

Claim Form for Credit Life Claim
క్రెడిట్ లైఫ్ క్లెయిమ్ కోసం క్లెయిమ్ ఫారమ్

The Claim form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy క్లెయిమ్ ఫారమ్ తప్పనిసరిగా పాలసీ కింద హక్కుదారు/లబ్బిదారుని నియామకం/చట్టబద్ధంగా అర్హులైన వ్యక్తి ద్వారా పూరించాలి

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only ఫారం ఒక రంగులో ఒక వ్యక్తి ఒకే రంగులో నింపాలి.

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below దావాను ప్రాసెస్ చేయడానికి క్రింద ఉన్న పేజీలో పేర్కొన్న అవసరమైన అన్ని పత్రాలు "క్లెయిమ్ ఎంటిటీ" కు పంపించబడతాయి

All supporting documents to be self - attested by nominee అన్ని మద్దతు పత్రాలు ప్రతినిధిచే ధృవీకరించబడింది

Photograph of Claimant
హక్కుదారు యొక్క ఫోటో

Documents to be Submitted
సమర్పించవలసిన పత్రాలు

Mandatory Documents తప్పనిసరి పత్రాలు	Additional documents* to be submitted సమర్పించవలసిన* అదనపు పత్రాలు
<ol style="list-style-type: none"> Copy of valid death certificate issued by local authority స్థానిక అధికారం జారీ చేసిన చెల్లుబాటు అయ్యే మరణ ధృవీకరణ పత్రం కాపీ Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format డాక్టర్ సర్టిఫికేట్ (కుటుంబ వైద్యుడు లేదా చికిత్స అందించే వైద్యుడి నుండి) ప్రామాణికరచబడిన PNB మెట్ లైఫ్ ఫార్మాట్ లో Current address proof of the nominee నామినీ యొక్క ప్రస్తుత చిరునామా రుజువు Photo identity proof of the nominee నామినీ యొక్క ఫోటో గుర్తింపు రుజువు PAN Card/ Form 60 of the nominee నామినీ పాన్ కార్డు/ ఫారం 60 Cancelled cheque/ Copy of bank passbook బ్యాంకు పాస్ బుక్ కాపీ / రద్దు చేయబడిన చెక్కు Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH జ్ఞాపకం/గ్రాంట్ వద్ద స్వీకరించిన క్లెయిమ్ కు సంబంధించి పార్టీ ద్వారా క్లెయిమ్ సమాచారం అందించిన సందర్భంలో క్లెయిమ్ దారు నుండి అధికార పత్రం Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee నామినీ లేని పక్షంలో చట్టపరమైన వారసుడు/వారసుత్వ ధృవీకరణ పత్రం Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official బ్యాంక్ అధికారి ధృవీకరించిన బ్యాంక్ నుండి మరణించిన తేదీన ఋణాల ప్రకటన Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (old policies) ప్రపోజర్ దశలో (పాత పాలసీలు) బీమాదారుని నుండి అధికారం పొందని సందర్భంలో ప్రామాణిక ఫార్మాట్ లో నామినీ డిక్లరేషన్ స్టేట్ మెంట్ 	<p>Natural death/ death due to illness సహజ మరణం / అనారోగ్యం కారణంగా మరణం</p> <ol style="list-style-type: none"> Complete Medical records (Admission notes & Discharge / Death summary & Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death మరణించే ముందు కాలానికి ముందు తీసుకున్న చికిత్స (అడ్మిషన్ నోట్స్ & డిస్చార్జ్ / మరణ సారాంశం & టెస్ట్ / పరిశోధన నివేదికలు మొదలైనవి) గురించి మెడికల్ రికార్డులు <p>Accidental Death అకస్మిక మరణం</p> <ol style="list-style-type: none"> Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ఎఫ్ ఐ ఆర్, పంచనామా, విచారణ నివేదిక, శవపరీక్ష నివేదిక Obituary/ Newspaper cutting (if available) సంస్మరణ / వారపత్రిక కటింగ్ (అందుబాటులో ఉంటే) Viscera / Chemical analysis report (if applicable) అశయముల / రసాయన విశ్లేషణ నివేదిక (వర్తించినట్లు) Final police investigation report అంతిమ పోలీసు దర్యాప్తు నివేదిక <p>Note:- గమనిక:-</p> <ul style="list-style-type: none"> Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request అభ్యర్థనతో పాటు ఆధార్ కార్డ్ KYC ఋజువుగా సమర్పించబడితే, దయచేసి ఆధార్ నంబర్ లోని మొదటి 8 అంకెలను మాస్క్ చేయండి *PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents / evidences apart from the given below, if required. *PNB మెట్ లైఫ్ క్రింద పేర్కొన్న వివేచనా అదనపు డాక్యుమెంట్ లకు / సాక్ష్యాలకు సంబంధించిన పత్రాల గురించి అదగినానికి హక్కు కలిగి ఉంది, అవసరమైతే.

1. POLICY NUMBER/S _____
పాలసీ నంబరు/లు _____
(Please mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co. Ltd)
(దయచేసి PNB మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ వద్ద గల అన్ని పాలసీ నంబర్లను పేర్కొనండి)

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP
మరణ దావా గుర్తింపు చీటీ

PNB MetLife Insurance Co. Ltd _____
పి ఎస్ బి మెట్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కో. లిమిటెడ్
Name of claimant _____
దావాదారుని పేరు
Branch name & code _____
బ్రాంచి పేరు మరియు కోడ్
Date: _____ Employee name & Code _____
తేదీ: _____ ఉద్యోగి పేరు మరియు కోడ్

Company Seal & Stamp with Date and time
పేలు మధ్య స్థాంపు, తేదీ మరియు సమయంతో

- Documents Submitted: పత్రాలు సమర్పించబడినవి:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof
దావాదారుని ఫోటో గుర్తింపు ఋజువు | <input type="checkbox"/> Claimant's Current address Proof
దావాదారుని ప్రస్తుత చిరునామా ఋజువు |
| <input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook
రద్దు చేయబడిన చెక్కు/బ్యాంక్ పాస్ బుక్ కాపీ | <input type="checkbox"/> Copy of death certificate issue by local authority
స్థానిక అధికారం జారీ చేసిన మరణ ధృవీకరణ నకలు |
| <input type="checkbox"/> Medical Documents (if any)
వైద్య పత్రాలు (ఏవైనా ఉంటే) | <input type="checkbox"/> Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)
డాక్టర్ యొక్క సర్టిఫికేట్ (కుటుంబ వైద్యుని నుండి లేదా చికిత్స చేయుచున్న వైద్యుని నుండి) |
| <input type="checkbox"/> Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party
దావాదారుని నుండి అధికార లేఖ మరియు దావా సమాచారం మూడవ పక్షం నుండి అందుకోబడి ఉంటే, ఆ వ్యక్తి యొక్క వెబ్ క్యాం ఫోటో | |
| <input type="checkbox"/> Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official
బ్యాంక్ అధికారి ద్వారా ధృవీకరించబడిన ప్రస్తుత తేదీ వరకు బ్యాంక్ నుండి లోన్ బకాయి స్టేట్ మెంట్ | |
| <input type="checkbox"/> Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
నామినీ లేని పక్షంలో చట్టపరమైన వారసుడు/వారసుత్వ ధృవీకరణ పత్రం | <input type="checkbox"/> PAN Card/ Form 60 of the nominee
నామినీ పాన్ కార్డు/ఫారం 60 |

This acknowledgement slip should not be constructed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.
ఈ గుర్తింపు చీటీని దావా అంగీకారంగా పరిగణించకూడదు. దావా ప్రాసెసింగ్ పై నిర్ణయించడానికి అదనపు పత్రాలు, సమాచారం మరియు ఏవైనా అవసరమైనవి పొందడానికి కంపెనీకి హక్కులు ఉన్నాయి.

2. CLAIMANT DETAILS**ಕೈಯಿಮೆಂಟ್ ವಿವರాలు**

Name: _____ Date of Birth:

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

 Gender: Male Female
 ಪೆರು: _____ ಪುಟ್ಟಿನ ತೆದಿ: _____ ಲಿಂಗ: ಮಗ ಮಹಿಳೆ
 Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____
 ಕೆವಿಲ ಶಿಮಾ ಕೆಸಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಲೆ ಸಂಬಂಧ: _____ ಮುಖಲೆ / ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ನಂಬರು: _____
 Nationality: Indian Non-Resident Indian Foreign National If a Non-Resident Indian or Foreign National, please mention the country you reside in _____
 ಜಾತಿಯತ: ಭಾರತಿಯುಡು ಪ್ರವಾಸ ಭಾರತಿಯುಡು ವಿದೇಶಿ ಜಾತಿಯುಡು ಪ್ರವಾಸ ಭಾರತಿಯುಡು ಲೆದಾ ವಿದೇಶಿ ಜಾತಿಯುಡು ಅಯಿತೆ, ದಯಕೆಸಿ ಮೀರು ನಿವೆಸಿಸ್ತುನ್ಯ ದೆಶಾನ್ವಿ ಪೆರ್ರೊನಂಡಿ _____
 Current Address: _____
 ಪ್ರಸ್ತುತೆ ದಿರುನಾಮಾ: _____
 Email ID: _____ PAN No./Form 60: _____
 ಇಮೆಯಿಲೆ ಐಡಿ: _____ ಪಾನ್ ನಂ. / ಫಾರಂ 60: _____
 *Aadhaar number:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

 *Only last 4 digits to be mentioned.
 *ಆಡಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ *ದಿವರಿ 4 ಅಂಕಲು ಮಾತ್ರಮೆ ತೆಲಪಾಲಿ.
 Preferred mode of Communication Email Letter (if email is selected, no physical letters will be sent)
 ಇಷ್ಟಪಡೆ ಕಮ್ಯುನಿಕೇಷನ್ ಮೊಡೆ ಇಮೆಯಿಲೆ ಲೆಟರ್ (ಇಮೆಯಿಲೆ ಂಪೆಕೆ ಕೆಯಬಡೆತೆ, ಜೌತಿಕ ಲೆಟರ್ಲು ಪಂಪಬಡವು)

3. BANKING DETAILS**ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ವಿವರాలు**

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____
 ಬ್ಯಾಂಕು ಖಾತಾ ನಂ: _____ ಖಾತಾಡಾರುನಿ ಪೆರು: _____
 Bank Name: _____ Branch Name: _____ State: _____ PIN Code: _____ Account Type: Saving Current NRO NRI _____
 ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪೆರು: _____ ಬ್ರಾಂಚ್ ಪೆರು: _____ ರಾಷ್ಟ್ರಂ: _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____ ಖಾತಾ ರಕಂ: ಪೌದುಪು ಪ್ರಸ್ತುತ ಎನ್ ಆರ್ ಓ ಎನ್ ಆರ್ ಐ _____
 MICR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 IFSC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ಎಐಸಿಆರ್: _____ ಐ ಎಫ್ ಎನ್ ಸಿ: _____

4. LIFE INSURED DETAILS**ಕೆವಿಲ ಶಿಮಾ ವಿವರాలు**

Name of the life insured: _____ Date of Death:

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

 ಶಿಮಾ ಸಭ್ಯನಿ ಯುಕ್ತು ಪೆರು: _____ ಮರಣಂ ಯುಕ್ತು ತೆದಿ: _____
 Time of Death: AM/PM

H	H
---	---

M	M
---	---

 Place of Death: Home Hospital Office Others (please Specify Others / Hospital name)
 ಮರಣಂ ಯುಕ್ತು ಸಮಯಂ: ಎಎಂ/ ಪಿಎಂ ಮರಣ ಸ್ಥಲಂ: ಇಲ್ಲು ಆಸುಪತ್ತಿ ಆಪಿಸು ಇತರಮುಲು (ದಯಕೆಸಿ ಪೆರ್ರೊನಂಡಿ) _____
 Cause of Death: Accident Murder Suicide COVID 19 Natural Calamity Heart Disease Kidney disease Liver Disease Cancer Others (please specify)
 ಮರಣಾನಿಕೆ ಕಾರಣಂ: ಪ್ರಮಾದಮು ಪಾತ್ಯ ಆತ್ಮಪಾತ್ಯ ಕೋವಿಡ್ 19 ಪ್ರಕೃತಿ ವೈವರತ್ಯಂ ಗುಂಡೆ ಜಬ್ಬು ಕೆಡ್ನಿ ವ್ಯಾಧಿ ಕಾಲೆಯ ವ್ಯಾಧಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇತರಮುಲು (ದಯಕೆಸಿ ಪೆರ್ರೊನಂಡಿ)

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS**ಅನಾರೋಗ್ಯಂ ಯುಕ್ತು ಸ್ವಭಾವಂ ಮರಿಯು ಅಲವಾಟು**Date of Diagnosis
ನಿರ್ದಾರಣ ತೆದಿ

<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Heart <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Others (please specify) _____ <input type="checkbox"/> ರಕ್ತಪೊಟು <input type="checkbox"/> ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ <input type="checkbox"/> ಆಸ್ತಮಾ <input type="checkbox"/> ತುಬರ್ಕುಲಿಸಿ <input type="checkbox"/> ಗುಂಡೆ <input type="checkbox"/> ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ <input type="checkbox"/> ಇತರಮುಲು (ದಯಕೆಸಿ ಪೆರ್ರೊನಂಡಿ) _____	
<input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tobacco <input type="checkbox"/> Drugs- if yes, duration of consumption _____ Quantity consumed _____ (Per-Day/Week/Month). <input type="checkbox"/> ಡುಮಪಾನಂ <input type="checkbox"/> ಮದ್ಯಂ <input type="checkbox"/> ಪೊಗಾಕು <input type="checkbox"/> ಡ್ರಗ್ಸ್-ಅವುನು ಅಯಿತೆ, ವಿನಿಯಾಗ ವ್ಯವಧಿ _____ ಪರಿಮಾಣಂ ಪೆವಿಂಚಿನದಿ _____ (ರೊಜ್/ವಾರಂ/ನಲಕು).	

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS**ಯಜಮಾನಿ /ವ್ಯಾಪಾರಂ/ ವೃತ್ತಿ ವಿವರాలు**

Last Employer's name/Business/Occupation: _____
 ದಿವರಿ ಯಜಮಾನಿ ಪೆರು/ವ್ಯಾಪಾರಂ/ವೃತ್ತಿ: _____
 Nature of work/designation: _____
 ಪನಿ/ಪೊಡಾ ಸ್ವಭಾವಂ: _____
 Employment/Business/Occupation Address: _____
 ಒಡ್ವೆಗಂ/ವ್ಯಾಪಾರಂ/ವೃತ್ತಿ ದಿರುನಾಮಾ: _____
 State: _____ PIN Code: _____ Mobile / Landline number: _____
 ರಾಷ್ಟ್ರಂ: _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____ ಮುಖಲೆ/ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ನಂಬರು: _____

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
 ಪಿಎನಿಲಿ ಮೆಟಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
 ನಮಾಧಿಲೆ ಕಾರ್ಯಾಲಯಂ: ಯುನಿಟ್ ನಂ. 701, 702 & 703, 7ನ ಅಂಕಸ್ತು, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್, ರಾಹೇಜಾ ಟವರ್, 26/27 ಎಮ್ ಜಿ ರೋಡ್, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ, ಭಾರತ ಶಿಮಾ ನಿರ್ಧಾರಣೆ ಮರಿಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಂಸ್ಥೆ ನಮಾಡು ಸಂಖ್ಯೆ 117,
 CI No. U66010KA2001PLC028883, ಮಾಕು ಕಾಲೆ ಕೆಯವಲಸಿನ ಲೆಲೆ-ಫ್ರಿ ನಂಬರ್ 1-800-425-6969, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: <http://www.pnbmetlife.com>, ಇಮೆಯಿಲೆ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಲೆದಾ ಮಾತೆ ಒಡ್ವೆಗಂ ಪ್ರತ್ಯುಕ್ತರಾಲು
 ಕೆಯವಲಸಿನ ದಿರುನಾಮಾ: 1ನ ಅಂಕಸ್ತು,
 ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್-1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ಪಡಮಂ), ಮುಂಬೈ - 400062, ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

7. NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL/DOCTORS/HOSPITAL WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH

మరణించడానికిముందు చివరి 5 సంవత్సరాలలో బీమా సభ్యుడు చికిత్స తీసుకున్న ఆసుపత్రి పేరు, చిరునామా, మరియు చిరునామాలు మరియు అన్ని వైద్యుల మరియు ఆసుపత్రి యొక్క సంప్రదింపు వివరాలు

Name of Doctor/ Hospital వైద్యుడు/ఆసుపత్రి పేరు	Address and Contact Details చిరునామా మరియు సంప్రదింపు వివరాలు	Disease /Condition Treated For వ్యాధి/చికిత్స కోసం పరిస్థితి	Treatment Dates (From- To) చికిత్స తేదీలు (నుండి-వరకు)

8. DETAILS OF OTHER INSURANCE/MEDICLAIM POLICIES/POLICIES FROM EMPLOYER OF THE LIFE INSURED

బీమా చేయబడిన జీవిత యజమాని నుండి ఇతర బీమా/మెడిక్లెయిమ్ పాలసీలు/పాలసీల వివరాలు

Name of Life Insurance Company లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ పేరు	PNB MetLife Insurance Co. Ltd పి ఎన్ బి మెట్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కో. లిమిటెడ్	Policy Commencement Date పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	Coverage Amount (Rs.) ప్రమాద పరిమితి మొత్తం (రూ.)	Claim Submitted సమర్పించిన దావా

Declaration and Authorization

ప్రకటన మరియు అధికారపత్రం

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.

పైన పేర్కొన్న అన్ని ప్రకటనలూ నిజమైనవి మరియు పూర్తియైనవి మరియు నావైపు నుండి ఏమీ దాచిపెట్టలేదని నేను ప్రకటిస్తున్నాను. దావా సమకూర్చడంలో పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ బాధ్యత వహించలేదు లేదా పాలసీ క్రింద దాని హక్కులను ఏదీ రద్దు చేయలేదు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

I/We hereby authorized the physician/Doctors or hospitals, medical centers, who as attended upon or examine or treated 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 or other details which he/they may have acquire whether before and after the policy was issued by PNB MetLife. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original. Since the said coverage was procured by Late _____ for the purpose of securing outstanding under a load availed by him/her from _____ Bank/GPH, I request you to pay Rs. _____ to Bank/GPH towards the load outstanding as on the date of death. Any balance after payment of the outstanding may be paid in my name.

నేను /మేము ఇందుకోసం మరణించిన వ్యక్తి / బీమా చేసినట్లుగా లేదా పరిశీలించిన లేదా చికిత్స చేసిన వైద్యుడు / వైద్యులు లేదా ఆస్పత్రులు, వైద్య కేంద్రాలు మరణించిన వ్యక్తి / బీమా, ప్రస్తుత/గత యజమానులు లేదా జీవిత బీమా యొక్క వ్యాపార భాగస్వాములు, జన్మ మరియు మరణ రిజిస్ట్రార్, రోగనిర్ధారణ కేంద్రాలకు పాలసీలను జారీ చేసిన ఏదైనా బీమా లేదా అనారోగ్యం లేదా ఇతర ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ కోసం వ్యక్తిగత/అధికారిక / బీమా సంబంధిత ఆరోగ్య పరీక్షలు లేదా ఇతర వివరాల గురించి ఏదైనా పరిష్కారము లేదా సమాచారం లేదా పత్రాలను బహిష్కరణ లేదా పండుకునేందుకు వైద్య పరీక్షలు. అతడు/వారు పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ద్వారా పాలసీ జారీ చేయబడక ముందు మరియు తరువాత వాటిని జరపడానికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. దీని ఫోటో కాపీ అధికార పత్రం వాస్తవంగా సమర్థవంతంగా మరియు మౌనికముగా పరిగణించబడుతుంది. ప్రమాద పరిమితి చనిపోయిన వ్యక్తి ద్వారా ఆర్జించినది కాబట్టి _____ ప్రయోజనం కోసం అతను/ఆమె తీసుకున్న లోన్ కింద వసూలు కాని డబ్బు పొందుటకు _____ బ్యాంక్ / జి.పి.హెచ్. నేను మిమ్మల్ని చెల్లించమని కోరుకుంటున్నాను. రూ. _____ లోన్ కింద బ్యాంక్ / జి.పి.హెచ్ కు మరణం నాటికి వసూలు కాని డబ్బు, వసూలు కాని డబ్బు చెల్లింపు తర్వాత ఏదైనా శేషం ఉంటే నా పేరులో చెల్లించబడుతుంది.

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/organisation/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.

నేను/మేము పి.ఎన్.బి మెట్ లైఫ్ సేవలందించిన లేదా తన దగ్గర ఉన్న నా / మా వ్యక్తిగత మరియు సున్నితమైన సమాచారాన్ని (ఈ నివేదిక లో ఉన్నది లేదా పొందనిది) ఏ వ్యక్తి కె.పై.సె పత్రము సంబంధించి లేదా అనుబంధంగా లేదా నిమగ్నమైనది వాడుకకు మరియు బహిరంగపరచడానికి సంస్థ/వ్యక్తికి పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఈ పునర్నివేషణలను ప్రాసెస్ చేయడం మరియు /లేదా తదుపరి సేవలను అందించడం కోసం ఇన్వెస్టర్లను, పరిశోధనాత్మక ఏజెన్సీలు, విశ్లేషణ మరియు పరిశ్రమ సంఘాలు / సమాఖ్యలు వంటివి కలుపుకోవడానికి అనుమతించుచున్నాము మరియు అంగీకరిస్తున్నాము.

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

అసలైన పాలసీ బాండ్ మరియు పత్రానికి బదులుగా క్లెయిమెంట్ యొక్క నష్టపరిహారం / వాళ్ళులము / వారంటీ మరియు ప్రాతినిధ్యాలు

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.

అసలు పాలసీ ఒప్పందం తాకట్టు పెట్టడం, తనఖా పెట్టడం, కేటాయింపు లేదా దానిపై ఏదైనా ప్రతికూల తాత్కాలిక హక్కు, యాజమాన్యత్వం, దానిపై ఆసక్తిని పాలసీదారు లేదా చట్టపరమైన వారసుల ద్వారా సృష్టించడం జరగలేదని నేను తీరుగులేని విధంగా గుర్తించాను. ప్రాతినిధ్యం వహిస్తాను మరియు వాళ్ళులం ఇస్తున్నాను, మరియు కంపెనీ నుండి పాలసీ క్రింద క్లెయిమ్ యొక్క పూర్తి మరియు చివరి చెల్లింపు యొక్క పూర్తి నిష్పలమైన పత్రం అందుకున్న తరువాత దానిని నాశనం చేస్తానని వాళ్ళులం ఇస్తున్నాను. అన్ని నష్టాలకు ప్రతిగా కంపెనీకి నా ద్వారా నష్టపరిహారాన్ని అందించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను, అసలు పాలసీ ఒప్పందం యొక్క పంపిణీ లేదా ఇక్కడ ప్రాతినిధ్యాలు / వారంటీలకు సంబంధించి ఏదైనా నుండి ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా క్లెయిములు. పాలసీదారుడు / బీమాదారుని యొక్క నామినీ, చట్టపరమైన వారసుడు లేదా వారసుడు నాకు చెల్లింపు చేసిన తరువాత ఈ పాలసీ / అనగా ఉత్పన్నమయ్యే అన్ని బాధ్యతల నుండి నిశ్చయంగా విడుదల చేయబడాలని కంపెనీతో నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను.

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.

నా ద్వారా జరిగిన ఏదైనా తప్పు, తప్పుడు, లేదా తప్పుదేవ పట్టించే లేదా లోటు సమాచారం, నాపై మరియు నా ఆస్తులపై సేవల మరియు క్రిమినల్ బాధ్యత కాకుండా, క్లెయిమ్ యొక్క తిరస్కరణకు దారితీస్తుందని లేదా ఖర్చు మరియు పరిహారంతో క్లెయిమ్ ఆదాయాన్ని తిరిగి చెల్లించవలసి వస్తుందని నేను గుర్తిస్తున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను,

Signature/ Left Thumb impression of Claimant/ Nominee _____ Date: _____

హక్కుదారుని యొక్క సంతకం/ఎడమ బొటనవేలు ముద్ర/ నామినీ _____ తేదీ: _____

Declaration by the person filling in the Claim form. (in case the Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

దావా ఫారం ను నింపుతున్న వ్యక్తి యొక్క ప్రకటన. (దావా ఫారం, దరఖాస్తు ఫారం నింపబడిన భాష కాకుండా వేరే భాషలో నింపబడి ఉంటే/సంతకం చేయబడి ఉంటే)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant

ఈ దావా ఫారంలోని విషయాలను దావాదారునికి అతనికి/ఆమెకు అర్థమయ్యే భాషలో, నేను పూర్తిగా వివరించానని ఇందుమూలముగా ప్రకటిస్తున్నాను. వాటిని అతను/ఆమె పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నారు మరియు దావాదారు అందించిన సమాచారం ప్రకారంగా జవాబులు రికార్డు చేయబడ్డాయి మరియు ఆ జవాబులను బిగ్గరగా చదివి వినిపించడం, మరియు అవి దావాదారుని ద్వారా పూర్తిగా అర్థం చేసుకోబడి ధృవీకరించబడ్డాయి.

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

ఈ ఫారం మరియు పత్రంలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడినవి మరియు ప్రతిపాదిత దావా కోరకు ఇక్కడ పొందుపరచిన విషయాలను మరియు వాటి ప్రాధాన్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను

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

పిఎన్బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
సమాధి కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియ్య మరియు అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117,
CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: <http://www.pnbmetlife.com>, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు,
టిక్నీప్లెక్స్-1, టిక్నీప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

Name of Witness/Declarant: _____ Signature of Witness/Declarant: _____
 సాక్షి పేరు/ డిక్లరేంట్: _____ సాక్షి సంతకం/ డిక్లరేంట్: _____
 Address of Witness/Declarant: _____
 సాక్షి చిరునామా/డిక్లరేంట్: _____
 Contact number of Witness/Declarant: _____ Claimant relation with Witness/Declarant: _____
 సాక్షి/డిక్లరేంట్ యొక్క సంప్రదింపు నంబర్: _____ సాక్షి/డిక్లరేంట్తో హక్కుదారు సంబంధం: _____
 Date: _____ Place: _____
 తేదీ: _____ స్థలం: _____

Terms and Conditions:

నిబంధనలు మరియు షరతులు:

- 1) The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be constructed 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.
 అవసరమైన తప్పనిసరి పత్రాలతో పాటు పూరించిన దావా ఫారం యొక్క సమర్పణ, పాలసీ కింద మా కంపెనీ అర్హతకు అనుమతిగా భావించకూడదు. ఎవరైనా ఏజెంట్ / మధ్యవర్తికి కంపెనీ తరపున ఎటువంటి అర్హతలను అనుమతించడానికి అధికారం లేదు.
- 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.
 దిగువ ఇచ్చిన అవసరమైన తప్పనిసరి పత్రాలతో పాటు ఈ ఫారం యొక్క శీఘ్ర సమర్పణ, మీ దావాను వేగంగా ప్రాసెస్ చేయడానికి మాకు సహాయపడుతుంది. పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ అసంపూర్తి దావా ఫారం మరియు / లేదా తప్పనిసరి పత్రాలు సమర్పణ చేయని పక్షములో ఖాతా దావా ప్రాసెస్ లో కలుగు అలస్యమునకు బాధ్యత వహించదు.

For Office Use Only

కార్యాలయ వినియోగం కొరకు మాత్రమే

Branch to Affix the date and time stamp here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate
 దస్తావేజుకు తేదీ మరియు సమయము ఇక్కడ బ్రాంచ్ సర్వీస్ అసోసియేట్ యొక్క సంతకంతో OSV /ASV యొక్క వివరాలతో స్టాంప్ చేయండి

Policy No.: _____

పాలసీ సంఖ్య: _____

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

HO, ఇక్కడ తేదీ ముద్రను అనుకరించడానికి వాదిస్తుంది.

(సమయం, నేరుగా అందుకుంటే)

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

పిఎన్బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

నమోదిత కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియ్యమరియు అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117,
 CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: <http://www.pnbmetlife.com>, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు

చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు,

టిక్నిప్లెక్స్-1, టిక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర్ సావర్కర్ ఫ్లైవేర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

Credit Account Statement Form
(Below points should be mandatorily filled by the Bank official)

క్రెడిట్ ఖాతా స్టేట్మెంట్ ఫారం
(క్రింద పాయింట్లు బ్యాంక్ అధికారి తప్పనిసరిగా నింపాలి)

S No. వరుస నం.	Particulars వివరములు	Filled by GPH జి పి హెచ్ ద్వారా నింపబడినది
1	Name of the Group Master Policy Holder గ్రూప్ మాస్టర్ పాలసీ హక్కుదారు యొక్క పేరు	
2	Group Master Policy Number గ్రూప్ మాస్టర్ పాలసీ నంబరు	
3	Name of Insured Member బీమా సభ్యుని పేరు	
4	Loan Account Number ఋణ ఖాతా సంఖ్య	
5	Loan Disbursement Date ఋణ పంపిణీ తేదీ	
6	Risk-commencement Date ప్రమాదం-ప్రారంభ తేదీ	
7	Sum Assured హామీ ఇవ్వబడిన మొత్తం	
8	Original amount of Loan అసలు ఋణం మొత్తం	
9	Outstanding Loan balance amount as on the date of death మరణించిన తేదీన వసూలు కాని ఋణం మొత్తము	
10	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) మిగిలిన దావా మొత్తము (మరణం యొక్క తేదీన హామీ ఇవ్వబడిన మొత్తం మరియు వసూలు కాని ఋణం మొత్తము వ్యత్యాసం)	
11	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) ఋణాలపై మాస్టర్ పాలసీ హక్కుదారు చేసిన రికవరీల వివరాలు (ఋణ ఖాతాలో డెబిట్ మరియు క్రెడిట్ ఎంట్రీలు)	

We hereby declare that the above-mentioned information's are verified for accuracy.

పైన పేర్కొన్న సమాచారం ఖచ్చితత్వానికి ధృవీకరించబడిందని మేము ప్రకటిస్తున్నాము.

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

బ్యాంక్ అధికారి యొక్క స్టాంపు, తేదీ మరియు సంతకం

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

పెన్షన్ మరియు ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
నమోదిత కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియంత్రిక సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117,
CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: <http://www.pnbmetlife.com>, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు
చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు,

టిక్నప్లెక్స్-1, టిక్నప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203