

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

انفرادی موت کے دعوے کا فارم

For Official Use Only / _ برانچ کا نام:/ Branch Name _ بے کا نام:/ Employee Name م کا کوڈ : / Employee Code	ة:/ Branch Code ملاز 		LAG. COM		Photograph of Claimant مدعی کی تصویر				
Date: D D M M idustrial Distriction idust	Time: □ On or Before 3PM وقت: □ 3 بجے سہ پہر یا اس سے قبل		I After 3PM □ 3 بجے سہ پہر کے ب						
		MENTS TO BE SUE سے جانسے والسے دستاویز							
	Mandatory Documents	Additional docum	ents* to be submitt	ed					
Copy of valid death ce	لازمی دستاویزات ertificate issued by local authority		جمع کروانے ہیں <u>ral death/ death due to illness</u>	اضآفی دستاویزات* جو					
standardized PNB Me	ٹیفکیٹ (خاندانی معالج یا علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے) ترج	y in the 1. Co in ت کا ڈاکٹر کا سر	<u>توم ےس بجو یک بر امیب/توم یعیط</u> 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 ماضی کے کسی بھی علاج یا وفات کے وقت کا مکمل طبی ریکارڈ (داخلا کے نوٹ اور خروج / وفات کا						
3. Current address proof		Accio	lental Death	ِرِيْس و غير مـ)	خلاصہ اور ٹیسٹ / تحقیق کی رپو				
4. PAN Card or Form 60 c	چودہ پِنَہ کا ثبُوت f the nominee ں کا بین کار ڈ یا فارم 60	1. Co	<u>حادثاتی موت</u> 1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report						
5. Photo identity proof o	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	2. OI	ئی حابیاں Dituary/ Newspaper cutting (if availab بر حوم کی سوانح عمری کا بیان ہو)	le)	ایف آئی آر، پنچنامہ، تفتیشی رپور				
6. Cancelled cheque / Co	5. 2 5.5	3. Vi	scera / Chemical analysis report (if ap	plicable)	(اگر دستیاب ہو تو) انترایوں سے م				
third party for claims	rom the claimant in case the claim intimation is received received at the branch/GPH	through 4. Fi	nal police investigation report		پولیس کی حتمی تحقیقاتی رپورٹ				
8. Legal heir/Succession	ی ایچ میں موصول ہونے والے دعووں کے لیے نیسرے فریق کے ذریہ مورت میں دعویدار کی طرف سے اجازت نامہ certificate in case of absence of nominee کی عدم موجودگی کی صورت میں قانونی وارٹ/جانشینی کا سرٹیفکیٹ								
Note: - Please mask first proof with the request	8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted	d as KYC							
	درخواست کے ساتھ KYC کے ثبوت کے طور پر آدھار کارڈ جمع کیا۔ ہندسوں کو ڈھانپ دیں	کے پہلے 8							
*PNB MetLife reserves the	right to call for any additional documents /evidences apar ا ہے۔		elow, if required. علاوه کسی بهی اضافی دستاویز ات/ثبوت مانگذ	میٹلائف مندر جہ نیل کے :	*اگر ضرورت پڑے تو، پی این ہی				
*SECTION A - POLICY DET	AILS				*سیکشن ۸- پالیسی کی تفصیلات				
Policy Number(s):					پالیسی نمبر:				
پوسی سبر۔ (Please Mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co.Ltd) (براہ کرم پی این بی میٹ لائف انڈیا انشور نس کمپنی لمیٹیڈ کے تمام پالیسی نمبرز درج کریں)									
*SECTION B - DETAILS OF	LIFE ASSURED (LA)			سيلات	*سیکشن B- بیمه کرده فرد کی تفت				
Name of Life Assured: بیمہ کردہ فر د کا نام: Father's Name: و الد کا نام:			M I D D L E	L A S T					
Date of Death: تاریخ وفات:	D D M M Y Y Y								
Place of Death: جائے وفات:	ربائش گاه کلینک* اسپتال*	دفتر	Other (Please specify)		دیگر (براه کرم واضح کریں)				
Family Doctor:	*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/		کلینک کا نام در ج کریں	ئیا ہو، تو براہ کرم اسپتال/	*اگر اسپتال/کلینک کو منتخب کیا د				
: Fallilly Doctor خاندانی ڈاکٹر	Registration No.:	Contact No.:	PAN No./ Fo	orm 60:	نام:				
Last treated/attended	/ فارم 60: Name:	پی اے این نمبر/	ر ابطُہ نمبر:		رجسٹریشن نمبر:				
Doctor: آخری مرتبہ علاج کیا/دیکھا:	Registration No.:C	Contact No.:			نام: رجسٹریشن نمبر :				
Last Employer details (If	applicable):		رابطہ نمبر:		رجستریسن نمبر: آخری آجر کی تفصیلات (اگر قابل				
			lask was discassing a few affilia	(3	اخری اجر کی تفصیات (احر قابن				
Name of the Company: _	Name of contact persons	on:	Last working day of Li	re Assurea:	D M M Y Y Y Y				
:	Name of contact perso بیمہ کردہ فر د کی ملازمت کا آخری دن nation:	on: س کا نام:	د Last working day of Li رابطہ کار شخص		کمپنی د نام:				
:	بیمہ کردہ فر د کی ملاز مت کا آخری دن gnation:	ں کا نام:	Last working day of Li رابطہ کار شخص ا Medical (If Medical, pls. specify the	illness)	کمپنی دانم: ملازمت کی نوعیت اور عبده: میڈیکل (اگر میڈیکل، براہ مہربانی				

	F THE INSURED	ی کی نوعیت اور بیمہ کردہ فرد کی عادت	Date of diagnosis of illness بیماری تشخیص کرنے کی تاریخ سیکشن C ۔ بیمار
ا Hypertension □ Diabetes اليطس بانپر ثينشن	☐ Heart disease		امراض قلب
Cancer □ Kidney disease تسر بنسر گردے کی بیماری			ديگر
Tobacco □ Smoking 1 باکو نوشی سگریٹ نوشی	□ Drugs If yes, Duration of C منشیات ته		
I Asthma □ Tuberculosis پوونق دمہ	ນ໌		
ECTION D - OTHER INSURANCE DETAILS: (LIFE	/MEDICLAIM/HEALTH)		شن D - دیگر بیمہ کی تفصیلات: (لانف/میڈی کلیم/بیلتھ)
Policy No. پالیسی نمبر	Company Name کمپن <i>ی</i> کا نام	Sum Assured بیمہ شدہ مبلغ	Status (Active/Lapsed/Applied/Matured) استْیشْس (فعال/مفقوده/ نافذ شده/ میچوردؓ)
3. 5 . 7	, 31		(30)
CTION E - DETAILS OF CLAIMANT			ئىن E ـ مدعى كى تفصيلات
nant Name:	I R S T	MIDDDLE	L A S T
ا امخترمہ امخترم مدعی کا نام: of Birth:			
کا <u>۱۷ M M J D D M M Y Y</u> تاریخ پپدائش: SS:			
;A			
	ARK PIN/POS	TCODE STATE	T WN / VILLAGE / UTCODE
ct No.: OFFICE: رابطہ نمبر:	RES موبائل:	IDENCE: ر بائش گاه:	MOBILE:
e &/ or Personal id:			
دفتری اور /یـا ذاتی ای میل آ ڈی:			
ion with the Life Assured: Spous حیات بیمہ شدہ شخص کے ساتھ رشتہ:	se □ Children □ Pareı بچے شریک/شریک	otts	fy)(براه کرم واضح کریں)
nant's Title: Nominee Execu نامزد نمائنده مدعی کا عبده:	tor 🔲 Trustee 🗀 Appo متولی نافذ کننده	intee □ Employer آجر معینہ	☐ Assignee ☐ Beneficiary تغویض کردہ
nant's PAN details: مدعی کے پین کارڈ کی تفصیلات:	or or	. و Form 60 □ فارم 60 يا	
مدعی سے ہیں درد می معمودہ:		عرم 80	
ically exposed person:	П №		
سیاسی طور پر نمایاں شخص:	□ No الم	A / CDC Quarting airs)	
سیاسی طور پر نمایاں شخص:			اگر ہاں، تو براہ کرم ایف اے ٹی سی اے / سی آر ایس سوالنا
سیاسی طور پر نمایان شخص: erson: یو ایس پرسن:	نېيں باں No (If Yes, please fill FATC باں		اگر ہاں، تو براہ کرم ایف اے ٹی سی اے / سی آر ایس سوالنا
سیاسی طور پر نمایان شخص: rson: یو ایس پر سن:	نېيں باں No (If Yes, please fill FATC باں	~ بهرین)	
سیاسی طور پر نمایال شخص: Prson: yes یو ایس پرسن: CTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK	نېيں باں No (If Yes, please fill FATC باں باں ACCOUNT DETAILS	~ بهرین) بیلات	شن F ـ مدعی کا این ای ایف ثی مینڈیٹ/بینک اکاونٹ کی تفد
سیاسی طور پر نمایاں شخص: rson: □ Yes یو ایس پرسن: CTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ccount No.: ccount Holder Name:	نېيں باں No (If Yes, please fill FATC باں ACCOUNT DETAILS	مہ بھریں) میلات ۱F اکاؤنٹ نمبر .:	لَّىنَ F ـ مدعى كا اين اى ايف شى ميندُيث/ببينك اكاؤنث كى تقد SC Code (11Characters)
erson: سیاسی طور پر نمایان شخص: Tyes یو ایس پرسن: CTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ccount No.: ccount Holder Name:	نېيى بان No (If Yes, please fill FATC بان پان	ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا	شن F - مدعی کا این ای ایف شی مینڈیٹ/بینک اکازنٹ کی تفص C Code (11Characters) و اللہ اللہ اللہ اللہ اللہ اللہ اللہ الل
Preson: Yes Ye	بېيى بان No (If Yes, please fill FATC بان ACCOUNT DETAILS	اکاؤنٹ نمبر ین الات الات الات الات الات الات الات الا	مدعی کا این ای ایف شی مینڈیٹ/بینک اکاؤنٹ کی تفعہ CC Code (11Characters) SC Code (11Characters) ON BA FOR STATEMENT STATEMENT ACCOUNT Holder's Name e (9 Characters)
erson: سیاسی طور پر نمایان شخص: ———————————————————————————————————	نېيى بان No (If Yes, please fill FATC بان	اکاؤنٹ نمبر ین الکاؤنٹ نمبر ین الکاؤنٹ نمبر ین الکاؤنٹ نمبر یا الکاؤنٹ نمبر یا الکاؤنٹ نمبر یا الکاؤنٹ بولٹر کا نام: الکاؤنٹ بولٹر کا نام:	مد عی کا این ای ایف شی مینڈیٹ/بینک اکاونٹ کی تفط SC Code (11Characters) - Or Bea -
Person: سیاسی طور پر نمایان شخص: Toton F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK CCOUNT NO.: CCOUNT Holder Name: ank Name & Branch: CCOUNT Type: Savings بچت اکاؤنٹ کی نوعیت، SC: بچت اکاؤنٹ کی نوعیت، ayout option: Lump sum	بېيى بان او No (If Yes, please fill FATC بان اله	اکاؤنٹ نمبر ین الکونٹ نمبر ین الکونٹ نمبر یا الکاؤنٹ نمبر یا الکاؤنٹ نمبر یا الکاؤنٹ بولٹر کا نام: الکاؤنٹ بولٹر کا نام: الکونٹ بولٹر	مدعی کا این ای ایف شی مینڈیٹ/بینک اکاؤنٹ کی تفعہ CC Code (11Characters) SC Code (11Characters) ON BA FOR STATEMENT STATEMENT ACCOUNT Holder's Name e (9 Characters)
Person: سیاسی طور پر نمایان شخص: یو ایس پرسن: CTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ccount No.: ccount Holder Name: ank Name & Branch: ccount Type: Savings بچت اکاونٹ کی نوعیت، syout option: Lump sum ادانیگی کا آپشن:	ابين بان ابين الم No (If Yes, please fill FATC بان الم	الکاؤنٹ نمبر الکاؤنٹ نمبر الکاؤنٹ نمبر الکاؤنٹ بولٹر کا نام. الکاؤنٹ بولٹر کا نام. الکاؤنٹ بولٹر کا نام. الکاؤنٹ بولٹر کا نام. الکاؤنٹ بولٹر کا نام. الکاؤنٹ بولٹر کا نام. الکاؤنٹ بولٹر کا نام.	مدعی کا این ای ایف شی مینڈیٹ/بینک اکاؤنٹ کی تفعہ CC Code (11Characters) SC Code (11Characters) ON BA FOR STATEMENT STATEMENT ACCOUNT Holder's Name e (9 Characters)
الله الله الله الله الله الله الله الله	ابين بان ابين الم No (If Yes, please fill FATC بان الم	اکاؤنٹ نمبر یں الات الات الات خبر الات الات الات الات الات الات الات الا	SC Code (11Characters)
Preson: سیاسی طور پر نمایان شخص: یو ایس پرسن: CTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK CCOUNT NO.: CCOUNT Holder Name: Ank Name & Branch: CCOUNT Type: Savings President Savings Solicies Solicies Solicies Ayout option: Lump sum Count: Count: Lump sum Count: Cou	ابين بان No (If Yes, please fill FATC بان No (If Yes, please fill FATC بان NRO S ACCOUNT DETAILS Current NRO NICE: MICR: I Regular Payment Annu (بيكولز ادائيگي يك Nicke بين اطلاق شر انظ و ضو ابط سے مشروط بين (Lance Line Substitutions of the Policy.)	اکاؤنٹ نمبر ین الآت الآت المبر ین الآت المبر ین الآت المبر ین الآت المبر ین الآت المبر یا الم	SC Code (11Characters) SC Cod
erson: yes	ابین بان No (If Yes, please fill FATC بان No (If Yes, please fill FATC بان NO (If Yes, please fill FATC بان ACCOUNT DETAILS Current NRO N N N N N N N N N	اکاؤنٹ نمبر :: اکاؤنٹ نمبر :: اکاؤنٹ نمبر :: اکاؤنٹ نمبر :: اکاؤنٹ بولٹر کا نام: اکن ایف ایس سی: انی ایف ایس سی: انی ایف ایس سی: انی ایف ایس سی: الانہ خراج ERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHI	SC Code (11Characters) SC Co
erson: yes	ابين بان No (If Yes, please fill FATC بان No (If Yes, please fill FATC بان NRO S ACCOUNT DETAILS Current NRO NICE: MICR: I Regular Payment Annu (بيكولز ادائيگي يك Nicke بين اطلاق شر انظ و ضو ابط سے مشروط بين (Lance Line Substitutions of the Policy.)	اکاؤنٹ نمبر ین الآت الآت المبر ین الآت المبر ین الآت المبر ین الآت المبر ین الآت المبر یا الم	SC Code (11Characters) Account Holder's Name e (9 Characters) **S24,0000** \$9524,0002** 04,5504** 31 N THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH شن جی۔ ان تمام ڈاکٹروں/اسیتالوں کے نام، پتہ اور رابطے ک
erson: سياسي طور پر نمايان شخص: Toton F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ccount No.: ccount Holder Name: ank Name & Branch: ccount Type: Savings بچت اکاؤنٹ کی نوعیت، SSC: ayout option: Lump sum ادائیگی کا آپشن: Options are subject to applicable Terms & Co	ابين بان No (If Yes, please fill FATC بان ACCOUNT DETAILS Current	الکونٹ نمبر اکاونٹ نمبر اکاونٹ نمبر اکاونٹ نمبر اکاونٹ نمبر اکاونٹ بولٹر کا نام . اکن ایف ایس میں اللہ اللہ اللہ خراج اللہ خراج اللہ خراج کے قدام اللہ خراج کے قدام اللہ خراج کے قدام اللہ خراج کے قدام کی موت سے قبل اللہ کی اللہ کی اللہ کی موت سے قبل اللہ کی الل	SC Code (11Characters) Account Holder's Name e (9 Characters) **S24,0000** \$9524,0002** 04,5504** 31 N THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH شن جی۔ ان تمام ڈاکٹروں/اسیتالوں کے نام، پتہ اور رابطے ک

SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION

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.

میں / ہم، مذکورہ بالا دعویدار (وں)، سنجیدگی سے اعلان کرتے ہیں که مندرجه بالا جوابات اور بیانات ہر لحاظ سے درست ہیں، اور میں / ہم مزید اتفاق کرتے ہیں که دعوی فارم پیش کرنے میں ہی این ہی میٹ لائف نے کسی بھی ذمه داری کو کو قبول نہیں کیا ہے یا اس کے کسی بھی حقوق کو معاف نہیں کیا ہے۔ ہم سمجھتے ہیں اور اتفاق کرتے ہیں که اس فارم کو جمع کرانے کا مطلب یہ نہیں ہے که درخواست پر کارروائی کی جائے گی۔ ہم سمجھتے ہیں کو پالیسی کے تحت کوئی بھی ے کی ایک روٹ کرنے کی جا جا جا ہے ہی ہوگی۔ کوئی بھی ادائیگی آخری تجدید پریمیم ادائیگی کی وصولی سے مشروط ہوگی۔ اس اعلان کی ایک فوٹو کاپی کو درست اور موثر سمجھا جائے گا۔ ادائیگی پالیسی کی شرائط و ضوابط کے مطابق سختی سے ہوگی۔ کوئی بھی ادائیگی آخری تجدید پریمیم ادائیگی کی وصولی سے مشروط ہوگی۔ اس اعلان کی ایک فوٹو کاپی کو درست اور موثر سمجھا جائے گا۔

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.

میں/ہم نے یہاں مجاز قرار دیا ہے معالجوں/ڈاکٹروں یا ہسپتالوں، طبی مراکز کو جو کہ مذکورہ فوت شدہ/انشورڈ شخص کے بان تیمارداری کرتے تھے یا عاج کرتے تھے کسی بھی تکلیف یا بیماری کے لئے یا کوئی دوسری انشورڈ شخص انشورڈ شخص انشورڈ شخص کو پالیسیال جاری کی، لائف انشورڈ کے موجودہ/ماضی کے آجر یا کاروباری شریک، پیدائش اور وفات کے رجسٹرار، تشخیص کے وہ مراکز جہال لائف انشورڈ شخص ذاتی/سرکاری/انشورنس سے متعلق طبی ٹیسٹ سے گذرتا تھا تاکہ فوت شدہ شخص کی صحت کے حال یا دوسری تفصیلات سے متعلق کوئی انکشاف یا معلومات یا خبر یا دستاویزات موصول کی جائیں جو کہ اس/انہوں نے پی این بی میٹ لائف کی پالیسی جاری ہوئے یا بعد میں حاصل کی ہوں گی۔ اس اجازت نامہ کی ایک نقل اتنی کار آمد اور قابل قبول سمجھی جانے گی جیسے اصل کاپی سمجھی جاتی ہے۔

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

میں/ ہم اس بیان کے تحت (PNB) بی میٹ لانف کو PNB میٹ لانف (جو اس بیان میں موجود ہے یا کسی اور طرح سے حاصل ہوا ہے) کے پاس میری / ہماری میری میٹ لانف کے دستیاب کسی بھی قسم کی ذاتی اور حساس معلومات کو استعمال کرنے اور افشاء کرنے کے لئے مزید رضامندی ، اور اس کی اجازت دیتے ہیں ، اس میں (PNB) ہی این ہی میٹ لانف سے منسلک یا متعلق کسی فرد / تنظیم / ادارہ کو دعوی پر تحقیق اور دیگر خدمات فراہم کرنے کی غرض سے، XYCکی دستاویز، بشمول ری انشورنس، تفقیش دعوی جات،ایجنسیوں ، دکانداروں اور انڈسٹری ایسوسی ایشن / فیٹریشن کی معلومات فراہم کرنا بھی شامل ہے۔

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

اصل پالیسی بانڈ اور دستاویز کے عوض مدعی کی جانب سے معاوضہ / اقرار / وارنٹی اور موقف کی پیشکش.

l 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.

میں ناقابل منسوخ طور پر کمپنی سے یہ عبد کرتا ہوں، نسلیم کرتا ہوں، اپنا موقف پیش کرتا ہوں اور اقرار کرتا ہوں کہ پالیسی ہواڈر یا قانونی ورثاء کی جانب سے اصل پالیسی کے معاہدے پر عبد نہیں کیا گیا ہے، رہن نہیں رکھا گیا ہے، اختیار تقویض نہیں کیا گیا ہے۔ بعد اسے کالعجم اور ہے معلیت یا مفاد وضع نہیں کیا گیا ہے اور میں پالیسی کے تحت مکمل اور حتمی ادائیگی موصول ہونے کے بعد اسے کالعجم اور ہے معنی دستاویز کے طور پر ضائع کر دینے کا بھی عبد کرتا ہوں کہ اصل پالیسی کے معاہدے یا یہاں درج کی گئی وارنٹیوں/ اقرارات کے تعلق سے سامنے آنے والے کسی بھی دعوے، تمام نقصانات کے عوض میری جانب سے کمپنی کی حقدار ہے۔ میں مکمل طور پر یہ سمجھتا ہوں اور کمپنی کے ساتھ متفق ہوں کہ مجھے، نامزد نمائندے، پالیسی ہولڈر/پیمہ شدہ فرد کے قانونی وارث یا جائشیں کر ادائیگی کردینے کے مابعد اس پالیسی/پالیسیوں سے ظاہر ہونے والے تمام واجبات سے وہ حتمی طور پر فارخ ہوگی۔ میں یہاں اعتراف کرتا ہوں اور اس بات سے منقق ہوں کہ میری جانب سے فراہم کی گئی کسی بھی غطہ جھوٹی، یا گمراہ کن یا ناقص معلومات کے نتیجے میں مجھ پر اور میرے الثوں یہ فراہم کی گئی کسی بھی غطہ جھوٹی، یا گمراہ کن یا ناقص معلومات کے نتیجے میں مجھ پر اور میرے الثوں یہ فراہم کی گئی کہ جداری ستحقاق عائد ہونے کے ساتھ ساتھ دعوی مسترد ہوسکتا ہے دعوے کی کارروائیوں کے خرج اور معاوضے کے ساتھ باتھ دعوی مسترد ہوسکتا ہے یا دعوے کی کارروائیوں کے خرج اور معاوضے کے ساتھ باتھ دعوی مسترد ہوسکتا ہے یا دعوے کی کارروائیوں کے خرج اور معاوضے کے ساتھ باتھ دعوی مسترد ہوسکتا ہے یا دعوے کی کارروائیوں کے خرج اور معاوضے کے ساتھ باتھ دعوی مسترد ہوسکتا ہے یا دعوے کی کارروائیوں کے خرج اور معاوضے کے ساتھ باتھ دیوے کے ساتھ ساتھ ساتھ ساتھ ساتھ باتھ دیو

Date:	D	D	Μ	Μ	Υ	Υ	Υ	Υ
Place:								

SIGN HERE یہاں پر دستخط کریں

Signature of Claimant مدعی کے دستخط

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

ر شخص کے ذریعہ کیا جانے والا اقرار نام

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.

پالیسی ہوالدر نے میری موجودگی میں دستخط کیے ہیں/ اپنے انگوٹھے کا نشان لگایا ہے۔ _ Claimant relation with Declarant: _ Name of the Declarant: _

اقرار کنندہ کے ساتھ مدعی کا رشتہ: ِ اقر ار کننده کا نام: Address: _ Contact Number of Declarant:

اقرار کننده کا رابطہ نمبر: پتہ: _

Date: D D M M Y Y تاريخ: Place:

یہاں پر دستخط کریں

Signature of Third person تیسرے شخص کے دستخط

Terms and Conditions:

- 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. نے پر شدہ فارم کو لازمی دستاویزات کے ساتھ، جمع کروانا اس پالیسی کے تحت، ہماری کمپنی پر ذمہ داریوں کو لازم نہیں کرتا۔ کمپنی کی طرف سے کسی بھی ایجنٹ / واسط کو کسی بھی ذمہ داری کو قبول کرنے کا اختیار نہیں ہے۔
- 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.

جیسا کہ ذیل میں فراہم کیا گیا ہے ، لازمی نستاویزات کے ساتھ اس فارم کو جلد جمع کروانا ہمیں آپ کے دعوے پر تیزی سے کار روائی کرنے میں مدد دے گا۔ نامکمل دعوے کے فارم جمع کروانے اور / یا لازمی دستاریزات پیش نہ کرنے کی وجہ سے پی این بی میٹ لائف دعوی کی کار روائی میں ہونے والی کسی تاخیر کی ذمہ دار نہیں ہوگی۔

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

اہم نوٹ: دعوی پر کارروائی یا تصغیہ کے لیے کمپنی کے نمانندے سمیت کسی شخص کی طرف سے کوئی مطالبہ یا تائید طلب کیے جانے کی صورت میں، اسے قبول نہیں کیا جانا چاہیے اور کمپنی کو فوری طور پر کمپنی کے ای میل آئی ڈی: Claimshelpdesk@pnbmetlife.com پر اس کی اطلاع دی جانی چاہیے۔

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM

فارم کو بھرنے کی ہدایات

IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)

- اہم معلومات (براہ کرم فارم کو بھرنے سے انہیں پڑھ لیں)
- 1. The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form.
 - فارم کو صرف مدعی کے ذریعہ بھرا جانا چاہیے۔ اگر مدعی نابالغ ہو، تو سرپرست/نامز د شخص یہ فارم بھر سکتے ہیر
- 2. Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers.
 - ایک ہی فارم پُر کرکے اور اس میں تمام قابل اطلاق پالیسی نمبرز فراہم کرکے متعدد پالیسیوں کے تُحت دُعوے دائر کیے جاسکتے ہیں۔
- 3. In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant.

4.	Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in t		same manner as you normally sign y	our cheque.	ایک سے زائد مدعی ہونے کی صورت میں، ہر مدعی
5.	ع ب عام طور پر اپنے چپٹ پر نسخم درنے ہیں۔ Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy.	طر:			براہ کرم افرار نامے کو غور سے پڑھیں اور مدعی کو
6.	No fee or commission should be paid to anyone to process this claim.				دعوے کی ادائیگی پالیسی کے تمام شرائط و ضوابط پو
7.	Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the co	orre	spondence will happen through this	only.	اس دعوے پر کارروائی کرنے کے لیے کسی شخص ک
8.	کتابت بوکی۔ Asterisk (*) refers to mandatory information.	طود	ِ فعال ہوں کیونکہ صرف اسی کے دریعے خا		یہ یقینی بنائیں کہ آپ کا پتہ، فون نمبر اور ای میل آئی
				وتی ہے۔	ستارہ کے نشان (*) سے لازمی معلومات کی نشاندہی ہ
	>< 3< 3	<		3	<
	<u>CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT (</u> وت کــر دعو ـے کا فارم		Y-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM کسٹمر کی رسید کی کاپی ۔ انفرا	<u>l</u>	
Poli	icy No.:				
	پالیسی نمبر .:				مدعى كا نام:
В	ranch Name / Intimation Number: برانج كا نام / اطلاع نمير :	Cla	aimant Client ID:		مدعی کی کلائنٹ آئی ڈی:
Er	mployee Name: ملازم کانام: ملازم کانام:	Da	te:		 تاریخ:
Er	mployee Signature:ملازم کے دستنط:	En	nployee Code:		-
IR	سرم ہے ۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔				سررم ۵ کود.
	ائی ار ڈی اے ائی کا رجمنٹریشن نمبر				
					Branch Stamp برانچ کی مہر
					بر انج کی مہر
LIS	T OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)				
DЦ	OTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)	(6	ںائے والے دستاویزات پر ٹک کا نشان لگائیر (ADDRESS PROOF (ANY ONE	رم جمع کرانے ج	قابل قبول شناخت اور پتہ کے ثبوتوں کی فہرست (براہ ک
	تصویری شناخت کا ثبوت (کونی ایک)				پتہ کا ثبوت (کوئی ایک)
	Valid Passport □ Valid Passport ت پاسپور ث مدعى كا پين كار څ	درسد	☐ Valid Passport		درست پاسپورٹ
	Valid Driving License □ Valid Driving License □ کر انبونگ لائسنس آدهار کار ڈ*	در سد	□ Voter ID Card		ووٹر آئ <i>ی</i> ڈ <i>ی</i> کارڈ
	Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID	-	☐ Aadhar Card*		
	ثبت کر دہ تصویر کے ساتھ بینک پاس بک آئی ڈی (6 مہینے سے زیادہ پر انا نہ ہو) Card Issued by Central/State Govt. to employees		☐ Valid Driving License		آدهار کارڈ*
	ی/ریاستی حکومت کی طرف سے ملازمین کو جاری کی جانے والے کار ڈ $_{\rm c}$	مرکز	☐ Bank Passbook with stampe	d photograph	درست تُرائيونگ لائسنس (not more than 6 months old)
	ُ ۔ ری/ریاستی حکومت کی طرف سے جاری کیا گیا کوئی دوسرا کارڈ Voter ID Card	مركز	•		مہر ثبت کر دہ تصویر کے ساتھ بینک پاس بک (6 مہینے
	اَئِي دُّي كار دُّ				
*I \	voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC ستعمال کرنے کے لیے رضاکار انہ طور پر اپنی رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔		•		*میں KYC کی تعمیل کے واسطے پی این بی میٹ لائف
NC	DTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS			فعد بالاش	نوٹ: مدعی کا ابن ای ایف ٹی مینڈیٹ/بینک اکاؤنٹ کی ن
•	A cancelled personalized cheque with the account no. and IFSC should be submitted a		-	•	
ر	of passbook (where account number and IFSC is mentioned) needs to be submitted w بک ذاتی نہ ہو ، تو مینڈیٹ کے ساتھ تازہ ترین بینک اسٹیٹمنٹ یا پاس بک کی کاپی (جس میں اکاؤنٹ نمبر اور			یک این ای ایف	
	This mandate, upon processing, will override any of the previously tagged NEFT mand	late	s for all policies, held by the client w	rith PNB Metl	IFSC مذکور ہو) جمع کرانا ضروری ہے۔ ife Insurance Co.Ltd.
	سابقہ ٹیگ کیا جانے والا کوئی بھی این ای ایف ٹی مینڈیٹ اوور رائیڈ ہوجائے گا۔ In case of NEFT failure or any further requirements pending on the mandate, payout v	_			
•	same.		·		·
	بنڈیٹ موصول ہونے تک رقم ادائیگی روک دی جائے گی۔ آپ کو اس بارے میں اطلاع دی جائے گی۔ Refund to NRE account (full or proportionate) will be subject to ratio of premium(s) ہے		— ·	_	
ت	evidence for premium(s) paid through NRE account. م کے تناسب سے مشروط ہوگی۔ براہ کرم این آر ای اکاؤنٹ کے ذریعے ادا کیے جانے والے پریمیم کے ثبون	ر بمد	ی اکاؤنٹ کے ذریعے ادا کیے جانے والے د	متناسب) این آر ا	# ابن آر ای اکاؤنٹ میں رقم کی باز ادائیگی (مکمل با
	In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE acco				کے بطور بینک اسٹیٹمنٹ یا بینک کا کنفر میشن لیٹر جم
				ف ٹی مینڈیٹس فر	متناسب ادائیگی کی صورت میں، براہ کرم دو این ای اب
	PNB MetLife India Insurance Company Limited Registered office: Unit No. 701, 7				
	Karnataka. IRDA of India Registration number 117. CI No. U66010KA2001 Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor, Techniplex -1,				
	ساتويں منزل، ويستُ ونگ ، رېيجہ ٿاورز ، 27/26 ايم جي روڌُ، بنگلور -560001،	٠70	0, Fax: +91-22-41790203 \$ رجسٹرڈ آفس: يونٹ نمبر 701، 702 اور 3	ورنس کمپنی لمیڈ	پی این بی میٹلائف انڈیا انش
	CI No. U66010KA2001F ، ویب سانتُ <u>www.pnbmetlife.com</u> :، نس - [، ٹیکنیلیکوری کمپلیڈیس، آف ویر ساورکر فلانی اوور، گرریگانوں (ویسٹ)، ممبئی 400062.	يپليک	ی کال کریں یا ہمیں پہلی منز ل پر لکھیں، ٹیکن		
			فون: + 41790000-22-91 ،		
	BEWARE OF SPURIOUS / FRAUD PHONE CALLS: IRDAI is not involved i premiums. Public receiving such phone calls are requested to lodge a police			policies, ar	nnouncing bonus or investment of
	نس کے اعلان یا پریمیم کی سرمایہ کاری جیسی سرگرمیوں میں شامل نہیں ہوتی ہے۔ اس طرح	، بو	کی اے آئی انشورنس پالیسی کی فروخت	رہیں: آئی آر ڈ دخہ است کی ح	فرضی / دهوکه دبی کی فون کال سے بوشیار کی فون کال موصول کرنے والے عوام سے د
	٠,	. 'حين	یتی ہے ہے وہ پرس ہو : ۔ ۔ یہ دری ر	رــر	