

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

இறப்புக் காலப் பயனைப் பெறும் கோரிக்கைக்கான கோரிக்கையாளரின் அறிக்கை (எஸ்எஸ்ஜி & அஃபினிட்டி)

Group Policy Number குழு பாலிசி எண்				
Group Policy Holder Name குழு பாலிசிதாரரின் பெயர்				
Member number உறுப்பினர் எண்				
Date of Joining the Policy பாலிசியில் இணைந்த நாள்				
Certificate Number சான்றிதழ் எண்				
Loan disbursement date கடன் பட்டுவாடா செய்யப்பட்ட நாள்				
Outstanding loan as of date of death of member உறுப்பினர் இறந்த நாளன்று நிலுவையில் உள்ள கடன்தொகை				
Details of the Insured Member:				
காப்பீடு பெற்ற உறுப்பினர் பற்றிய விவரங்கள்:				
Full name முழு பெயர்				
Residential Address வீட்டு முகவரி				
PAN No./ Form 60 பான் எண்./ படிவம் 60				
Gender பாலினம்	<table border="0"> <tr> <td>Male ஆண்</td> <td>Female பெண்</td> <td>Age at death: இறப்பின்போது வயது:</td> </tr> </table>	Male ஆண்	Female பெண்	Age at death: இறப்பின்போது வயது:
Male ஆண்	Female பெண்	Age at death: இறப்பின்போது வயது:		
Nature of occupation செய்த வேலையின் இயல்பு				
Date of birth (as per records) பிறந்த நாள் (பதிவேடுகளின்படி)				
Date of death and Time of Death இறந்த தேதி மற்றும் நேரம்				
Cause of death இறப்புக்கான காரணம்	<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"/> விபத்து <input type="checkbox"/> கொலை <input type="checkbox"/> தற்கொலை <input type="checkbox"/> கோவிட் 19 <input type="checkbox"/> இயற்கை பேரிடர் <input type="checkbox"/> இருதய நோய் <input type="checkbox"/> சிறுநீரக நோய் <input type="checkbox"/> கல்லீரல் நோய் <input type="checkbox"/> புற்றுநோய் <input type="checkbox"/> பிற (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்) _____			
Place of death இறந்த இடம்	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> வீடு <input type="checkbox"/> மருத்துவமனை <input type="checkbox"/> அலுவலகம் <input type="checkbox"/> பிற (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும் பிற / மருத்துவமனையின் பெயர்) _____			
In case of death due to illness				
நோய் காரணமாக இறந்திருந்தால்				
When and where did the insured member give first indication of falling ill காப்பீடு பெற்ற நபர் முதலில் எங்கு எப்போது நோய்வாய்ப்பட்டிருப்பதாகக் குறிப்பிட்டார்				
Date and type of illness நோயுற்ற நாள் மற்றும் நோயின் வகை				
Treatment given கொடுக்கப்பட்ட சிகிச்சை				
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness கடைசியாக நோயுற்றிருந்தபோது காப்பீடு பெற்ற நபருக்கு சிகிச்சையளித்த மருத்துவரின் பெயர், முகவரி மற்றும் தொலைபேசி எண்				

Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness கடைசியாக நோயுற்றிருந்தபோது காப்பீடு பெற்ற நபர் சிகிச்சை பெற்ற மருத்துவமனையின் பெயர் மற்றும் முகவரி	
---	--

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents விபத்து காரணமாக உயிரிழந்திருந்தால்: கோரிக்கை ஆவணத்துடன் சேர்த்து முதல் தகவல் அறிக்கை மற்றும் பிரேதப் பரிசோதனை அறிக்கை (ஜிபிஎச்-ன் சான்றொப்பத்துடன்) சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.	
Date and Time of accident விபத்து நடந்த நாள் மற்றும் நேரம்	
Details of accident விபத்து பற்றிய விவரங்கள்	
Address of Police Station to which the accident was reported விபத்து பற்றி தெரிவிக்கப்பட்ட காவல் நிலையத்தின் முகவரி	
FIR number மு.த.அறிக்கை எண்	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted பிரேதபரிசோதனை மேற்கொள்ளப்பட்ட மருத்துவமனையின் பெயர் மற்றும் முகவரி	

Details of Claimant/Nominee உரிமை கோருபவர் / நியமனதாரரின் விவரங்கள்	
Name of the claimant உரிமை கோருபவரின் பெயர்	
Relationship with the insured and % of Share காப்பீடு பெற்றவருடன் உறவு மற்றும் பங்கின் %	
Address of the claimant உரிமை கோருபவரின் முகவரி	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) பான் எண்./ படிவம் 60 (அவசியமான)	
Email and phone number மின்னஞ்சல் மற்றும் தொலைபேசி எண்	
Claimant/Nominee's Bank details உரிமை கோருபவர்/நியமனதாரரின் வங்கி விவரங்கள்	
Bank Name and complete address வங்கியின் பெயர் மற்றும் முழுமையான முகவரி	
Account type கணக்கு வகை	Savings Current சேமிப்பு நடப்பு
Bank account number வங்கிக் கணக்கு எண்	
MICR code: எம்ஐசிஆர் குறியீடு:	IFSC Code: ஐஎஃப்எஸ்ஸி குறியீடு:

Declaration from Claimant / Nominee

உரிமை கோருபவர் / நியமனதாரரின் உறுதிமொழி

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.

மேற்கண்ட பாலிசியில் ஆயுள் காப்புறுதி பெற்ற காலஞ்சென்ற திரு./திருமதி. _____ அவர்களின் நியமனதாரர்(கள்)/ சட்டப்பூர்வ வாரசு(கள்) நான்/நாங்கள்தான் என இதன்மூலம் நான்/நாங்கள் உறுதியளிக்கிறோம்.

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.

பாலிசியின்கீழ் செலுத்தத்தக்க தொகையைச் செலுத்தியதும், மேற்கண்ட பாலிசியிலிருந்து எழும் காலஞ்சென்ற உறுப்பினரின் காப்பீடு தொடர்பாக தன்னுடைய எல்லா கடப்பாடுகளிலிருந்தும் பின்பி மெட்லைஃப் இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் முழுமையாக விடுவிக்கப்பட்டதாக இருக்கும் என்பதை நான் / நாங்கள் திரும்பிப் பெறாதபடி ஏற்றுக்கொள்கிறோம். பீஎன்பி மெட்லைஃப்-ஆல் வழங்கப்பட்ட பாலிசிக்கு முன்னரே அல்லது அதற்கு பிறகோ இறந்த நபரின் உடல்நிலை குறித்து சேகரிக்கப்பட்ட தகவல்களை வழங்கவோ 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.

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.

இந்த அங்கீகரிப்பின் ஒரு நகல் பயனுள்ளதாக கருதப்பட்டு, அசலாக கருதப்படும். கூறப்பட்ட கவேரஜ் _____ வங்கியில் / நிதி நிறுவனத்தில் / ஜிபீஎச்-லிருந்து நிலுவையிலுள்ள கடன் பாக்கிக்கு காப்பீட்டளிக்கும் நோக்கில் காலஞ்சென்ற _____ காப்பீடு எடுத்ததால், நிலுவையிலுள்ள கடன் பாக்கியை தீர்க்க / பகுதியளவு தீர்க்க வங்கிக்கு/ நிதி நிறுவனத்திற்கு / ஜிபீஎச்-க்கு ரூ. _____ வழங்குமாறு கேட்டுக்கொள்கிறேன். மீதமுள்ள பணம் செலுத்தலுக்கு பிறகு ஏதேனும் மீத தொகை இருந்தால் அது என் / எங்கள் பெயரில் வழங்கப்படலாம்.

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.

எந்த ஒரு காரணத்திற்காகவும் எந்த ஒரு சமயத்திலும் என்னுடைய / எங்களுடைய கணக்கில் வரவு வைக்கப்பட்ட எந்த ஒரு கூடுதல் தொகையையும் அல்லது எங்களுக்கு உரியதல்லாத எந்த ஒரு தொகையையும் திரும்பிச் செலுத்த நான் / நாங்கள் உறுதியளிக்கிறேன்(றோம்). இங்கு குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எல்லாத் தகவல்களும் விவரங்களும் எல்லா வழிகளிலும் உண்மையானவை, சரியானவை, முழுமையானவை என உறுதியளிக்கிறேன். இந்தக் கோரிக்கையை, பரிசீலிக்கும் நோக்கத்திற்காக மறு-காப்பீட்டாளர்கள், உரிமைக்கோரிக்கையை விசாரிக்கும் முகமைகள், விற்பனையாளர்கள் மற்றும் துறைசார்ந்த சங்கங்கள் / கூட்டமைப்புகள் உட்பட பிஎன்பி மெட்லைஃப்போடு தொடர்புடைய அல்லது ஈடுபடுத்தப்படும் எந்த ஒரு தனிநபர் / நிறுவனம் / அமைப்பிடமும் பிஎன்பி மெட்லைஃப் வசம் உள்ள / சேரிக்கப்பட்ட (இந்த அறிக்கையில் உள்ள தகவல்கள் அல்லது வேறுவழியில் பெறப்பட்டவை) KYC ஆவணத்தில் உள்ள தகவல்கள் உட்பட என்னுடைய / எங்களுடைய தனிப்பட்ட மற்றும் கூடுதலான தகவல் எதுவானாலும் அவற்றைப் பயன்படுத்த மற்றும் வெளிப்படுத்த பிஎன்பி 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.

அசல் பாலிசி ஒப்பந்தமானது பிணையாக்கப்படவோ, அடைமானம் வைக்கப்படவோ, உரிமைமாற்றப்படவோ அல்லது வேறுவகையில் பாலிசிதாரராலோ அல்லது சட்டப்படியான வழி முறையாளர்களாலோ எந்த ஒரு கேடான பற்றுரிமையையும், உரிமையையும், நலனையும் உருவாக்கவில்லை என்று நிறுவனத்துக்கு நான் திரும்பிப் பெற இயலாதவாறு உறுதிப்படுத்துகிறேன், ஒப்புக்கொள்கிறேன், பிரதிநிதித்துவப்படுத்துகிறேன், மேலும் மேற்கொள்கிறேன். மேலும், நிறுவனத்திடமிருந்து பாலிசியின்கீழ் 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 எல்லாக் கடப்பாடுகளிலிருந்தும் நிறுவனம் முழுமையாக விடுவிக்கப்பட்டிருக்கும் என்பதை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டு ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.

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.

என்னால் வழங்கப்பட்ட எந்த ஒரு தவறான, பொய்யான, அல்லது தவறாக வழிநடத்தும் அல்லது குறைவான தகவலும் பணக்கோரிக்கையை நிராகரிப்பதற்குக் காரணமாகலாம் அல்லது என்மீதும் என்னுடைய சொத்துக்கள்மீதும் குடிமை மற்றும் குற்ற நடவடிக்கைகள் தவிர்ந்து, செலவுகள் மற்றும் இழப்பீடுகள் ஏதும் இருந்தால் அவற்றோடு பணக்கோரிக்கை வருவாய்களை மீட்பதற்குக் காரணமாகலாம்.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

உரிமை கோருபவரின்(களின்) கையொப்பம் /கட்டைவிரல் ரேகை

நாள்: _____

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.

உரிமை கோருபவரின் கையொப்பங்கள் வட்டார மொழியில் இருந்தாலோ அல்லது இடது பெருவிரல் ரேகையாக இருந்தாலோ உறுதிமொழி கொடுக்கப்பட வேண்டும். உரிமை கோருபவருக்கு அவர் புரிந்துகொள்ளும் _____ மொழியில் இந்தப் படிவத்தில் உள்ள விஷயங்களை நான் விளக்கினேன் என்றும், என்னிடம் கூறப்பட்ட பதில்களை சரியான முறையில் பதிவு செய்தேன் என்றும் இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். மேலும், உரிமை கோருபவர் என் முன்னிலையில் கையொப்பமிட்டார்/தன்னுடைய பெருவிரல் ரேகையை பதிவு செய்தார் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன்.

Name: _____

Contact No. _____

பெயர்: _____

தொடர்பு எண் _____

Signature _____

கையொப்பம் _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)	
கடன் கணக்கு அறிக்கை (கட்டாயமாக குரூப் மாஸ்டர் பாலிசிதாரரால் கீழ்க்காணும் கட்டங்கள் நிரப்பப்பட வேண்டும்)	
1) Name of the Group Master policy holder குரூப் மாஸ்டர் பாலிசிதாரரின் பெயர்	
2) Group Master policy number குரூப் மாஸ்டர் பாலிசி எண்	
3) Name of the Insured Member காப்பீடு பெற்றவரின் பெயர்	
4) Loan Account number கடன் கணக்கு எண்	
5) Loan Disbursement date கடன் பட்டுவாடா செய்யப்பட்ட நாள்	
6) Date of Commencement of Risk அபாய ஏற்பு தொடங்கிய நாள்	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured குழு காப்பீட்டுப் பாலிசியின்கீழ் காப்பீடு பெற்றவருக்கான காப்புறுதித் தொகை	
8) Original amount of Loan அசல் கடன் தொகை	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan கடனுக்காக மாஸ்டர் பாலிசிதாரரால் மீட்கப்பட்ட தொகை விவரங்கள்	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member உறுப்பினர் இறந்த நாளன்று நிலுவையில் உள்ள கடன்தொகை	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) எஞ்சிய உரிமைக்கோரிக்கைத் தொகை (நியமனதாரருக்கு அளிக்கத்தக்க தொகை)	

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.

காலஞ்சென்ற _____, மேலே குறிப்பிடப்பட்ட குழு பாலிசியின் ஒரு உறுப்பினராக இருந்தார். அவருடைய இறப்புச் சான்றிதழ் இதனுடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எல்லாத் தகவல்களும் விவரங்களும் எல்லா வழிகளிலும் உண்மையானவை, சரியானவை, முழுமையானவை என நாங்கள் உறுதியளிக்கிறோம். எந்த ஒரு காரணத்திற்காகவும் எந்த ஒரு சமயத்திலும் எங்களுடைய கணக்கில் வரவு வைக்கப்பட்ட எந்த ஒரு கூடுதல் தொகையையும் அல்லது எங்களுக்கு உரியதல்லாத எந்த ஒரு தொகையையும் திருப்பிச் செலுத்த நாங்கள் உறுதியளிக்கிறோம்.

Verified & Recommended by

Group Policy Holder Name [Company Seal]

சரிபார்த்து பரிந்துரைத்தவர்

குழுப் பாலிசிதாரரின் பெயர் [நிறுவனத்தின் முத்திரை]

Name:

Signature of the official

பெயர்:

அலுவலரின் கையொப்பம்

Date:

தேதி:

Documents required:

தேவையான ஆவணங்கள்:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
உள்ளூர் அதிகாரியால் வழங்கப்பட்ட சரியான இறப்புச் சான்றிதழின் நகல்
- Current Address Proof of the Nominee
நாமினியின் தற்போதைய முகவரி சான்று
- Photo Identity Proof of the Nominee
நாமினியின் புகைப்பட அடையாளச் சான்று
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை / வங்கி கணக்குப் புத்தகத்தின் நகல்

- 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
விபத்து காரணமாக மரணம் ஏற்பட்டால், கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள ஆவணங்களில் ஏதேனும் ஒன்றை மரணச் சான்றுடன் சமர்ப்பிக்க வேண்டும்: இறுதி போலீஸ் புலன் விசாரணை அறிக்கை, விசாரணை அறிக்கை அல்லது பஞ்சநாமா மற்றும் பிரேத பரிசோதனை அறிக்கையின் நகல்
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
இரங்கல் செய்தி/செய்தித்தாள் துண்டு (கிடைத்தால்)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
உள்ளூறுப்பு / இரசாயன பகுப்பாய்வு அறிக்கை (பொருந்தினால்)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
நியமனம் பெற்றவர் இல்லாத பட்சத்தில் சட்டப்பூர்வ வாரிசு/வழிமுறை உரிமை சான்றிதழ்
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
இறந்த தேதியின் நிலுவையில் உள்ள கடன் அறிக்கை மற்றும் வங்கியின் தரப்படுத்தப்பட்ட வடிவத்தில் கடன் கணக்கு அறிக்கை
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
முன்மொழிவு கட்டத்தில் (பழைய கொள்கைகள்) ஆயுள் காப்பீட்டாளரிடமிருந்து அங்கீகாரம் பெறப்படாவிட்டால், தரப்படுத்தப்பட்ட வடிவத்தில் பரிந்துரைக்கப்பட்ட அறிவிப்பின் அறிக்கை
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
இறந்தவரின் உறுப்பினர் மற்றும் அவரது மரணத்தை உறுதிப்படுத்தும் சம்பந்தப்பட்ட சமூகத் துறை குழுவின் முகாந்திரக் கடிதம்.
- Certificate of Insurance
காப்பீட்டு சான்றிதழ்
- Age proof of the Insured
காப்பீடு செய்தவரின் வயதுச் சான்று