

Claim Form for Credit Life Claim

کریڈٹ لائف کلیم کے دعویٰ کا فارم

The Claim form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy

کلیم فارم کو پالیسی کے تحت دعویدار/مستفید کنندہ مقرر/قانونی طور پر حقدار شخص کے ذریعے پُر کرنا چاہیے

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

یہ فارم ایک ہی رنگ کی سیاہی سے صرف ایک ہی شخص کو پُر کرنا ہوگا

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

دعویٰ کی کارروائی کے لئے درکار سارے دستاویزات "دعاواؤں کے شمارے" میں بھیجے جانے چاہیے، جو کہ نیچے دیے گئے پیج میں مذکور ہے۔

All supporting documents to be self - attested by nominee

سارے معاون دستاویزات جو کہ خود نامزد کردہ کے ذریعے تصدیق شدہ ہوں

Photograph of Claimant

دعویدار کی تصویر

Documents to be Submitted

دستاویزات جو جمع کرنے ہیں

Mandatory Documents لازمی دستاویزات	Additional documents* to be submitted اضافی دستاویزات* جو جمع کروانے ہیں
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority مقامی اتھارٹی کے ذریعہ جاری کردہ درست موت کے سرٹیفکیٹ کی کاپی</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format ڈاکٹر کا سرٹیفکیٹ (خاندانی معالج یا علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے) ترجیحی طور پر معیاری PNB MetLife کے فارمیٹ میں</p> <p>3. Current address proof of the nominee نامزد کا موجودہ پتہ کا ثبوت</p> <p>4. Photo identity proof of the nominee نامزد کی تصویر شناختی ثبوت</p> <p>5. PAN Card/ Form 60 of the nominee نامزد شخص کا پین کارڈ / فارم 60</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook منسوخ شدہ چیک/ بینک پاس بک کی کاپی</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 برانچ/جی پی ایچ میں موصول ہونے والے دعویٰ کے لیے تیسرے فریق کے ذریعے دعویٰ کی اطلاع موصول ہونے کی صورت میں دعویدار کی طرف سے اجازت نامہ</p> <p>8. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee نامزد شخص کی عدم موجودگی کی صورت میں قانونی وارث/جانشینی کا سرٹیفکیٹ</p> <p>9. Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official بینک کی طرف سے موت والی تاریخ تک کا قرض کے بقایاجات کا بیان، بینک افسر سے تصدیق شدہ</p> <p>10. Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (old policies) تجویز کے مرحلے (برانی پالیسیوں) پر لائف ایشرڈ شخص سے اجازت نہ لینے کی صورت میں معیاری فارمیٹ میں نامزد کا اعلانیہ بیان</p>	<p>Natural death/ death due to illness توم سے سبجو یک یرامیب/توم یعیط</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 ماضی کے کسی بھی علاج یا وفات کے وقت کا مکمل طبی ریکارڈ (داخلہ کے نوٹ اور خروج / وفات کا خلاصہ اور ٹیسٹ / تحقیق کی رپورٹس وغیرہ)</p> <p>Accidental Death حادثاتی موت</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ایف آئی آر، پنچنامہ، تفتیشی رپورٹ، پوسٹ مارٹم رپورٹ کی کاپیاں</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) (اگر دستیاب ہو تو) اعلان وفات/ اخبار کا حصہ (جس میں مرحوم کی سوانح عمری کا بیان ہو)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) (اگر دستیاب ہو تو) انٹزیوں سے متعلق/ کیمیائی تجزیاتی رپورٹ</p> <p>4. Final police investigation report پولیس کی حتمی تحقیقاتی رپورٹ</p> <p>Note:- نوٹ:-</p> <ul style="list-style-type: none"> Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request اگر درخواست کے ساتھ KYC کے ثبوت کے طور پر آدھار کارڈ جمع کیاجائے، تو براہ کرم آدھار نمبر کے پہلے 8 ہندسوں کو ڈھانپ دیں *PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required. *اگر ضرورت پڑے تو، پی این بی میٹلائف مندرجہ نیل کے علاوہ کسی بھی اضافی دستاویزات /ثبوت مانگنے کا حق محفوظ رکھتا ہے۔

1. POLICY NUMBER/S _____

پالیسی نمبر/ز _____

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

(براه کرم PNB MetLife India Insurance Co. Ltd کے تمام پالیسی نمبرز کو درج کریں)

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

وفات کے دعوے کے اقرار نامے کی رسید

PNB MetLife Insurance Co. Ltd _____

پی این بی میٹ لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ

Name of claimant _____

دعویدار کا نام

Branch name & code _____

شاخ کا نام اور کوڈ

Date: _____ Employee name & Code _____

تاریخ:

Documents Submitted:

Claimant's photo identity proof

Claimant's Current address Proof

دستاویزات پیش کی گئیں:

دعویدار کی تصویر پہچان کا ثبوت

دعویدار کے موجودہ پتہ کا ثبوت

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

Copy of death certificate issue by local authority

منسوخ چیک / بینک پاس بک کی کاپی

مقامی اتھارٹی کے ذریعہ موت کے سرٹیفکیٹ کے اجراء کی کاپی

Medical Documents (if any)

Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)

طبی دستاویزات (اگر کوئی ہوں تو)

ڈاکٹر کا سرٹیفکیٹ (خاندانی ڈاکٹر یا علاج کرنے والے ڈاکٹر سے جاری کردہ)

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

دعویدار کی جانب سے اجازت نامہ اور اس شخص کا ایک ویب کیم فوٹو، اگر دعویٰ کی اطلاع کسی تیسرے فریق کے ذریعے سے ملی ہو

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

بینک کی طرف سے موت والی تاریخ تک کا قرض کے بقایاجات کا بیان، بینک افسر سے تصدیق شدہ

Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee PAN Card/ Form 60 of the nominee

نامزد شخص کا پین کارڈ / فارم 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.

اس اعترافی سلیپ کو دعویٰ کی قبولیت کے طور پہ نہیں مانا جانا چاہیے۔ کمپنی اس دعویٰ پہ کارروائی کے فیصلے کے لئے اضافی دستاویزات، معلومات اور کوئی بھی دوسری ضروریات مانگنے کا حق محفوظ رکھتی ہے۔

2. CLAIMANT DETAILS

مدعی کی تفصیلات

Name: _____ Date of Birth:

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

 Gender: Male Female
نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ جنس: مرد عورت

Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____
لائف انشورڈ سے رشتہ: _____ موبائل / ٹیلیفون نمبر: _____

Nationality: Indian Non-Resident Indian Foreign National If a Non-Resident Indian or Foreign National, please mention the country you reside in _____
قومیت: ہندوستانی غیر مقیم ہندوستانی غیر ملکی باشندہ اگر غیر مقیم ہندوستانی یا غیر ملکی باشندہ ہوں، تو آپ کی رہائش کے ملک کا نام درج کریں

Current Address: _____
موجودہ پتہ: _____

Email ID: _____ PAN No./Form 60: _____
ای میل ایڈریس: _____ پی اے این نمبر/فارم 60: _____

*Aadhaar number:

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

 *Only last 4 digits to be mentioned.
*آدھار نمبر: _____ *صرف آخری 4 ہندسے بتائیں۔

Preferred mode of Communication Email Letter (if email is selected, no physical letters will be sent)
خط و کتابت کا پسندیدہ ذریعہ ای میل خط (اگر ای میل کا انتخاب کیا جائے، تو دستی خطوط نہیں بھیجے جائیں گے)

3. BANKING DETAILS

بینک سے متعلق تفصیلات

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____
بینک اکاؤنٹ نمبر: _____ اکاؤنٹ رکھنے والے کا نام: _____

Bank Name: _____ Branch Name: _____ State: _____ PIN Code: _____ Account Type: Saving Current NRO NRI
بینک کا نام: _____ برانچ کا نام: _____ ریاست: _____ پین کوڈ: _____ اکاؤنٹ کی قسم: بچت موجودہ این آر او این آر آئی

MICR:

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

 IFSC:

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

ایم آئی سی آر: _____ آئی ایف ایس سی: _____

4. LIFE INSURED DETAILS

لائف انشورڈ کی تفصیلات

Name of the life insured: _____ Date of Death:

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

جس نے لائف انشور کروائی تھی اس کا نام: _____ وفات کی تاریخ: _____

Time of Death: AM/PM

H	H
---	---

M	M
---	---

 Place of Death: Home Hospital Office Others (please Specify Others / Hospital name)
وفات کا وقت: _____ دن/رات _____ وفات کی جگہ: گھر ہسپتال دفتر کوئی اور (براہ مہربانی اس جگہ / ہسپتال کا نام بتائیں)

Cause of Death: Accident Murder Suicide COVID 19 Natural Calamity Heart Disease Kidney disease Liver Disease Cancer Others (please specify) _____
وفات کی وجہ: حادثہ قتل خودکشی کووڈ 19 قدرتی آفت امراض قلب گردے کی بیماری جگر کی بیماری کینسر کوئی اور (براہ مہربانی واضح کریں)

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS	Date of Diagnosis تشخیص کی تاریخ
<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"/> ہائے بلڈ پریشر <input type="checkbox"/> ذیابیطس <input type="checkbox"/> دمہ <input type="checkbox"/> اٹپ و دق <input type="checkbox"/> قلب <input type="checkbox"/> کینسر <input type="checkbox"/> کوئی اور (براہ مہربانی وضاحت کریں)	
<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"/> سگریٹ نوشی <input type="checkbox"/> شراب <input type="checkbox"/> تمباکو <input type="checkbox"/> دوائیاں- اگر ہاں، تو ان کے استعمال کا عرصہ استعمال کی مقدار _____ (یومیہ / ہفتہ / مہینہ)	

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

ملازمت دینے / کاروبار / پیشہ کی تفصیلات

Last Employer's name/Business/Occupation: _____
پچھلے ملازمت دینے والے کا نام / کاروبار / پیشہ کی تفصیلات: _____

Nature of work/designation: _____
کام / عہدہ کی نوعیت: _____

Employment/Business/Occupation Address: _____
ملازمت / کاروبار / پیشہ کا پتہ: _____

State: _____ PIN Code: _____ Mobile / Landline number: _____
ریاست: _____ پین کوڈ: _____ موبائل/ٹیلیفون نمبر: _____

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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجھا ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117، CI No. U66010KA2001PLC028883، ویب سائٹ: www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیکس - 1، ٹیکنیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکار فلائی اوور، گوریگاؤں (ویسٹ)، ممبئی - 400062، فون: +91-22-41790000-22-91، فیکس: +91-22-41790203-22-91

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

ان سبھی ڈاکٹروں/ہسپتالوں کے نام، پتہ اور رابطہ کی تفصیلات جہاں لائف انشورنس کروانے والے کا موت سے پہلے 5 سالوں کے اندر اندر علاج ہوا تھا

Name of Doctor/ Hospital ڈاکٹر / ہسپتال کا نام	Address and Contact Details پتہ اور رابطہ کی تفصیلات	Disease /Condition Treated For بیماری / حالت کا علاج	Treatment Dates (From- To) علاج کی تاریخیں (سے)

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

بیمہ شدہ زندگی کے آجر کی طرف سے دیگر انشورنس/میڈیکلیم پالیسیوں/پالیسیوں کی تفصیلات

Name of Life Insurance Company لائف انشورنس کمپنی کا نام	PNB MetLife Insurance Co. Ltd پی این بی میٹ لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ	Policy Commencement Date پالیسی کے شروع ہونے کی تاریخ	Coverage Amount (Rs.) (بھری پائی کی رقم روپے)	Claim Submitted دعویٰ ارسال ہوگئی

Declaration and Authorization

قرارداد اور اجازت نامہ

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.

میں/ہم، اوپر بیان کیا/کئے گیا/گئے دعویدار، پختہ طور پر اقرار کرتا/کرتے ہوں/ہیں کہ اوپر دیے گئے جواب اور بیان پر طرح سے بالکل سچ ہیں، اور میں/ہم مزید اس بات سے اتفاق کرتے ہیں کہ پی این بی میٹ لائف نے دعویٰ کرنے کے فارم میں کوئی قانونی ذمہ داری تسلیم نہیں کی ہے اور نہ ہی اپنے کسی حق سے چھوٹ دی ہے۔

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.

میں/ہم نے یہاں مجاز قرار دیا ہے معالجوں/ڈاکٹروں یا ہسپتالوں، طبی مراکز کو جو کہ مذکورہ فوت شدہ/انشورٹڈ شخص کے ہاں تیمار داری کرتے تھے یا معائنہ یا علاج کرتے تھے کسی بھی تکلیف یا بیماری کے لئے یا کوئی دوسری انشورنس کمپنی جس نے مذکورہ فوت شدہ/انشورٹڈ شخص کو پالیسیاں جاری کی، لائف انشورٹڈ کے موجودہ/ماضی کے آجر یا کاروباری شریک، پیدائش اور وفات کے رجسٹرار، تشخیص کے وہ مراکز جہاں لائف انشورٹڈ 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 ہونے سے پہلے یا بعد میں حاصل کی ہوں گی۔ اس اجازت نامہ کی ایک نقل اتنی کار آمد اور قابل قبول سمجھی جائے گی جیسے اصل کاپی سمجھی جاتی ہے۔ چونکہ مذکورہ کوریج مرحوم _____ نے حاصل کی تھی اس مقصد کے لیے کہ لوڈ کے بقایاجات حاصل کر سکے جو اس نے _____ بینک/جی پی ایچ سے حاصل کیا تھا، میں آپ سے درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ _____ پاکستانی روپے بینک/جی پی ایچ کو ادا کریں جو وفات کی تاریخ سے لوڈ میں سے باقی رہ رہے ہیں۔ ادائیگی کے بعد بقایا رہنے والا کوئی بھی بیلینس میرے نام سے ادا کیا جائے گا۔

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 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) پی این بی میٹ لائف کو PNB میٹ لائف (جو اس بیان میں موجود ہے یا کسی اور طرح سے حاصل ہوا ہے) کے پاس میری / ہماری جمع کردہ یا 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) پی این بی میٹ لائف سے منسلک یا متعلق کسی فرد / تنظیم / ادارہ کو دعویٰ پر تحقیق اور دیگر خدمات فراہم کرنے کے غرض سے، KYC کی دستاویز، بشمول ری انشورنس، تفتیش دعویٰ جات، ایجنسیوں، دکانداروں اور انشورٹی ایسوسی ایشن / فیڈریشن 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۔

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.

میں ناقابل منسوخ طور پر کمپنی سے یہ عہد کرتا ہوں، تسلیم کرتا ہوں، اپنا موقف پیش کرتا ہوں اور اقرار کرتا ہوں کہ پالیسی ہولڈر یا قانونی وراثہ کی جانب سے اصل پالیسی کے معاہدے پر عہد نہیں کیا گیا ہے، رین نہیں رکھا گیا ہے، اختیار تفویض نہیں کیا گیا ہے یا بصورت دیگر اس پر کوئی منعی ربن، حق ملکیت یا مفاد وضع نہیں کیا گیا ہے اور میں پالیسی کے تحت مکمل اور حتمی ادائیگی موصول ہونے کے بعد اسے کالعدم اور بے معنی دستاویز کے طور پر ضائع کر دینے کا بھی عہد کرتا ہوں۔ میں مزید یہ عہد 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 تلافی کی حقدار ہے۔ میں مکمل طور پر یہ سمجھتا ہوں اور کمپنی کے ساتھ متفق ہوں کہ مجھے، نامزد نمائندے، پالیسی ہولڈر/بیمہ شدہ فرد کے قانونی وارث یا جائشیں کو ادائیگی کر دینے کے مابعد اس پالیسی/پالیسیوں سے ظاہر ہونے والے تمام واجبات سے وہ حتمی طور پر فارغ ہوگی۔

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 یہاں اعتراف کرتا ہوں اور اس بات سے متفق ہوں کہ میری جانب سے فراہم کی گئی کسی بھی غلط، چھوٹی، یا گمراہ کن یا ناقص معلومات کے نتیجے میں مجھ پر اور میرے اثاثوں پر شہری و فوجداری استحقاق عائد ہونے کے ساتھ ساتھ دعویٰ مسترد ہوسکتا ہے یا دعوے کی کارروائیوں کے خرچ اور معاوضے کے ساتھ بازیابی کی جاسکتی ہے۔

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

دستخط/مدعی کے ہاتھیں انگوٹھے کا نشان / نامزد شخص _____ تاریخ: _____

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)

فارم پُر کرنے والے شخص کی جانب سے اعلان۔ (اگر دعویٰ فارم درخواست فارم سے مختلف زبان میں دستخط شدہ / پر شدہ ہے)

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

میں اس تحریر کے ذریعہ یہ اعلان کرتا ہوں کہ میں نے دعویٰ فارم کے مندرجات کو مدعی کے سامنے اس کی سمجھ میں آنے والی زبان میں پوری طرح سے واضح کیا ہے۔ اس نے بھی اس کو پوری طرح سمجھا ہے اور مدعی کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کے مطابق جوابات محفوظ کر دینے گئے ہیں اور جوابات مدعی کو پوری طرح سمجھا دینے گئے ہیں اور اس کی تصدیق ہوگئی ہے۔

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

فارم اور دستاویز کے مندرجات کو مجھ پر پوری طرح بیان کیا گیا ہے اور یہ کہ میں مذکورہ مواد اور مجوزہ دعوے کے لئے اس کی اہمیت کو پوری طرح سے سمجھ چکا ہوں۔

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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117، CI No. U66010KA2001PLC028883، ویب سائٹ: www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in پر ٹول فری کل کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیپلیکس-1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکار فلائی اوور، گورگاؤن (وےسٹ)، ممبئی - 400062، فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

Name of Witness/ Declarant: _____

Signature of Witness/ Declarant: _____

گواہ کے دستخط/اقرار کنندہ:

گواہ کا نام/اقرار کنندہ:

Address of Witness/ Declarant: _____

گواہ کا پتہ /اقرار کنندہ:

Contact number of Witness/ Declarant: _____

Claimant relation with Witness/ Declarant: _____

گواہ/اعلان کنندہ کے ساتھ دعویدار کا تعلق:

گواہ / اعلان کنندہ کا رابطہ نمبر:

Date: _____

Place: _____

جگہ:

تاریخ:

Terms and Conditions:

شرائط و ضوابط:

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.

دعوے کے 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 / واسطہ 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 دستاویزات کے ساتھ اس فارم کو جلد جمع کروانا ہمیں آپ کے دعوے پر تیزی سے کارروائی کرنے میں مدد دے گا۔ نامکمل دعوے کے فارم جمع کروانے اور / یا لازمی دستاویزات پیش نہ کرنے کی وجہ سے پی این بی میٹ لائف دعوی کی کارروائی میں ہونے والی کسی تاخیر کی ذمہ دار نہیں ہوگی۔

For Office Use Only

صرف دفتری استعمال کے لیے

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

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

برانچ سروس ایسوسی ایٹ کے دستخط کے ساتھ او ایس وی / اے ایس وی کی تفصیلات کے ساتھ برانچ سے متعلق تاریخ اور وقت کی ڈاک ٹکٹ پر نقشہ شدہ

ایچ او، تاریخ مہر کو یہاں چسپاں کرنے کا دعوی کرتا ہے۔
(وقت، اگر براہ راست موصول ہوا۔)

Policy No.: _____

پالیسی نمبر: _____

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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117، CI No. U66010KA2001PLC028883، ویب سائٹ: www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیپلیکس - 1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکار فلائی اوور، گوریگاؤں (ویسٹ)، ممبئی 400062۔ فون: + 91-22-41790000، فیکس: + 91-22-41790203

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

گریڈٹ اکاؤنٹ بیان کا فارم
(مندرجہ ذیل نکات لازمی طور پر بینک عہدیدار کو بھرنے چاہئیں)

S No. نمبر شمار	Particulars تفصیلات	Filled by GPH جی پی ایچ کے ذریعہ پر شدہ
1	Name of the Group Master Policy Holder گروپ ماسٹر پالیسی ہولڈر کا نام	
2	Group Master Policy Number گروپ ماسٹر پالیسی ہولڈر کا نمبر	
3	Name of Insured Member بیمہ شدہ رکن کا نام	
4	Loan Account Number لون کا اکاؤنٹ نمبر	
5	Loan Disbursement Date لون دینے کی تاریخ	
6	Risk-commencement Date خطرے کے آغاز کی تاریخ	
7	Sum Assured طے شدہ رقم	
8	Original amount of Loan قرض کی اصل رقم	
9	Outstanding Loan balance amount as on the date of death وفات کی تاریخ پر قرض کی بقیہ رقم	
10	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) بقیہ مطلوبہ رقم (طے شدہ رقم اور تاریخ وفات پر باقی رہ جانے والی رقم کا فرق)	
11	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) ماسٹر پالیسی کے حامل کی جانب سے قرض کی مد میں کی جانے والی وصولیوں کی تفصیلات (قرض کی رقم میں ڈیبٹ اور کریڈٹ انٹریاں)	

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

ہم تصدیق کرتے ہیں مندرجہ ذیل معلومات تصحیح کے لئے تصدیق شدہ ہیں۔

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

مہر، تاریخ اور بینک افسر کے دستخط

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

ہی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔
ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیپلیکس - 1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکار فلائی اوور، گوریگاؤں (ویسٹ)، ممبئی 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203