

Employer Employee Death Claim Form

নিয়োগকর্তা কর্মচারীর মৃত্যু দাবী ফর্ম

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(গ্রুপ পলিসি হোল্ডার (জিপিএইচ) এবং সকল গ্রুপ বীমা স্কিমের জন্য মনোনীত ব্যক্তি কর্তৃক সম্পন্ন করতে হবে)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

এই ফর্মের সাথে যে বাধ্যতামূলক নথিগুলি জমা দিতে হবে:

Mandatory Documents বাধ্যতামূলক কাগজপত্র	Additional documents* to be submitted অতিরিক্ত ডকুমেন্টস* জমা দিতে হবে
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority স্থানীয় কর্তৃপক্ষের ইস্যুকৃত বৈধ ডেথ সার্টিফিকেটের কপি</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH GPH-এর দ্বারা প্রত্যয়িত, নমিনির সচিত্র পরিচয়পত্র</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH GPH-এর দ্বারা প্রত্যয়িত নমিনির বর্তমান ঠিকানার প্রমাণ</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook ক্যানসেলড চেক / ব্যাঙ্কের পাসবুকের কপি</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee প্যান নং/ মনোনীত ব্যক্তির ফর্ম 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee নমিনির অনুপস্থিতিতে আইনী উত্তরাধিকার/উত্তরাধিকার সার্টিফিকেট</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 শাখা/GPH-এ প্রাপ্ত ক্রেইমের ক্ষেত্রে তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে ক্রেইমের জানান প্রাপ্ত হলে, দাবীকারীর কাছ থেকে অথরাইজেশন চিঠি</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request মনে রাখবেন:- অনুরোধটির সাথে KYC প্রমাণ হিসেবে আধার কার্ড দেওয়া হলে, অনুগ্রহ করে, আধার কার্ডের প্রথম ৪ টি অংক ঢেকে রাখুন</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims উপরের নথিগুলি শুধুমাত্র নিবন্ধনের জন্য প্রয়োজন হবে, কোম্পানী ক্রেইমের প্রক্রিয়াকরণের জন্য অতিরিক্ত নথিপত্র চাইতে পারে</p>	<p>Natural death/ death due to illness স্বাভাবিক মৃত্যু/ অসুস্থতা জনিত মৃত্যু</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 attested by GPH অতীতে নেওয়া কোনো চিকিৎসা বা মৃত্যুর সময়ের ক্ষেত্রে, GPH-এর দ্বারা প্রত্যয়িত সম্পূর্ণ মেডিক্যাল রেকর্ড (ভর্তির নোট ও ডিসচার্জ / ডেথ সামারি ও টেস্ট / পরীক্ষার রিপোর্টগুলি ইত্যাদি)</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) গ্রুপ টার্ম লাইফ ক্রেইমের ক্ষেত্রে ছুটির বিবরণ, যদি সক্রিয় কাজের ধারা প্রযোজ্য থাকে (E&E কেস)</p> <p>Accidental Death দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* এফআইআর (FIR), পঞ্চনামা, তদন্ত রিপোর্ট, ময়নাতদন্ত রিপোর্ট*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* শোকজ্ঞাপন/ সংবাদপত্রের কাটিং (যদি পাওয়া যায়)*</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* ভিসেরা / রাসায়নিক বিশ্লেষণ রিপোর্ট (যদি পাওয়া যায়)*</p> <p>4. Final police investigation report* পুলিশের চূড়ান্ত তদন্ত রিপোর্ট*</p> <p>*Attested by GPH *GPH-এর দ্বারা প্রত্যয়িত</p>

Part A / অংশ A:

- 1) Group Policy No./ গ্রুপ পলিসি নং: _____
- 2) Member ID/সদস্যের আইডি: _____
- 3) Employee ID/ কর্মচারী আইডি: _____
- 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
মৃত সদস্যের বর্তমান পদ/ব্যান্ড/ গ্রেড: _____
(কার্যকর হওয়ার তারিখসহ) প্রযোজ্য উদ্ধৃতির অধীনে প্রয়োজন হিসেবে
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / বীমাকৃত সদস্য/কর্মচারীর পুরো নাম ও ঠিকানা: _____
- 6) Name of Group Policyholder / গ্রুপ পলিসি হোল্ডারের নাম: _____
- 7) Date of Birth of Insured / বীমাকৃত ব্যক্তির জন্ম তারিখ: _____
- 8) Date of Joining the Service / চাকরিতে যোগদানের তারিখ: _____
- 9) PAN No./ Form 60 / প্যান নং/ ফর্ম 60: _____
- 10) Date of Death / মৃত্যুর তারিখ: _____
- 11) Place and Cause of Death / মৃত্যুর স্থান এবং কারণ: _____
- 12) Cause of Death/ মৃত্যুর কারণ: _____

13) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote) শেষ অঙ্কিত বেতন: (জিটিএল/এফএসএল স্কিমের জন্য বাধ্যতামূলক, দয়া করে এফএসএল দাবির জন্য বিনিয়াদি বেতন প্রদান করুন। প্রযোজ্য উদ্ধারের আওতায় প্রয়োজনীয় বেতন উল্লেখ করুন)	Monthly মাসিক	Annual বার্ষিক

- 14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention কর্মচারী কর্তৃক গত এক বছরে/ইভেন্টের তারিখ থেকে ভোগকৃত ছুটির বিবরণ। দয়া করে উল্লেখ করুন

From Date শুরুর তারিখ	To Date শেষ তারিখ	No. of Days দিনের সংখ্যা	Type of Leave ছুটির ধরন	Reason যদিও

- 15) Sum Assured / ষীমার পরিমাণ: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/পিএফ/বীমাকৃত সদস্যের অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/ (ইডিএলআই দাবির জন্য বাধ্যতামূলক)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining:
দয়া করে মৃত্যুর তারিখে কর্মীর চাকরির অবস্থা নিশ্চিত করুন:
Permanent Contractual
স্থায়ী চুক্তিভিত্তিক
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining:
অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে যোগদানের তারিখে কর্মচারী সক্রিয়ভাবে কর্মস্থলে ছিলেন কিনা:
Yes No
হ্যাঁ না

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No 701,702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore - 560001, Karnataka. IRDA of India Registration number 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, 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

সিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্সুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড,

বেজিষ্টার্ড কার্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওয়েস্ট উইং, বাহিজা টাওয়ার, 26/27 এমজি রোড, বেঙ্গালুরু-560001, কর্ণাটক। ভারতের আইআরডিএ পঞ্জীয়ন নম্বর 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল করক- 1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীর সাবকার ফ্লাইওভার, গোরগাও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফোন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

19) Last working date/ শেষ কাজের তারিখ: _____

Declaration and authorization by Group policy holder

গ্রুপ পলিসি ধারক কর্তৃক ঘোষণা এবং অনুমোদন

I/We, the above-named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

আমি/আমরা, উপরের নামধারী দাবীকারী(গণ), দৃঢ়ভাবে ঘোষণা করছি যে উপরে উল্লেখিত বিবৃতিসমূহ সত্য এবং আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে এই ফর্মটি, বা এর সাথে থাকা অন্যকোনো ফর্ম জমা দেয়ার ফলে, কোম্পানী কর্তৃক কোনো দায় স্বীকার করে নেয় হয়নি ব সংশ্লিষ্ট বীমাকৃত ব্যক্তিকে জবরদস্তি করে কোনো বীমা করা হয়নি বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক কোনো অধিকার বা প্রতিরক্ষা পরিত্যাগ করা হয়নি। যদিও যেকোনো আইন, কাস্টম বা রেওয়াজ, কোনো সদস্যের চিকিৎসা/স্বাস্থ্য পরীক্ষার সময় প্রাপ্ত গোপন তথ্য প্রদান নিষিদ্ধ করে থাকে।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

আমি/আমরা এইমর্মে যেকোনো ডাক্তার বা অন্যকোনো ব্যক্তি, বা কোনো হাসপাতাল, স্বাস্থ্যালয়, মেডিক্যাল পেশাজীবী, হাসপাতাল বা অন্য কোনো চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা সহায়তা সংস্থা, ফার্মেসী, সরকারী সংস্থা, বীমা কোম্পানি, নিয়োগকর্তা, বেনিফিট প্যাটেন্ট প্রশাসক, হিসাবরক্ষক বা আর্থিক উপদেষ্টা বা অন্য কোনো প্রতিষ্ঠানকে অনুমতি দিচ্ছি যে, উপরিউক্ত যেকোনো বীমাকৃত ব্যক্তির চাকরি, আর্থিক বা বীমা, পরামর্শ, সেবা বা চিকিৎসা বা তার স্বাস্থ্য, মানসিক অসুস্থতা, মাদক গ্রহণ, অ্যালকোহল সেবন, এইচআইভি (এইডস) এবং/বা যৌন সংক্রমিত রোগ সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় যেকোনো তথ্য পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড এর যেকোনো অফিস, বা আদালত, বা কোনো তদন্ত সংস্থা বা তার পক্ষে (পিএনবি মেটলাইফ) কর্মসম্পাদনকারী স্বাধীন প্রশাসক এর নিকট প্রদান করতে পারবে। এই অনুমোদনের ফটোকপি মূল কপির মতই কার্যকর এবং বৈধ হিসাবে বিবেচিত হবে।

I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement/application or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual/organization/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim, application and/or for providing subsequent services.

আমি/আমরা এতদ্বারা PNB MetLife কে আমার/আমাদের সংগৃহীত বা PNB MetLife-এর সাথে উপলব্ধ ব্যক্তিগত এবং সংবেদনশীল যেকোন তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করার জন্য আরও সম্মতি এবং অনুমোদন দিচ্ছি (যদি এই বিবৃতি/আবেদনে থাকে বা অন্যথায় প্রাপ্ত হয়) যাতে KYC নথি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এই দাবি প্রক্রিয়াকরণের উদ্দেশ্যে, আবেদন এবং/অথবা পরবর্তী পরিষেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে পুনর্বিমারকারী, দাবি তদন্তকারী সংস্থা, বিক্রোতা এবং শিল্প সমিতি/ফেডারেশনগুলি সহ PNB MetLife-এর সাথে যুক্ত বা সংযুক্ত বা জড়িত যে কোনও ব্যক্তি/সংস্থা/সত্তার কাছে।

Declaration by Group Policy Holder

গ্রুপ পলিসি হোল্ডার কর্তৃক ঘোষণা

We confirm that the foregoing information including the details of the insured member stated above are true to the best of our knowledge and belief and our born out from our official records.

আমরা নিশ্চিত করি যে উপরে বর্ণিত বীমাকৃত সদস্যের বিবরণ সহ পূর্বোক্ত তথ্যগুলি আমাদের জ্ঞান ও বিশ্বাসের সর্বোত্তম এবং আমাদের সরকারী রেকর্ড থেকে জন্মগ্রহণের ক্ষেত্রে সত্য।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

মাস্টার পলিসি হোল্ডারের সাথে কোম্পানি সীলসহ অনুমোদিত স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
নাম ও পদ: _____ যোগাযোগের নম্বর.: _____ তারিখ: _____

Part B / অংশ B:

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

অনুগ্রহ করে সমস্ত মনোনীতদের জন্য ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর এবং প্যান নম্বর/ফর্ম 60 প্রদান করুন:

Particulars বিবরণ	Nominee 1 মনোনীত ব্যক্তি 1	Nominee 2 মনোনীত ব্যক্তি 2	Nominee 3 মনোনীত ব্যক্তি 3	Nominee 4 মনোনীত ব্যক্তি 4	Nominee 5 মনোনীত ব্যক্তি 5
Name নাম					
Bank Account Number ব্যাঙ্ক একাউন্ট নম্বর					
IFSC Code আইএফএসসি কোড					
PAN No./ Form 60 প্যান নং/ ফর্ম 60					

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

অনুগ্রহ করে জিপিএইচ রেকর্ড অনুযায়ী লাইফ ইন্স্যুরেন্স সুবিধার জন্য মনোনীতদের সাথে সম্পর্কিত নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন:

SL. No. ক্রমিক নং	Nominee Name মনোনীত ব্যক্তির নাম	Relationship সম্পর্ক	Benefit Share in % সুবিধার অংশ (%)	Address of Nominee মনোনীত ব্যক্তির ঠিকানা

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

অসুস্থতা বা অস্বাভাবিক কারণে মৃত্যুর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত তথ্য প্রয়োজন:

Types of illness and date of diagnosis অসুস্থতার ধরন এবং চিকিৎসার তারিখ।	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment প্রদত্ত চিকিৎসার বিবরণ এবং যে হাসপাতালে বীমাকৃত ব্যক্তিকে চিকিৎসা প্রদান করা হয়েছিল তার বিবরণ	
Details of accident (for unnatural death) দুর্ঘটনার বিবরণ (অস্বাভাবিক মৃত্যুর জন্য)	

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No 701,702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore - 560001, Karnataka. IRDA of India Registration number 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, 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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড,

রেজিস্টার্ড কার্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আক 703, সপ্তম মহলা, ওরেন্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এমজি রোড, বেঙ্গালুরু-560001, কর্ণাটক। ভারতবর্ষ আইআইডিএ পঞ্জীয়ন নম্বর 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কবক- 1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা,

টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাকার ফ্লাইওভার, গ'বের্গাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফোন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

Version 2.2/Nov'22

সংস্করণ 2.2/ নভেম্বর'22

Name and address of hospital where postmortem was conducted পোস্টমোর্টেমকৃত হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা	
Name and address of police station to which accident was reported যে পুলিশ স্টেশনে দুর্ঘটনার ব্যপারে রিপোর্ট করা হয়েছিল তার নাম ও ঠিকানা।	

Declaration and authorization by Beneficiary

সুবিধাজোগী দ্বারা ঘোষণা এবং অনুমোদন

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

আমি/আমরা, উপরের নামধারী দাবীকারী(গণ), দৃঢ়ভাবে ঘোষণা করছি যে উপরে উল্লেখিত বিবৃতিসমূহ সত্য এবং আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে এই ফর্মটি, বা এর সাথে থাকা অন্যকোনো ফর্ম জমা দেয়ার ফলে, কোম্পানী কর্তৃক কোনো দায় স্বীকার করে নেয় হয়নি ব সংশ্লিষ্ট বীমাকৃত ব্যক্তিকে জবরদস্তি করে কোনো বীমা করা হয়নি বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক কোনো অধিকার বা প্রতিরক্ষা পরিতাগ করা হয়নি। যদিও যেকোনো আইন, কাস্টম বা রেওয়াজ, কোনো সদস্যের চিকিৎসা/স্বাস্থ্য পরীক্ষার সময় প্রাপ্ত গোপন তথ্য প্রদান নিষিদ্ধ করে থাকে।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

আমি/আমরা এইমর্মে যেকোনো ডাক্তার বা অন্যকোনো ব্যক্তি, বা কোনো হাসপাতাল, স্বাস্থ্যালয়, মেডিক্যাল পেশাজীবী, হাসপাতাল বা অন্য কোনো চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা সহায়তা সংস্থা, ফার্মেসী, সরকারী সংস্থা, বীমা কোম্পানি, নিয়োগকর্তা, বেনিফিট প্যাটেন্ট প্রশাসক, হিসাবরক্ষক বা আর্থিক উপদেষ্টা বা অন্য কোনো প্রতিষ্ঠানকে অনুমতি দিচ্ছি যে, উপরিস্থিত যেকোনো বীমাকৃত ব্যক্তির চাকরি, আর্থিক বা বীমা, পরামর্শ, সেবা বা চিকিৎসা বা তার স্বাস্থ্য, মানসিক অসুস্থতা, মাদক গ্রহণ, অ্যালকোহল সেবন, এইচআইভি (এইডস) এবং/বা যৌন সংক্রমিত রোগ সংক্রান্ত [প্রয়োজনীয় যেকোনো তথ্য পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড এর যেকোনো অফিস, বা আদালত, বা কোনো তদন্ত সংস্থা বা তার পক্ষে (পিএনবি মেটলাইফ) কর্মসম্পাদনকারী স্বাধীন প্রশাসক এর নিকট প্রদান করতে পারবে। এই অনুমোদনের ফটোকপি মূল কপির মতই কার্যকর এবং বৈধ হিসাবে বিবেচিত হবে।

I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement/application or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual/organization/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim, application and/or for providing subsequent services.

আমি/আমরা এতদ্বারা PNB MetLife কে আমার/আমাদের সংগৃহীত বা PNB MetLife-এর সাথে উপলব্ধ ব্যক্তিগত এবং সংবেদনশীল যেকোন তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করার জন্য আরও সম্মতি এবং অনুমোদন দিচ্ছি (যদি এই বিবৃতি/আবেদনে থাকে বা অন্যথায় প্রাপ্ত হয়) যাতে KYC নথি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এই দাবি প্রক্রিয়াকরণের উদ্দেশ্যে, আবেদন এবং/অথবা পরবর্তী পরিষেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে পুনরীমাকারী, দাবি তদন্তকারী সংস্থা, বিক্রয় এবং শিল্প সমিতি/ফেডারেশনগুলি সহ PNB MetLife-এর সাথে যুক্ত বা সংযুক্ত বা জড়িত যে কোনও ব্যক্তি/সংস্থা/সত্তার কাছে।

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

মূল পলিসি বন্ড এবং নথির পরিবর্তে দাবিদারের দ্বারা ক্ষতিপূরণ/আন্ডারটেকিং/ওয়ারেন্টি এবং প্রতিনিধিত্ব

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy bond/documents are not pledge, mortgaged, assigned or otherwise created any adverse lien, title, interest over it either by the policyholder or by the legal heirs and I further undertake to destroy it as a null and void document post receipt of the full and final payment of the claim under the policy from the Company. I further undertake that the Company stands indemnified by me against all losses, claims whatsoever arising out of anything in relation to the dispensation of original policy document or the representations/warranties herein. I completely understand and agree with the Company that it shall stand conclusively discharged from all the obligations arising out of this policy/ies upon making the payment to me, nominee, legal heir or successor of the policyholder/life assured.

আমি অপরিবর্তনীয়ভাবে কোম্পানির কাছে স্বীকার করি, স্বীকার করি, প্রতিনিধিত্ব করি এবং অস্বীকার করি যে মূল পলিসি বন্ড/নথিপত্রগুলি বন্ধক, বন্ধক, বরাদ্দ বা অন্যথায় পলিসিধারক বা আইনি উত্তরাধিকারীদের দ্বারা এর উপর কোনো প্রতিকূল অধিকার, শিরোনাম, স্বার্থ তৈরি করা হয় না এবং আমি আরও কোম্পানির কাছ থেকে নীতির অধীনে দাবির সম্পূর্ণ এবং চূড়ান্ত অর্থপ্রদানের প্রাপ্তির পরে একটি বাতিল এবং অকার্যকর নথি হিসাবে এটিকে ধ্বংস করার প্রতিশ্রুতি নিন। আমি আরও অস্বীকার করছি যে কোম্পানিটি সমস্ত ক্ষতির বিরুদ্ধে আমার দ্বারা ক্ষতিপূরণের জন্য দাঁড়িয়েছে, মূল নীতি নথির বা এখানে উপস্থাপনা/ওয়ারেন্টিগুলির বিতরণ সম্পর্কিত যে কোনও কিছু থেকে উদ্ধৃত দাবি। আমি সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পারি এবং কোম্পানির সাথে একমত যে এটি আমাকে, মনোনীত ব্যক্তি, আইনগত উত্তরাধিকারী বা পলিসিধারক/জীবন নিশ্চিতকৃতের উত্তরাধিকারীকে অর্থ প্রদান করার পরে এই নীতি/গুলি থেকে উদ্ধৃত সমস্ত বাধ্যবাধকতা থেকে সম্পূর্ণরূপে নিষ্ক্রিয় হবে।

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.

আমি এতদ্বারা স্বীকার করছি এবং সম্মত হচ্ছি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত যেকোন ভুল, মিথ্যা, বা বিভ্রান্তিকর বা ঘটতির তথ্যের ফলে দাবী প্রত্যাহান হতে পারে বা খরচ এবং ক্ষতিপূরণ সহ দাবির আয় পুনরুদ্ধার হতে পারে কারণ মামলাটি আমার উপর দেওয়ানী এবং ফৌজদারি দায় ব্যতীত হতে পারে এবং আমার সম্পদ

Signature of the Nominee of Insurance Claim

বীমা দাবির মনোনীত ব্যক্তির স্বাক্ষর

Particulars বিবরণ	Nominee 1 মনোনীত ব্যক্তি 1	Nominee 2 মনোনীত ব্যক্তি 2	Nominee 3 মনোনীত ব্যক্তি 3	Nominee 4 মনোনীত ব্যক্তি 4	Nominee 5 মনোনীত ব্যক্তি 5
Name of Nominee মনোনীত ব্যক্তির নাম					
Signature of Nominee মনোনীত ব্যক্তির স্বাক্ষর					
Contact No. যোগাযোগের নম্বর					
Date তারিখ					

Declaration by Group Policy Holder

গ্রুপ পলিসি হোল্ডার কর্তৃক ঘোষণা

We confirm that, the Nominee/s mentioned in this form is/are as nominated by the employee for the purpose of vesting of his/her life Insurance benefits.

আমরা নিশ্চিত করি যে, এই ফর্মে উল্লিখিত নমিনি/রা তার জীবন বীমা সুবিধার জন্য কর্মচারীর দ্বারা মনোনীত হয়েছেন।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

মাস্টার পলিসি হোল্ডারের সাথে কোম্পানি সীলসহ অনুমোদিত স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
নাম ও পদ: _____ যোগাযোগের নম্বর: _____ তারিখ: _____

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No 701,702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore - 560001, Karnataka. IRDA of India Registration number 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, 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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড,

রেজিস্টার্ড কার্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আক 703, সপ্তম মহলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এমজি রোড, বেঙ্গালুরু-560001, কেরালা. IRDA of India Registration number 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কবক- 1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা,

টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ সাবকার ফ্লাইওভার, গ'বের্গাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফোন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203