு கடப்பாட்டையும் ஏற்க எந்த ஒரு முகவரும் / இடைநிலையினரும் ஏற்க இயலாது, அதற்கு அவர்களுக்கு அங்கீகாரமும் இல்லை.

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.

உகந்த கட்டாய ஆவணங்களுடன் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளவாறு இந்தப் படிவம் சமர்ப்பிக்கப்படுமானால், உங்களுடைய உரிமைக்கோரிக்கையை எங்களால் விரைவாகப் பரிசீலிக்க இயலும். கட்டாய ஆவணங்களை சமர்ப்பிக்காமல் இருப்பது மற்றும்/அல்லது முழுமையாக நிரப்பாத உரிமைக் கோரிக்கையை சமர்ப்பித்தல் காரணமாக அதைப் பரிசீலிப்பதில் ஏற்படும் எந்த ஒரு தாமதத்திற்கும் பீஎன்பி மெட்லைஃப் பொறுப்பாகாது.

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

முக்கிய குறிப்பு: உரிமைக்கோரல் பரிசீலனை அல்லது தீவு சம்பந்தமாக நிறுவனத்தின் பிரதிநிதி உட்பட யாரும் எதுவும் கோரினால், சலுகை கோரினால், அதை ஊக்குவிக்கக்கூடாது என்பதோடு நிறுவனத்திடம் உடனடியாக நிறுவனத்தின் இந்த மின்னஞ்சல் முகவரியில் தெரிவிக்கப்பட வேண்டும்: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM

படிவத்தை நிரப்புவதற்கான அறிவுறுத்தல்

IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)

முக்கியத் தகவல் (படிவத்தை நிரப்புவதற்கு முன்னர் தயவுசெய்து வாசிக்கவும்)

1. The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form.

உரிமை கோருபவரால் மட்டுமே படிவம் நிரப்பப்பட வேண்டும். ஒருவேளை உரிமை கோருபவர் இளவராக இருந்தால், காப்பாளர் / நியமிக்கப்பட்டவர் படிவத்தை நிரப்பலாம்.

2. Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers.

பல பாலிசிகளின் கீழ் உரிமைக் கோரல்கள் ஒரே படிவத்தை நிரப்புவதன் மூலம் & அனைத்து பொருந்தும் பாலிசி எண்களையும் அளிப்பதன் மூலம் பதிவு செய்யப்படலாம்.

3. In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant.

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட உரிமை கோருபவர்கள் இருந்தால், ஒவ்வொரு உரிமை கோருபவருக்கும் தனித்தனி படிவங்கள் நிரப்பப்பட வேண்டும்.

4. Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in the same manner as you normally sign your cheque.

பிரகடனங்களை தயவுசெய்து கவனமாக வாசித்து உங்களுடைய வழக்கமான காசோலைப் புத்தகத்தில் கையொப்பமிடுவது போன்று அதே முறையில் உரிமை கோரல் படிவத்தில் உரிமை கோருபவர் கையொப்பமிட வேண்டும்.

5. Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy.

பாலிசியின் அனைத்து விதிகள் மற்றும் நிபந்தனைகளைப் பூர்த்தி செய்வதன் அடிப்படையில் உரிமை கோரலுக்கான தொகை செலுத்தப்படும்.

6. No fee or commission should be paid to anyone to process this claim.

இந்த உரிமை கோரலைப் பரிசீலிக்க யாருக்கும் எந்தக் கட்டணமோ அல்லது தரகோ செலுத்த வேண்டியதில்லை.

7. Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the correspondence will happen through this only.

தகவல்தொடர்புகள் உங்களுடைய முகவரி, தொலைபேசி எண்கள் மற்றும் மின்னஞ்சல் முகவரியிலேயே நடக்கும் என்பதால் அவை தற்போதையதாகவும் செயலில் உள்ளதாகவும் இருப்பதை உறுதிப்படுத்துங்கள்.

8. Asterisk (*) refers to mandatory information.

நட்சத்திரக் (*) குறி கட்டாயத் தகவலைக் குறிக்கிறது.

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

வாடிக்கையாளர் ஒப்புக்கொள்ளல் - தனிநபர் இறப்புக்கான உரிமைக்கோரல் படிவம்

Policy No.: _____

பாலிசி எண்: _____

Branch Name / Intimation Number: _____

கிளை பெயர் / செய்தி அறிவிப்பு எண்: _____

Employee Name: _____

தொழிலாளர் பெயர்: _____

Employee Signature: _____

தொழிலாளர் கையொப்பம்: _____

IRDAI Registration No. _____

IRDAI பதிவு எண்: _____

Claimant Name: _____

உரிமை கோருபவரின் பெயர்: _____

Claimant Client ID: _____

உரிமை கோருபவரின் கிளைன்ட் அடையாளம்: _____

Date: _____

தேதி: _____

Employee Code: _____

தொழிலாளர் குறியீடு: _____

Branch Stamp
கிளை முத்திரை

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)

செல்லத்தக்க அடையாள & முகவரிச் சான்றுகளின் பட்டியல் (தயவுசெய்து சமர்ப்பிக்கப்பட்ட ஆவணத்தை டிக் செய்யவும்)

PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)

புகைப்பட அடையாளச் சான்று (ஏதாவது ஒன்று)

Claimant's PAN CARD

உரிமை கோருபவரின் PAN அட்டை

Aadhar Card*

ஆதார் அட்டை*

ADDRESS PROOF (ANY ONE)

முகவரிச் சான்று (ஏதாவது ஒன்று)

Valid Passport

செல்லத்தக்க பாஸ்போர்ட்

Valid Driving License

செல்லத்தக்க ஓட்டுனர் உரிமம்

Voter ID Card

வாக்காளர் அடையாள அட்டை

- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
முத்திரையிடப்பட்ட புகைப்பட அடையாளத்துடன் உள்ள வங்கிக் கணக்குப் புத்தகம் (6 மாதத்திற்கு முந்தையதாக இருக்கக் கூடாது)
- Card Issued by Central/State Govt. to employees
ஊழியர்களுக்கு ஒன்றிய/மாநில அரசினால் வழங்கப்பட்ட அட்டை
- Any other Central/State Govt. issued ID
வேறு எந்தவொரு ஒன்றிய / மாநில அரசினால் வழங்கப்பட்ட அடையாளமும்
- Voter ID Card
வாக்காளர் அடையாள அட்டை

- Aadhar Card*
ஆதார் அட்டை*
- Valid Driving License
செல்லத்தக்க ஓட்டுனர் உரிமம்
- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old)
முத்திரையிடப்பட்ட புகைப்படத்துடன் உள்ள வங்கிக் கணக்குப் புத்தகம் (6 மாதத்திற்கு முந்தையதாக இருக்கக் கூடாது)

*I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd

*PNB மெட்லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டினால் கேஷ்யூசி இணக்கத்திற்காக அடையாளச் சான்றுகளைச் சரிபார்க்க என்னுடைய ஆதாரைப் பயன்படுத்த என்னுடைய மனமுடவந்த ஒப்புதலை அளிக்கிறேன்

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

குறிப்பு: உரிமை கோருபவரின் NEFT ஆணை / வங்கிக் கணக்கு விவரங்கள்

- 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.
NEFT ஆணையுடன் கணக்கு எண் மற்றும் IFSC குறியீடு உள்ள ஒரு ரத்து செய்யப்பட்ட தனிப்பயனாக்கப்பட்ட காசோலை சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும். காசோலை தனிப்பயனாக்கப்படவில்லை என்றால், சமீபத்திய வங்கி அறிக்கை அல்லது கணக்குப் புத்தகத்தின் நகல் (கணக்கு எண் மற்றும் IFSC குறிப்பிடப்பட்டிருக்கும் இடத்தில்) ஆணையுடன் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- 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.
இந்த ஆணை, செயலாக்கத்தின் போது, PNB மெட்லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டுடன் வாடிக்கையாளர் வைத்திருக்கும் அனைத்து பாலிசிகளுக்கும் முன்பு குறியிடப்பட்ட NEFT ஆணைகளை மீறும்.
- 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.
NEFT தோல்வி ஏற்பட்டாலோ அல்லது ஆணைக்குரிய தேவைகள் ஏதேனும் இன்னும் நிலுவையில் இருந்தாலோ, புதிய NEFT ஆணை கிடைக்கும் வரை பேஅவுட் நிறுத்தி வைக்கப்படும். அதற்காக செய்தி அறிவிப்பு உங்களுக்கு அனுப்பப்படும்.
"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.
#NRE கணக்கிற்கு (முழு அல்லது விகிதாசார) பணத்தைத் திரும்பப்பெறுவது, NRE கணக்கு மூலம் செலுத்தப்படும் பிரீமியத்தின்(களின்) விகிதத்திற்கு உட்பட்டது. NRE கணக்கின் மூலம் செலுத்தப்பட்ட பிரீமியத்திற்கான ஆதாரமாக வங்கி அறிக்கை அல்லது வங்கி உறுதிப்படுத்தல் கடிதத்தை சமர்ப்பிக்கவும்.
In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.
விகிதாசார முறையில் பணம் செலுத்தினால், இரண்டு NEFT ஆணைகளை வழங்கவும், அதாவது NRE கணக்கு மற்றும் NRE அல்லாத கணக்கு.

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

பிஎன்பி மெட்லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐ.ஆர்.டி.ஏ பதிவு எண் 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிபிளெக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062, தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +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.

போலி / மோசடி தொலைபேசி அழைப்புகள் குறித்து விழிப்புடன் இருங்கள்: IRDAI காப்பீட்டுத் திட்டங்கள் போன்றவற்றை விற்பதில்லை, போனஸ் அறிவிப்பதில்லை அல்லது பிரீமியத்தை முதலீடு செய்யும் வேலையில் ஈடுபடுவதில்லை. அத்தகைய தொலைபேசி அழைப்புகளைப் பெறும் பொதுமக்கள் காவல்துறையிடம் புகார் செய்யும்படி கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறார்கள்.