

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM
व्यक्तिगत मृत्यु दावा फॉर्म

For Official Use Only / केवल ऑफिस के उपयोग के लिए

Branch Name / शाखा का नाम: _____ Branch Code / शाखा कोड: _____
Employee Name / कर्मचारी का नाम: _____
Employee Code / कर्मचारी कोड: _____ Sign / हस्ताक्षर: _____
Date: _____ Time: On or Before 3PM After 3PM
तिथि: समय: 3PM या इससे पहले 3PM के बाद

Photograph of
Claimant
दावाकर्ता का फोटो

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED

प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेज

Mandatory Documents अनिवार्य दस्तावेज	Additional documents* to be submitted जमा किए जाने वाले अतिरिक्त दस्तावेज*
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority स्थानीय प्राधिकरण द्वारा जारी वैध मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format चिकित्सक का प्रमाणपत्र ;पारिवारिक चिकित्सक या इलाज करने वाले चिकित्सक सेद्ध अधिमानतः मानकीकृत च्छट डमजस्पमि के प्रारूप में</p> <p>3. Current address proof of the nominee सत्यापित नामिती का वर्तमान पता प्रमाण</p> <p>4. PAN Card or Form 60 of the nominee नामिति का पैन कार्ड या फॉर्म 60</p> <p>5. Photo identity proof of the nominee सत्यापित नामिती का फोटो पहचान प्रमाण</p> <p>6. Cancelled cheque / Copy of bank passbook रद्द चेक/बैंक पासबुक की प्रति</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 शाखा/जीपीएच (GPH) में प्राप्त दावों के लिए दावा सूचना तीसरे पक्ष के माध्यम से प्राप्त होने की स्थिति में दावेदार से अनुमोदन पत्र</p> <p>8. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee नामिती की अनुपस्थिति में कानूनी वारिस/उत्तराधिकार प्रमाण पत्र</p> <p>Note: - Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request नोट:- यदि अनुरोध के साथ केवाईसी (KYC) प्रमाण के रूप में आधार कार्ड जमा किया जाता है तो कृपया आधार संख्या के पहले 8 अंकों को छिपा दें</p>	<p>Natural death/ death due to illness प्राकृतिक मृत्यु/बीमारी के कारण मृत्यु</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 अतीत में या मृत्यु के समय किए गए किसी भी उपचार के संपूर्ण चिकित्सा रिकॉर्ड (भर्ती करने संबंधी नोट और छुट्टी / मृत्यु सारांश तथा परीक्षण / जांच रिपोर्ट आदि) द्वारा सत्यापित</p> <p>Accidental Death दुर्घटना में मृत्यु</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report FIR, पंचनामा, जांच रिपोर्ट, पोस्टमॉर्टम रिपोर्ट की प्रति</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) शोक सन्देश/अखबार की कटिंग (यदि उपलब्ध हो)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) विस्सरा/रासायनिक विश्लेषण रिपोर्ट (यदि लागू हो)</p> <p>4. Final police investigation report पुलिस की अंतिम जांच रिपोर्ट</p>

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

*पीएनबी मेटलाइफ को नीचे दिए गए किसी भी अतिरिक्त दस्तावेज ध् साध्य के अलावा आवश्यक होने पर कॉल करने का अधिकार सुरक्षित है।

*SECTION A - POLICY DETAILS

*सेक्शन A - पॉलिसी विवरण

Policy Number(s): _____

पॉलिसी नंबर: _____

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

कृपया PNB MetLife इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से ली गई सभी पॉलिसी संख्याओं का उल्लेख करें

*SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)

*खंड B - बीमित व्यक्ति का विवरण (LA)

Name of Life Assured: Mr. Ms. _____

बीमित व्यक्ति का नाम: श्रीमान. सुश्री. _____

Father's Name: _____

पिता का नाम: _____

Date of Death: _____

मृत्यु की तिथि: _____

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

मृत्यु का स्थान: अस्पताल* क्लिनिक* घर कार्यालय अन्य स्थान (कृपया बताएं) _____

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

*यदि अस्पताल/क्लिनिक चुना जाता है, तो अस्पताल/क्लीनिक का नाम बताएं _____

Family Doctor: Name: _____

परिवारिक डॉक्टर: नाम: _____

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

पंजीकरण सं.: _____ संपर्क नं.: _____ पैन नं. / फाम 60: _____

Last treated/attended Name: _____
Doctor: नाम: _____
अंतिम उपचारित/अटेंडेड डॉक्टर: Registration No.: _____ Contact No.: _____
पंजीकरण सं.: _____ संपर्क सं.: _____

Last Employer details (If applicable):

अंतिम नियोजक का विवरण (यदि लागू हो):

Name of the Company: _____ Name of contact person: _____ Last working day of Life Assured:

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

कंपनी का नाम: _____ संपर्क व्यक्ति का नाम: _____ बीमित व्यक्ति का अंतिम कार्य दिवस: _____

Nature of work and designation: _____
काम की प्रकृति और पद: _____

Nature of Death: Natural Suicide Accident Murder Medical (If Medical, pls. specify the illness) _____
मृत्यु की प्रकृति: प्राकृतिक आत्महत्या दुर्घटना हत्या चिकित्सा (यदि चिकित्सा हो तो कृपया बीमारी का उल्लेख करें) _____

Cause of Death: _____
मृत्यु का कारण: _____

SECTION C - NATURE OF ILLNESS AND HABIT OF THE INSURED

सेक्शन C - बीमित व्यक्ति की रोग की प्रकृति और आदत

Date of diagnosis of illness

रोग के डायग्नोसिस की तिथि

- Hypertension उच्च रक्तचाप
 Kidney disease किडनी रोग
 Smoking धूम्रपान
 Asthma अस्थमा
 Diabetes मधुमेह
 Cancer कैंसर
 Tobacco तंबाकू
 Tuberculosis क्षय (ट्यूबरक्युलोसिस)
 Heart disease हृदय रोग
 Other _____ अन्य _____
 Drugs If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed
ड्रग्स यदि हाँ, तो खपत की अवधि मात्रा का सेवन किया _____ (प्रतिदिन /सप्ताह/माह)

SECTION D - OTHER INSURANCE DETAILS: (LIFE/MEDICLAIM/HEALTH)

सेक्शन D - अन्य बीमा विवरण:(लाइफ/मेडिकलेम/हेल्थ)

Policy No. पॉलिसी संख्या	Company Name कंपनी का नाम	Sum Assured बीमित राशि	Status (Active/Lapsed/Applied/Matured) स्टेटस (एक्टिव/लैप्स्ड/अप्लायड/मैच्योर)

SECTION E - DETAILS OF CLAIMANT

सेक्शन E - दावाकर्ता का विवरण

Claimant Name: Mr. Ms. F I R S T M I D D L E L A S T
दावाकर्ता का नाम: श्रीमान. सुश्री.

Date of Birth:

जन्म तिथि:

Address: _____
पता: _____
L A N D M A R K C I T Y / T W N / V I L L A G E
D I S T R I C T P I N / P O S T C O D E S T A T E / U T C O D E

Contact No.:

संपर्क सं.:

OFFICE:

ऑफिस:

RESIDENCE:

निवास स्थान:

MOBILE:

मोबाइल:

Office &/ or Personal

Email id:

ऑफिस &/या व्यक्तिगत ईमेल

आईडी:

Relation with the Life Assured: Spouse Children Parents Others (Please specify) _____
बीमित व्यक्ति के साथ संबंध: जीवनसाथी बच्चे माता-पिता अन्य (कृपया बताएं)

Claimant's Title: Nominee Executor Trustee Appointee Employer Assignee Beneficiary
दावाकर्ता का टाइटल: नामिति ऐग्जिक्यूटर ट्रस्टी नियुक्त व्यक्ति नियोजक समनुदेशिती लाभार्थी

Claimant's PAN details: _____ or Form 60
दावाकर्ता का पैन विवरण: या फॉर्म 60

Politically exposed person: Yes No
राजनैतिक व्यक्ति: हाँ नहीं

US Person: Yes No (If Yes, please fill FATCA / CRS Questionnaire)
यूएस व्यक्ति: हाँ नहीं (यदि हाँ, तो FATCA / CRS प्रश्नावली भरें)

SECTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

सेक्शन F- दावाकर्ता का NEFT मंडेट/बैंक अकाउंट विवरण

Account No.: _____
खाता संख्या: _____

Account Holder Name: _____
खाताधारक का नाम: _____

Bank Name & Branch: _____
बैंक का नाम & शाखा: _____

Account Type: Savings Current NRO NRE#
खाता का प्रकार: बचत चालू एनआरओ एनआईई#

IFSC: _____ MICR: _____
आएफएससी: _____ एमआईसीआर: _____

Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity
पेआउट का ऑप्शन: एकमुश्त रेगुलर भुगतान एन्युटी

(Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
(विकल्प पॉलिसी के लागू नियमों व शर्तों के आधार पर हैं।)

IFSC Code (11Characters) _____

Pay _____ Rupees रुपये _____

Account Holder's Name _____

MICR Code (9 Characters) _____

Authorized Signatory _____

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

सेक्शन G- उन सभी डॉक्टरों/अस्पतालों का नाम, पता और संपर्क विवरण जहाँ मृत्यु से पहले अंतिम 5 वर्षों के दौरान बीमित व्यक्ति का इलाज हुआ था

Name of Doctor/ Hospital डॉक्टर/अस्पताल का नाम	Address and Contact Details पता और संपर्क विवरण	Disease /Condition Treated For रोग/स्थिति जिसका इलाज किया गया	Treatment Dates (From- To) इलाज की तिथि (से - तक)

*SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION

*सेक्शन H- घोषणा और अधिकृति

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.

मैं/हम, उपरोक्त नामित दावेदार, सत्यनिष्ठा से घोषणा करते हैं कि उपरोक्त उत्तर और कथन सभी प्रकार से सत्य हैं, और मैं/हम आगे सहमत हैं कि दावा प्रपत्र प्रस्तुत करने में पीएनबी मेटलाइफ ने किसी भी दायित्व को स्वीकार नहीं किया है या इनमें से किसी को भी माफ नहीं किया है। इसके अधिकार। मैं/हम समझते हैं और सहमत हैं कि इस फॉर्म को जमा करने का मतलब यह नहीं है कि अनुरोध पर कार्रवाई की जाएगी। मैं/हम समझते हैं कि पॉलिसी के तहत कोई भी भुगतान सख्ती से पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार होगा। कोई भी भुगतान अंतिम नवीनीकरण प्रीमियम भुगतान की वसूली के अधीन होगा। इस घोषणा की एक फोटोकॉपी को वैध और प्रभावी माना जाएगा।

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.

मैंने / हमने एतद्वारा फिजिशियन / चिकित्सकों या अस्पतालों, चिकित्सा केंद्रों को जिसने उक्त मृत व्यक्ति / बीमित को किसी विकार या बीमारी के लिए देखा है या उसकी जांच की है या उपचार किया है या अन्य बीमा कंपनी जिसने उक्त मृत व्यक्ति / बीमित के लिए पॉलिसी जारी की है। वर्तमान / पूर्व नियोजित या बीमित का बिजनेस एसोसिएट। जन्म व मृत्यु पंजीयक। नैदानिक केंद्र जिसमें बीमित व्यक्ति के निजी / कार्यालयीन / बीमा संबंधी परीक्षण हुए हैं। उन्हें मृत व्यक्ति के स्वास्थ्य की अवस्था या अन्य विवरण की जानकारी या सूचना या दस्तावेज साझा करने के लिए अधिकृत किया है जिसे उसने च्छट डमजस्पमि की पॉलिसी से पहले या बाद में हासिल किया है। इस प्राधिकारी की फोटोकॉपी को मूल प्रति के समान प्रभावी और वैध माना जाएगा।

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

इसके अलावा, इस दावा और / या अनुवर्ती सेवा प्रदान करने के लिए मैं / हम एतद्वारा स्वी पीएनबी मेटलाइफ को मेरी / हमारी एकत्र या स्वी पीएनबी मेटलाइफ का ¼ चाहे वह जानकारी इस स्टेटमेंट में दी गई हो या कहीं से प्राप्त की गई हो 1/2 पर उपलब्ध किसी कर्मचारी / संगठन / संस्थान से संबंधित या स्वी पीएनबी मेटलाइफ से संबंधित दस्तावेज सहित निजी और संवेदनशील जानकारी का इस्तेमाल करने के लिए सहमति देता हूँ/ देते हैं और प्राधिकृत करता हूँ / करते हैं जिसमें बीमाकर्ता, दावा जांच एजेंसिया, विक्रेता और उद्योग संघ / परिसंघ शामिल हैं।

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

मूल पॉलिसी बॉन्ड और दस्तावेज के बदले दावेदार द्वारा क्षतिपूर्तिध्वनध्वारंटी और नुमाइंदगी

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy contract is not pledged, mortgaged, assigned or otherwise created any adverse lien, title, interest over it either by the policyholder or by the legal heirs and I further undertake to destroy it as a null and void document post receipt of the full and final payment of the claim under the policy from the Company. I further undertake that the Company stands indemnified by me against all losses, claims whatsoever arising out of anything in relation to the dispensation of original policy contract or the representations/warranties herein. I completely understand and agree with the Company that it shall stand conclusively discharged from all the obligations arising out of this policy/ies upon making the payment to me, nominee, legal heir or successor of the policyholder/life assured. I hereby acknowledge and agree that any incorrect, false, or misleading or deficit information furnished by me may result in the rejection of claim or the recovery of claim proceeds with cost and compensation as the case may be apart from civil and criminal liability on me and my assets.

मैं कंपनी के लिए अपरिवर्तनीय ढंग से पुख्ता करता हूँ, स्वीकार करता हूँ, नुमाइंदगी करता हूँ और वचन देता हूँ कि मूल पॉलिसी अनुबंध को पॉलिसीधारक द्वारा या कानूनी वारिसों द्वारा न बंधक रखा गया है, न गिरवी रखा गया है, न सौंपा गया है या अन्यथा कोई प्रतिकूल ग्रहणाधिकार दिया गया है, न नाम किया गया, न उस पर ब्याज लिया गया है और मैं कंपनी से पॉलिसी के तहत क्लेम का पूर्ण और अंतिम भुगतान मिलने के बाद इसे अमान्य और मूल्यरहित दस्तावेज के रूप में नष्ट करने का वचन देता हूँ। मैं आगे वचन देता हूँ कि मूल पॉलिसी अनुबंध या यहाँ वर्णित अभ्यावेदन/वारंटियों के दूरदेशता के संबंध में कंपनी को हो सकने वाले सभी नुकसानों, दावों, जो भी हो सकते हैं, के खिलाफ क्षतिपूर्ति मेरे द्वारा की जाएगी। मैं पूरी तरह से समझता हूँ और इस बात से कंपनी से सहमत हूँ कि मुझे, नामिनी को, पॉलिसीधारक/जिस जिंदगी का बीमा किया गया है, उसके कानूनी प्रतिनिधि या उत्तराधिकारी को इस पॉलिसी/सियों का भुगतान करने के बाद वह इससे उत्पन्न सभी दायित्वों से मुक्त हो जाएगी। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ और सहमत हूँ कि मेरे द्वारा पेश की गई किसी भी गलत, झूठी, या भ्रामक या घाटे की जानकारी के परिणामस्वरूप दावा अस्वीकृत किया जा सकता है या मुझ पर और मेरी संपत्ति पर दीवानी और अपराधी दायित्व के अलावा लागत और मुआवजे के साथ दावे की वसूली की जा सकती है, जैसा भी मामला बने।

Date / तिथि: D D M M Y Y Y Y

Place / स्थान: _____

SIGN HERE

यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Claimant

दावाकर्ता का हस्ताक्षर

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON**किसी तीसरे व्यक्ति द्वारा की जाने वाली घोषणा**

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.

पॉलिसीधारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है/उसने अपनी भाषा में हस्ताक्षर किया है/आवेदन नहीं भरा है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र की सामग्री पॉलिसीधारक को _____ भाषा में समझा दी गई है और मुझे दिए गए उत्तरों को सच्चाई से दर्ज किया है। आगे मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसीधारक ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर/अंगूठा लगाया है।

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant: _____
 दावाकर्ता का नाम: _____ घोषणाकर्ता के साथ दावाकर्ता का संबंध: _____
 Address: _____ Contact Number of Declarant: _____
 पता: _____ घोषणाकर्ता का संपर्क सं: _____

Date / तिथि:

Place / स्थान: _____

SIGN HERE

यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Third person

तीसरे व्यक्ति का हस्ताक्षर

Terms and Conditions:**नियम और शर्तें:**

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.

अनिवार्य दस्तावेज के साथ भरे हुए दावा प्रपत्र को जमा करने को पॉलिसी के तहत हमारी कंपनी की देयता स्वीकारोक्ति नहीं माना जाएगा। किसी एजेंट / मध्यवर्ती संस्था को कंपनी की ओर से देयता स्वीकार करने के लिए अधिकृत नहीं किया गया है।

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.

आवश्यक अनिवार्य दस्तावेजों के साथ इस फॉर्म को जल्दी जमा करना जैसा कि नीचे दिया गया है, हमें आपके दावे को तेजी से संसाधित करने में सक्षम करेगा। स्न पीएनबी मेटलाइफ अपूर्ण दावा प्रपत्र और /या अनिवार्य दस्तावेज के जमा न होने पर दावे की प्रक्रिया में देरी के लिए किसी भी तरह से उत्तरदायी नहीं होगा।

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

महत्वपूर्ण लेख: दावे के प्रोसेसिंग या सेटलमेंट के लिए कंपनी के प्रतिनिधि सहित किसी भी व्यक्ति द्वारा किसी भी मांग या सहयोग के मामले में, उस पर विचार नहीं किया जाएगा और कंपनी को तुरंत कंपनी की ईमेल आईडी पर सूचित किया जाना चाहिए: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM**फॉर्म भरने के लिए निर्देश****IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)****महत्वपूर्ण सूचना (कृपया फॉर्म भरने से पहले पढ़ें)**

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

फॉर्म केवल दावाकर्ता द्वारा ही भरा जाना चाहिए। यदि दावाकर्ता नाबालिग है, तो अभिभावक/नियुक्त व्यक्ति फॉर्म भर सकता है।

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

एक सिंगल फॉर्म भरकर और लागू सभी पॉलिसी नंबर भरकर एक से अधिक पॉलिसी के अंतर्गत किए जाने वाले दावे को पंजीकृत किया जा सकता है।

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

एक से अधिक दावाकर्ता होने की स्थिति में, प्रत्येक दावाकर्ता को अलग-अलग फॉर्म भरना होगा।

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

कृपया घोषणाओं को ध्यान से पढ़ें और दावाकर्ता को उसी तरह से फॉर्म पर हस्ताक्षर करना चाहिए जैसा कि वह आमतौर पर अपने चेक पर करता है।

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

दावे का भुगतान पॉलिसी के सभी नियमों व शर्तों को पूरा करने पर होगा।

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

इस दावे को प्रोसेस करने के लिए किसी भी व्यक्ति को कोई फी या कमीशन नहीं दिया जाना चाहिए।

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

सुनिश्चित करें कि आपका पता, फोन नंबर और ईमेल आईडी मौजूदा हो और एक्टिव हो क्योंकि पत्राचार इन्हीं के जरिए होगा।

8. Asterisk (*) refers to mandatory information.

एस्टेरिस्क (*) का अर्थ है अनिवार्य जानकारी।

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM**ग्राहक अभिस्वीकृति प्रति-व्यक्तिगत मृत्यु दावा फॉर्म**

Policy No.: _____

पॉलिसी क्र.: _____

Branch Name / Intimation Number: _____

शाखा का नाम / सूचना सं.: _____

Employee Name: _____

कर्मचारी का नाम: _____

Employee Signature: _____

कर्मचारी का हस्ताक्षर _____

IRDAI Registration No. _____

IRDAI पंजीकरण सं. _____

Claimant Name: _____

दावाकर्ता का नाम: _____

Claimant Client ID: _____

दावाकर्ता क्लाइंट आईडी: _____

Date: _____

तिथि: _____

Employee Code: _____

कर्मचारी कोड: _____

Branch Stamp

शाखा का स्टैम्प

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)**वैध पहचान & पता प्रमाणों की सूची (कृपया जमा किए गए दस्तावेज पर टिक करें)****PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)****फोटो पहचान प्रमाण (केवल एक)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Claimant's PAN CARD
दावाकर्ता का पैन कार्ड | <input type="checkbox"/> Valid Passport
वैध पासपोर्ट |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
आधार कार्ड* | <input type="checkbox"/> Valid Driving License
वैध ड्राइविंग लाइसेंस |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
स्टाम्प लगे फोटो के साथ बैंक पासबुक (6 महीने से पुराना नहीं) आईडी | |
| <input type="checkbox"/> Card Issued by Central/State Govt. to employees
केंद्र/राज्य सरकार द्वारा कर्मचारियों को जारी कार्ड | |
| <input type="checkbox"/> Any other Central/State Govt. issued ID
केंद्र/राज्य सरकार द्वारा जारी कोई अन्य आईडी | |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
वोटर आईडी कार्ड | |

ADDRESS PROOF (ANY ONE)**पता प्रमाण (कोई एक)**

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Valid Passport
वैध पासपोर्ट |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
वोटर आईडी कार्ड |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
आधार कार्ड* |
| <input type="checkbox"/> Valid Driving License
वैध ड्राइविंग लाइसेंस |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
स्टाम्प लगे फोटो के साथ बैंक पासबुक (6 महीने से पुराना नहीं) |

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

* मैं पीएनबी मेटलाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा केवाईसी अनुपालन हेतु पहचान जांच करने के लिए अपने आधार के उपयोग की अपनी सहमति स्वेच्छा से प्रदान करता/करती हूँ।

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS**नोट: दावाकर्ता का NEFT मंडेट/बैंक अकाउंट विवरण**

- A cancelled personalized cheque with the account no. and IFSC should be submitted along with the NEFT mandate. If the cheque is not personalized, a latest bank statement or copy of passbook (where account number and IFSC is mentioned) needs to be submitted with the mandate.
एनईएफटी मंडेट के साथ अकाउंट नंबर और आईएफएससी के साथ एक कैंसल्ड पर्सनलाइज्ड चेक जमा किया जाना चाहिए। यदि चेक पर्सनलाइज्ड नहीं है, तो मंडेट के साथ नया बैंक स्टेटमेंट या पासबुक की कॉपी (जहां अकाउंट नंबर और आईएफएससी लिखा हो) जमा की जानी चाहिए।
- This mandate, upon processing, will override any of the previously tagged NEFT mandates for all policies, held by the client with PNB MetLife Insurance Co.Ltd.
प्रोसेसिंग के बाद यह मंडेट क्लाइंट द्वारा पीएनबी मेटलाइफ इश्योरेंस कं. लि. में रखे गए सभी पॉलिसी के लिए पहले से टैग किए गए किसी एनईएफटी मंडेट को ओवरराइड करेगा।
- In case of NEFT failure or any further requirements pending on the mandate, payout will be kept on hold till fresh NEFT mandate is received. Intimation will be sent to you for the same.
मंडेट पर एनईएफटी की विफलता या किसी अनुवर्ती अपेक्षाओं के पेंडिंग होने की स्थिति में, नया एनईएफटी मंडेट प्राप्त होने तक पेआउट को रोक दिया जाएगा। इसकी सूचना आपको भेज दी जाएगी।
#Refund to NRE account (full or proportionate) will be subject to ratio of premium(s) paid through NRE Account. Please submit a Bank Statement or Bank Confirmation letter as evidence for premium(s) paid through NRE account.
#एनआरई अकाउंट में होने वाला रिफंड एनआरई अकाउंट के जरिए भुगतान (पूरा या आंशिक) किए गए प्रीमियम के अनुपात के आधार पर होगा। एनआरई अकाउंट के जरिए भुगतान किए गए साक्ष्य के रूप में कृपया बैंक स्टेटमेंट या बैंक कंफर्मेशन लेटर जमा करें।
In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.
अनुपातिक पेआउट की स्थिति में, कृपया दो एनईएफटी मंडेट प्रदान करें अर्थात, एनआरई अकाउंट के लिए और नॉन-एनआरई अकाउंट के लिए।

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड, पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117 CI No. U66010KA2001PLC028883 टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल : indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल, टेक्नीप्लेक्स - 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरेगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062 . फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स : +91-22-41790203

BEWARE OF SPURIOUS / FRAUD PHONE CALLS: IRDAI is not involved in activities like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums. Public receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint.

नकली/धोखाधड़ी वाले फोन कॉल से सावधान रहें: IRDAI बीमा पॉलिसी बेचने, बोनस की घोषणा करने या प्रीमियम के निवेश जैसी गतिविधियों में शामिल नहीं है। ऐसे फोन कॉल पाने वाले लोगों से पुलिस में शिकायत दर्ज कराने का अनुरोध किया जाता है।