

## Claim Form for Credit Life Claim

### କ୍ରେଡିଟ୍ ଲାଇଫ୍ କ୍ଲେମ୍ ପାଇଁ କ୍ଲେମ୍ ଫର୍ମ

The Claim form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy  
ଦାବି ଫର୍ମ ଦାବିଦାର/ହିତାଧିକାରୀ ନିଯୁକ୍ତ/ଆଇନଗତ ଭାବରେ ହକଦାର ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ନୀତି ଅଧୀନରେ ପୂରଣ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only

ଏହି ଫର୍ମ କେବଳ ଗୋଟିଏ ରଙ୍ଗରେ ଜଣେ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଗୋଟିଏ କାଳରେ ପୂରଣ କରାଯିବ

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below

ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ସମସ୍ତ ଦଲିଲ୍ "ଦାବି ଅନୁଷ୍ଠାନ" କୁ ନିମ୍ନରେ ପୃଷ୍ଠାରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଥିବା ଅନୁଯାୟୀ ପଠାଯିବା ଉଚିତ୍ ।

All supporting documents to be self - attested by nominee

ସମସ୍ତ ସହାୟକ ଦଲିଲ୍ ନୋମିନିଟ୍ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୟଂ ସତ୍ୟାପିତ କରାଯିବ ।

Photograph of Claimant  
ଦାବିଦାରଙ୍କ ଫଟୋଗ୍ରାଫ୍

#### Documents to be Submitted

ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା

Mandatory Documents ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ଗୁଡ଼ିକ	Additional documents* to be submitted ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା* ଅତିରିକ୍ତ ଦଲିଲ୍ଗୁଡ଼ିକ
<ol style="list-style-type: none"> <li>Copy of valid death certificate issued by local authority ସ୍ଥାନୀୟ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ବୈଧ ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ନକଲ</li> <li>Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ (ପରିବାର ଚିକିତ୍ସକ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସାକାରୀ ଡାକ୍ତରଙ୍କଠାରୁ) ମାନକୀକୃତ ପିଏନଏମ୍‌ଏଲ୍ ଫର୍ମାଟ୍ ଅନୁଯାୟୀ</li> <li>Current address proof of the nominee ପ୍ରମାଣିତ ନୋମିନିଟ୍ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବର୍ତ୍ତମାନ ଠିକଣାର ପ୍ରମାଣ</li> <li>Photo identity proof of the nominee ପ୍ରମାଣିତ ନୋମିନିଟ୍ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଫଟୋ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ</li> <li>PAN Card/ Form 60 of the nominee ପ୍ୟାନ୍ କାର୍ଡ୍ / ନୋମିନିଟ୍ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଫର୍ମ 60</li> <li>Cancelled cheque/ Copy of bank passbook ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ / ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକ୍ ନକଲ</li> <li>Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ଶାଖା/ଜିପିଏଚ୍‌ରେ ପ୍ରାପ୍ତ କ୍ଲେମ୍ ପାଇଁ ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ ମାଧ୍ୟମରେ ଦାବି ସୂଚନା ପ୍ରାପ୍ତ ହେଲେ ଦାବିଦାରଙ୍କଠାରୁ ପ୍ରାଧିକରଣ ପତ୍ର</li> <li>Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee ନୋମିନିଟ୍ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଅନୁପସ୍ଥିତି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆଇନଗତ ଭରତାଧିକାରୀ/ଭରତାଧିକାରିକ୍ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍</li> <li>Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official ବକେୟା ରଖ ବକ୍ତବ୍ୟ ଯେପରି ଭାବରେ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ଭାବରେ ବ୍ୟାଙ୍କ ସିଲ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସତ୍ୟାପିତ</li> <li>Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (old policies) ପ୍ରସ୍ତାବ ସ୍ତରରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କଠାରୁ ଅନୁମୋଦନ ନିଆ ଯାଇ ନ ଥିଲେ ମାନକ ଫର୍ମାଟ୍‌ରେ ନୋମିନିଟ୍ ଘୋଷଣା ବିବୃତି (ପୁରୁଣା ପଲିସି)</li> </ol>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> ମୃତ୍ୟୁର ପ୍ରକୃତି / ଅସୁସ୍ଥତା କାରଣରୁ ମୃତ୍ୟୁ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Complete Medical records (Admission notes &amp; Discharge / Death summary &amp; Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ୍ (ଦାଖଲ ସୂଚନା ଏବଂ ନିଷ୍କୃତି / ମୃତ୍ୟୁ / ସାରାଂଶ ଏବଂ ପରୀକ୍ଷା / ଅନୁସନ୍ଧାନ ରିପୋର୍ଟ ଇତ୍ୟାଦି ) ଅତୀତ ରେ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ମୃତ୍ୟୁ ସମୟରେ</li> </ol> <p><b>Accidental Death</b> ଦୁର୍ଘଟଣାକ୍ରମିତ ମୃତ୍ୟୁ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ଏଫ୍‌ଆଇଆର୍, ପଞ୍ଚନାମା, ବ୍ୟବଚ୍ଛେଦ ରିପୋର୍ଟ, ପୋଷ୍ଟମର୍ଟମ ରିପୋର୍ଟ</li> <li>Obituary/ Newspaper cutting (if available) ଶ୍ରଦ୍ଧାଞ୍ଜଳି / ଖବର କାଗଜ କଟି (ଯଦି ଉପଲବ୍ଧ ରହିଥାଏ)</li> <li>Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ଭିସେରା / ରାସାୟନିକ ସମୀକ୍ଷା ରିପୋର୍ଟ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ)</li> <li>Final police investigation report ତୃତୀୟ ପୋଲିସ୍ ଚକ୍ର ରିପୋର୍ଟ</li> </ol> <p><b>Note:-</b> ଟିପ୍ପଣୀ:-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request ଯଦି ଅନୁରୋଧରେ କେୱାଲିଫି ପ୍ରମାଣ ଭାବରେ ଆଧାର କାର୍ଡ୍ ଦାଖଲ କରାଯାଇଛି ତେବେ ଦୟାକରି ଆଧାର ନମ୍ବରର ପ୍ରଥମ 8 ଟି ଅଙ୍କ ମାସ୍କ କରନ୍ତୁ ବା ଲୁଚାନ୍ତୁ</li> <li>*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required. *ପିଏନଏମ୍‌ଏଲ୍ ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ତତ୍ତ୍ୱାବଳୀ /ପ୍ରମାଣ ପାଇଁ କଲ୍ କରିବାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ କରେ, ଯଦି ଆବଶ୍ୟକ ହୁଏ ।</li> </ul>

#### 1. POLICY NUMBER/S \_\_\_\_\_

ନୀତି ନମ୍ବର/ଏସ୍ \_\_\_\_\_

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

(ଦୟାକରି ପିଏନଏମ୍‌ଏଲ୍ ଉଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ସହିତ ସମସ୍ତ ପଲିସି ନମ୍ବର ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)

#### DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ସ୍ଲିପ୍

PNB MetLife Insurance Co. Ltd \_\_\_\_\_

ପିଏନଏମ୍‌ଏଲ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

Name of claimant \_\_\_\_\_

ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ

Branch name & code \_\_\_\_\_

ଶାଖା ନାମ ଏବଂ କୋଡ୍

Date: \_\_\_\_\_

ତାରିଖ:

Employee name & Code \_\_\_\_\_

କର୍ମଚାରୀ ନାମ ଏବଂ କୋଡ୍

Documents

Submitted:

ଦାଖଲକରାଯାଇଥିବା ଦଲିଲ୍

କରାଗଲା:

Claimant's photo identity proof

ଦାବିଦାରଙ୍କ ଫଟୋ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ / ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକ୍ ନକଲ

Medical Documents (if any)

ଚିକିତ୍ସା ଦସ୍ତାବିଜ (ଯଦି କିଛି)

Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party

ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ ମାଧ୍ୟମରେ ଦାବି ସୂଚନା ପ୍ରାପ୍ତ ହେଲେ ଦାବିଦାର ଏବଂ ୱେବକାମ୍ ଫଟୋରୁ ପ୍ରାଧିକରଣ ପତ୍ର

Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official

ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଅନୁମୋଦିତ ବକେୟା ରଖ ବିବରଣୀ

Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee

ନୋମିନିଟ୍ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଅନୁପସ୍ଥିତି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆଇନଗତ ଭରତାଧିକାରୀ/ଭରତାଧିକାରିକ୍ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍

PAN Card/ Form 60 of the nominee

ପ୍ୟାନ୍ କାର୍ଡ୍ / ନୋମିନିଟ୍ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଫର୍ମ 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.

ଏହି ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର ପତ୍ର ଦାବି ଗ୍ରହଣ କରାଯିବାର ସ୍ୱୀକୃତି ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବା ଉଚିତ୍ ନୁହେଁ । କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରିବା ସମ୍ପର୍କରେ ନିଷ୍ପତ୍ତି ନେବା ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ, ସୂଚନା ଏବଂ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆବଶ୍ୟକ ବିବରଣୀ ମଗାଇ ବାର ସମସ୍ତ ଅଧିକାର ରହିଛି ।

Company Seal &  
Stamp with Date  
and time

ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ ସହ  
କମ୍ପାନୀ ସିଲ୍ ଏବଂ ଷ୍ଟାମ୍ପ

**2. CLAIMANT DETAILS**

ବାବଦର ବିବରଣୀ

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: 

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

 Gender:  Male  Female  
 ନାମ: \_\_\_\_\_ ଜନ୍ମ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_ ଲିଙ୍ଗ:  ପୁରୁଷ  ମହିଳା  
 Relationship with Life Insured: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_  
 ଜୀବନ ବୀମା ସହିତ ସମ୍ପର୍କ: \_\_\_\_\_ ମୋବାଇଲ୍ / ଲାଇନ୍ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_

Nationality:  Indian  Non-Resident Indian  Foreign National If a Non-Resident Indian or Foreign National, please mention the country you reside in \_\_\_\_\_

ଜାତୀୟତା:  ଭାରତୀୟ  ପ୍ରବାସୀ- ଭାରତୀୟ  ବିଦେଶୀ ନାଗରିକ ଯଦି ଜଣେ ପ୍ରବାସୀ ଭାରତୀୟ କିମ୍ବା ବିଦେଶୀ ଜାତୀୟତାଧାରୀ, ତେବେ ଦୟାକରି ଆପଣ ରହୁଥିବା ଦେଶ ବିଷୟରେ ସୂଚିତ କରନ୍ତୁ

Current Address: \_\_\_\_\_

ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

Email ID: \_\_\_\_\_ PAN No./Form 60: \_\_\_\_\_

ଇମେଲ୍ ଆଇଡି: \_\_\_\_\_ ପ୍ୟାନ ନଂ / ଫର୍ମ 60: \_\_\_\_\_

\*Aadhaar number: 

x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

 \*Only last 4 digits to be mentioned.

\*ଆଧାର ସଂଖ୍ୟା: \_\_\_\_\_ \*କେବଳ ଶେଷ 4 ଅଙ୍କ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ।

Preferred mode of Communication  Email  Letter (if email is selected, no physical letters will be sent)

ଯୋଗାଯୋଗର ଅଗ୍ରାଧିକାର ପଦ୍ଧତି  ଇମେଲ୍  ଚିଠି (ଯଦି ଇମେଲ୍ ଚୟନ କରାଯାଇଛି, କୌଣସି ବାସ୍ତବ ଚିଠି ପଠାଯିବ ନାହିଁ)

**3. BANKING DETAILS**

ବ୍ୟାଙ୍କିଂ ବିବରଣୀ

Bank Account No.: \_\_\_\_\_ Account holder name: \_\_\_\_\_

ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_ ଖାତାଧାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

Bank Name: \_\_\_\_\_ Branch Name: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_ Account Type:  Saving  Current  NRO  NRI

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_ ଶାଖା ନାମ: \_\_\_\_\_ ରାଜ୍ୟ: \_\_\_\_\_ ପିନ୍ କୋଡ୍: \_\_\_\_\_ ଖାତା ପ୍ରକାର:  ସଞ୍ଚୟ  ସାମ୍ପ୍ରତିକ  ଏନ ଆର୍ ଓ  ଏନ ଆର୍ ଆଇ

MICR: 

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

 IFSC: 

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

ଏମଆଇସିଆର: \_\_\_\_\_ ଆଇଏଫଏସସି: \_\_\_\_\_

**4. LIFE INSURED DETAILS**

ଜୀବନ ବୀମା ବିବରଣୀ

Name of the life insured: \_\_\_\_\_ Date of Death: 

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

ବୀମାଭୁକ୍ତ ଜୀବନର ନାମ: \_\_\_\_\_ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

Time of Death: AM/PM 

H	H
---	---

M	M
---	---

 Place of Death:  Home  Hospital  Office  Others (please Specify Others / Hospital name)

ମୃତ୍ୟୁ ସମୟ: ଏଏମ/ପିଏମନମ୍ବର ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ:  ହୋମ୍  ହସ୍ପିଟାଲ୍  ଅଫିସ୍  ଅନ୍ୟମାନଙ୍କୁ (ଦୟାକରି ଅନ୍ୟ / ହସ୍ପିଟାଲ୍ ନାମ ନିର୍ଦ୍ଧାରଣ କରନ୍ତୁ)

Cause of Death:  Accident  Murder  Suicide  COVID 19  Natural Calamity  Heart Disease  Kidney disease  Liver Disease  Cancer  Others (please specify)

ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ:  ଦୁର୍ଘଟଣା  ହତ୍ୟା  ଆତ୍ମହତ୍ୟା  କୋଭିଡ୍ 19  ପ୍ରାକୃତିକ ବିପର୍ଯ୍ୟୟ  ହୃଦରୋଗ  କିଡନୀ ରୋଗ  ଯକୃତ ରୋଗ  କର୍କଟ  ଅନ୍ୟମାନେ (ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଧାରଣ କରନ୍ତୁ)

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS ଅସୁସ୍ଥତା ଏବଂ ଅଭ୍ୟାସର ପ୍ରକୃତି	Date of Diagnosis ଚିହ୍ନଟ କରଣର ତାରିଖ
<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"/> ଭଲ ରକ୍ତଚାପ <input type="checkbox"/> ଡାଇବେଟିସ୍ <input type="checkbox"/> ଆସ୍ଥମା <input type="checkbox"/> ଟ୍ୟୁବର୍କୁଲୋସିସ୍ <input type="checkbox"/> ହୃଦରୋଗ <input type="checkbox"/> କର୍କଟ <input type="checkbox"/> ଅନ୍ୟମାନେ (ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଧାରଣ କରନ୍ତୁ) _____	
<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"/> ଧୂମପାନ କରିବା <input type="checkbox"/> ଆଲକୋହଲ୍ <input type="checkbox"/> ଡ୍ରଗ୍ସ୍ - ଯଦି ହଁ, କେତେ ବର୍ଷ ହେଲା ସେବନ _____ କରୁଥିବା ସେବନ କରୁଥିବା ପରିମାଣ _____ (ଦିନ / ସପ୍ତକ / ମାସ ପିଛା)	

**6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS**

ନିଯୁକ୍ତି ଦାତା / ବ୍ୟବସାୟ / ବୃତ୍ତି ବିବରଣୀ

Last Employer's name/Business/Occupation: \_\_\_\_\_

ଗତ ନିଯୁକ୍ତିଦାତାଙ୍କ ନାମ / ବ୍ୟବସାୟ / ବୃତ୍ତି: \_\_\_\_\_

Nature of work/designation: \_\_\_\_\_

କାର୍ଯ୍ୟ/ପଦବୀ ପ୍ରକୃତି: \_\_\_\_\_

Employment/Business/Occupation Address: \_\_\_\_\_

ନିଯୁକ୍ତି / ବ୍ୟବସାୟ / ବୃତ୍ତି ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_

ରାଜ୍ୟ: \_\_\_\_\_ ପିନ୍ କୋଡ୍: \_\_\_\_\_ ମୋବାଇଲ୍ / ଲାଇନ୍ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) or write to us at 1st Floor, Techniplax-1, Techniplax Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062, Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203  
 ପିଏସ୍ଟି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସେନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍  
 ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ଵ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍ ଜି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉଚ୍ଚତମ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ  
 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫ୍ୟାକ୍ସ: +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**

ସମସ୍ତ / ଡାକ୍ତର / ହସ୍ପିଟାଲ ଖାତା ଯେଉଁଠାରେ ମୃତ୍ୟୁ ପୂର୍ବରୁ 5 ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ ଜୀବନ ବୀମାଭିତ୍ତିକ ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଥିଲା ସେଗୁଡ଼ିକର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ

Name of Doctor/ Hospital ଡାକ୍ତର/ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ	Address and Contact Details ଠିକଣା ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ	Disease /Condition Treated For କେଉଁ ରୋଗ / ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଥିଲା	Treatment Dates (From- To) ଚିକିତ୍ସା ତାରିଖ (ଠାରୁ- ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ)

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

ବୀମାଭିତ୍ତିକ ଜୀବନର ନିୟନ୍ତ୍ରିତାତ୍ମକ ଠାରୁ ଅନ୍ୟ ବୀମା/ମେଡିକ୍ଲେମ୍ ପଲିସି/ପଲିସିଗୁଡ଼ିକର ବିବରଣୀ

Name of Life Insurance Company ଜୀବନବୀମା କମ୍ପାନୀର ନାମ	PNB MetLife Insurance Co. Ltd ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍	Policy Commencement Date ନାତି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	Coverage Amount (Rs.) କଭରେଜ୍ ପରିମାଣ (ଟଙ୍କା)	Claim Submitted ଦାବି ଦାଖଲ ହୋଇଛି

**Declaration and Authorization**

ଘୋଷଣା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ

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.

ମୁଁ/ଆମେ, ଉପରୋକ୍ତ ନାମିତ ଦାବିଦାର (ଗୁଡିକ), ଗମ୍ଭୀରତାର ସହ ଘୋଷଣା କରୁ ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ଉତ୍ତର ଏବଂ ବିବୃତ୍ତିସବୁ ସତ୍ୟ, ଏବଂ ମୁଁ/ଆମେ ଆହୁରି ସହମତ ଯେ ଦାବି ଫର୍ମ ରେ ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିନାହିଁ କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଅଧିକାର ଛାଡ଼ କରିନାହିଁ ।

I/We hereby authorized the physician/Doctors or hospitals, medical centers, who as attended upon or examine or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Company which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnosis centers wherein the life insured underwent personal/official/Insurance related medical tests to divulge or share any knowledge or information or documents regarding the deceased's state of health 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.

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଚିକିତ୍ସକ/ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନା, ଚିକିତ୍ସା କେନ୍ଦ୍ରକୁ ଅଧିକୃତ କରିଥିଲୁ, ଯେଉଁମାନେ ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ କୌଣସି ଆଲିମେଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଅସୁସ୍ଥତା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଉପସ୍ଥିତ କିମ୍ବା ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଥିଲେ ଯାହା ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି/ବୀମାଭିତ୍ତିକ, ବର୍ତ୍ତମାନ/ଅତୀତର ନିୟନ୍ତ୍ରିତାତ୍ମକ କିମ୍ବା ଜୀବନ ବୀମାଭିତ୍ତିକ, ଜନ୍ମ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରାରଙ୍କ ବ୍ୟବସାୟିକ ସହଯୋଗୀମାନଙ୍କୁ ପଲିସି ଜାରି କରିଥିଲା, ନିଦାନ କେନ୍ଦ୍ର ଯେଉଁଠିରେ ବୀମାଭିତ୍ତିକ ଜୀବନ ମଧ୍ୟରେ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ/ଅପିସିଆଲ୍ /ବୀମା ସମ୍ପର୍କୀୟ ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା କରାଯାଇଥିଲା ମୃତବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ର ସ୍ଥିତି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବିବରଣୀ ସମ୍ବନ୍ଧରେ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା ସୂଚନା କିମ୍ବା ଦସ୍ତାବିଜ ପ୍ରକାଶ କିମ୍ବା ଅଂଶୀଦାର କରିବା ପାଇଁ ଯାହା ସେ ହାସଲ କରିଆଇପାରନ୍ତି ଯାହା ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଦ୍ୱାରା ପଲିସି ଜାରି ହେବା ପୂର୍ବରୁ ଏବଂ ପରେ ସେ ହାସଲ କରିଆଇପାରନ୍ତି । ଏହି ପ୍ରାଧିକରଣର ଏକ ପ୍ରତ୍ୟେକ ପୂର୍ଣ୍ଣ ପରି ପ୍ରତ୍ୟାବର୍ତ୍ତନ ଏବଂ ବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ । ଯେହେତୁ ଉକ୍ତ କଭରେଜ୍ ବିକ୍ରୟରେ \_\_\_\_\_ ଦ୍ୱାରା \_\_\_\_\_ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ପରି ବକେୟା ଭାର ପ୍ରତି ବ୍ୟାଙ୍କ/ଜିପିଏଚ୍‌ସି \_\_\_\_\_ ବକେୟା ଦେୟ ପରେ ଯେକୌଣସି ବାଲାନ୍ସ ମୋ ନାମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇପାରେ ।

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.

ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସମ୍ମତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ ଯେ ପିଏନବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ / ଆମଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥାବା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ହାସଲ କରାଯାଇପାରୁଥିବା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛୁ, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ପିଏନବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଜଡ଼ିତ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେ ଓଠାରେ ଦଲିଲ୍ ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରେ ପୁନଃ ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ଭେଣ୍ଡର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ/ କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ ।

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

ମୂଳ ପଲିସି ବଣ୍ଡ ଏବଂ ତତ୍ତ୍ୱାବେଶ ବଦଳରେ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂରଣ / ଅଶ୍ୱରରେକିଂ / ଖାରେକିଂ ଏବଂ ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ

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.

ମୁଁ କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଅପରିବର୍ତ୍ତନୀୟ ଭାବରେ ଦୃଢ଼ ନିଶ୍ଚିତ, ସ୍ୱୀକାର ଏବଂ ଉପସ୍ଥାପନା ଏବଂ ଦାୟିତ୍ୱଗ୍ରହଣ କରୁଛି ଯେ ମୂଳ ପଲିସି ବଣ୍ଡ ପ୍ରତିଷ୍ଠିତ ଦିଆଯାଇ ନାହିଁ, ବନ୍ଧନ ରଖାଯାଇନାହିଁ, ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇନି ବା ଅନ୍ୟଥା କୌଣସି ପ୍ରତିକୂଳ ଗ୍ରହଣାଧିକାର, ଅଧିକାର, ପଲିସି ଧାରକ କିମ୍ବା ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏହା ଉପରେ ସୁଧ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରାଯାଇ ନାହିଁ ଏବଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ କମ୍ପାନୀ ଠାରୁ ଦାବିର ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ସୁତୀକ୍ତ ଦେୟ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ ଏହାକୁ ଏକ ଖାରଜ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ତତ୍ତ୍ୱାବେଶ ଭାବରେ ନଷ୍ଟ କରିବାର ପ୍ରତିଷ୍ଠିତ ଦେଉଛି । ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ପ୍ରତିଷ୍ଠିତ ଦେଉଛି ଯେ ମୂଳ ପଲିସି ବଣ୍ଡ କିମ୍ବା ଏଥିରେ ଥିବା ଉପସ୍ଥାପନା / ଖାରେକିଂ ବ୍ୟବସ୍ଥା କାରଣରୁ ହେବାକୁ ଥିବା ସମସ୍ତ କ୍ଷତି ବା ଦାବି ଯାହା ଉତ୍ପନ୍ନ ହୁଏ ସେଥିପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ମୋ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂରଣ ହେବେ । ମୁଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି ଏବଂ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ସହମତ ଅଟେ ଯେ ମୋତେ, ନୋମିନି, ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ କିମ୍ବା ପଲିସିଧାରକ / ଜୀବନ ବୀମା ଧାରକଙ୍କ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀଙ୍କୁ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପରେ ଏହି ପଲିସି / ଗୁଡିକରୁ ଉତ୍ପନ୍ନ ସମସ୍ତ ବାଧ୍ୟତାକତାକୁ ଏହା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ମୁକ୍ତ ହେବ ।

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.

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ଏବଂ ସହମତ ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଯେକୌଣସି ଭୁଲ, ମିଥ୍ୟା, କିମ୍ବା ବିଭ୍ରାନ୍ତିକର କିମ୍ବା ନିଅଣ୍ଟ ସୂଚନା ଦାବିକୁ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରିପାରେ କିମ୍ବା ମୋ ଉପରେ କିମ୍ବା ମୋ ସମ୍ପତ୍ତି ଉପରେ ନାଗରିକ ଏବଂ ଅପରାଧିକ ଆର୍ଥିକ ଦେୟତା ଭିନ୍ନ ପରିସ୍ଥିତି ଅନୁଯାୟୀ ଖର୍ଚ୍ଚ ଏବଂ କ୍ଷତିପୂରଣ ସହିତ ଦାବି ଆଇନ ଆଦାୟ ହୋଇପାରେ ।

Signature/ Left Thumb impression of Claimant/ Nominee \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ଦାବୀ / ନାମାଙ୍କନାର ଦସ୍ତଖତ / ବାମ ଥମ୍ବ ଇମ୍ପ୍ରେସନ୍ \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

**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)**

ଏହି ଦାବି ପତ୍ର ପୂରଣ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା । (ଦାବି ପତ୍ର ଆବେଦନ ପତ୍ର ଠାରୁ ଭିନ୍ନ ଏକ ଭାଷାରେ ପୂରଣ / ସ୍ୱାକ୍ଷର ହେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ)

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

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ଦାବି ପତ୍ରର ବିଷୟ ବସ୍ତୁ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବୁଝାଯାଇଥିବା ଏକ ଭାଷାରେ ଦାବୀଦାରଙ୍କୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛି । ତାହା ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଦାବୀଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଅନୁଯାୟୀ ରେକର୍ଡ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଉକ୍ତ ସ୍ତରରେ ପଢ଼ାଯାଇଛି ଏବଂ ଦାବୀଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ପୂର୍ଣ୍ଣ କରାଯାଇଛି

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

ଏହି ଫର୍ମ ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ଏଠାରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଦାବିରେ ଏହାର ଗୁରୁତ୍ୱ ଭଲଭାବରେ ବୁଝିଛି

Name of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_ Signature of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ/ ଘୋଷଣାକାରୀ: \_\_\_\_\_ ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ ଘୋଷଣାକାରୀ: \_\_\_\_\_

Address of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଠିକଣା/ ଘୋଷଣାକାରୀ: \_\_\_\_\_

Contact number of Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_ Claimant relation with Witness/ Declarant: \_\_\_\_\_

ସାକ୍ଷୀ / ଘୋଷକଙ୍କ ଯୋଗାଯୋଗ ସଂଖ୍ୟା: \_\_\_\_\_ ସାକ୍ଷୀ / ଘୋଷକ ସହିତ ଦାବି ସମ୍ପର୍କ: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_ ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_

**Terms and Conditions:**

ନିୟମ ଏବଂ ଶର୍ତ୍ତ:

- 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.  
ପୂରଣ ହୋଇଥିବା ଦାବି ଫର୍ମ, ଆବଶ୍ୟକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ସହିତ ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଆମ୍ଭ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର ଭାବରେ ବିଚାର କରାଯିବ ନାହିଁ। କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ / ମଧ୍ୟସ୍ଥାପକ କମ୍ପାନୀ ତରଫରୁ କୌଣସି ପ୍ରକାରେ ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ହୋଇନଥାନ୍ତୁ କିମ୍ବା ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ ନୁହେଁ।
- 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.  
ନିମ୍ନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଆବଶ୍ୟକୀୟ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ଦଲିଲ୍ ସହିତ ଏହି ଫର୍ମର ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ଦାଖଲ ଆମକୁ ଆପଣଙ୍କ ଦାବିକୁ ଦ୍ରୁତ ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ସମ୍ମତ କରିବା ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାବି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବା ଏବଂ/କିମ୍ବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ଦାଖଲ ନକରିବା କାରଣରୁ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣରେ କୌଣସି ବିଳମ୍ବ ପାଇଁ ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ଦାୟୀ ହେବ ନାହିଁ।

**For Office Use Only**

କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ

Branch to Affix the date and time stamp here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate

ଶାଖା ଏଠାରେ ମୁଖ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ଓଏସଭି / ଏଏସଭିର ବିବରଣୀ ସହିତ ତାରିଖ ଓ ସମୟ ପକାଇବେ ଏବଂ ମୋହର ମାରିବେ, ଶାଖା ସେବା ସହଯୋଗୀଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର।

Policy No.: \_\_\_\_\_

ପଲିସି ନଂ.: \_\_\_\_\_

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

ଦାବିଗୁଡ଼ିକ ସହିତ ଏଠାରେ ତାରିଖ ପକାଇ ସିଲ୍ ବା ମୋହର ଲଗାଯିବ।

(ସମୟ, ଯଦି ସିଧାସଳଖ ଭାବରେ ଚରହଣ କରାଯାଇଥାଏ)

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ପିଏଚ୍ଟି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱାର୍ସ, 26/27 ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବାମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉଚ୍ଚତମ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ  
1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫ୍ୟାକ୍ସ: +91-22-41790203

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

କ୍ରେଡିଟ ଆକାଉଣ୍ଟ ବିବରଣୀ ଫର୍ମ  
(ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଭାବରେ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

S No. କ୍ରମିକ ସଂଖ୍ୟା	Particulars ବିବରଣୀ	Filled by GPH ଜିପିଏଚକ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଇଥାଏ।
1	Name of the Group Master Policy Holder ଗୋଷ୍ଠୀ ମୁଖ୍ୟ ପଲି ସିଧାରୀଙ୍କର ନାମ	
2	Group Master Policy Number ଗୋଷ୍ଠୀ ମୁଖ୍ୟ ପଲିସି ନମ୍ବର	
3	Name of Insured Member ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ନାମ	
4	Loan Account Number ଲୋନ୍ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର	
5	Loan Disbursement Date ଲୋନ୍ ବିତରଣ ତାରିଖ	
6	Risk-commencement Date ବିପଦର ଆଶଙ୍କା ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	
7	Sum Assured ବୀମା ରାଶି	
8	Original amount of Loan ରଣର ମୂଳରାଶିର ପରିମାଣ	
9	Outstanding Loan balance amount as on the date of death ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ଅନୁଯାୟୀ ବକେୟା ରଣ ପରିମାଣ	
10	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) ବକେୟା ଦାବି ପରି ମାଣ (ବୀମା ରାଶି ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖରେ ବକେୟା ପରିମାଣ ମଧ୍ୟରେ ପାର୍ଥକ୍ୟ)	
11	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) ରଣ ବାବଦକୁ ମୁଖ୍ୟ ପଲି ସିଧାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କରାଯାଇଥିବା ଆଦାୟର ବିବରଣୀ (ରଣ ଖାତାରେ କରାଯାଇଥିବା ଡେବିଟ୍ ଓ କ୍ରେଡିଟ୍ ଏଣ୍ଟ୍ରିଗୁଡ଼ିକ)	

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

ଆମେ ଏଠାରେ ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ସୂଚନାଗୁଡ଼ିକର ସଠିକତା ପାଇଁ ଯାଞ୍ଚ କରାଯାଇଛି।

**Stamp, Date and Signature of the Bank Official**

ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଖାତା, ତାରିଖ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ପିଏଚ୍ଟି ମେଟାଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍  
ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉଚ୍ଚତମ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117,  
CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ  
1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203