

Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity)

وفات کے دعوے کے لیے دعویٰ کنندہ کا بیان نامہ (SSG اور قرابت داری)

Group Policy Number	گروپ پالیسی نمبر
Group Policy Holder Name	گروپ پالیسی کے مالک کا نام
Member number	رکن کا نمبر
Date of Joining the Policy	پالیسی میں شمولیت کی تاریخ
Certificate Number	سند کا نمبر
Loan disbursal date	قرضے کی تقسیم کی تاریخ
Outstanding loan as of date of death of member	رکن کی وفات کی تاریخ پر واجب الادا قرضہ

Details of the Insured Member:

بیمہ یافتہ رکن کی تفصیلات:

Full name	مکمل نام
Residential Address	رہائشی پتہ
PAN No./ Form 60	پی اے این نمبر/ فارم 60
Gender	جنس
Male	مرد
Female	عورت
Age at death:	وفات کے وقت عمر:
Nature of occupation	پیشے کی نوعیت
Date of birth (as per records)	تاریخ پیدائش (ریکارڈز کے مطابق)
Date of death and Time of Death	وفات کی تاریخ اور وقت
Cause of death	وفات کی وجہ
Place of death	وفات کا مقام

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

Home Hospital Office Others (please Specify Others / Hospital name) _____
 گھر ہسپتال دفتر کوئی اور (براہ مہربانی اس جگہ / ہسپتال کا نام بتائیں)

In case of death due to illness

بیماری کے باعث وفات کی صورت میں

When and where did the insured member give first indication of falling ill	بیمہ یافتہ رکن نے بیماری کی پہلی اطلاع کب اور کہاں دی
Date and type of illness	بیماری کی تاریخ اور نوعیت
Treatment given	فراہم کیا جانے والا علاج
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness	گزشتہ بیماری کے دوران بیمہ یافتہ فرد کی مشاورت کرنے والے ڈاکٹر کا نام، پتہ اور فون نمبر
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness	اُس اسپتال کا نام اور پتہ جہاں بیمہ یافتہ فرد کی گزشتہ بیماری کا علاج کیا گیا

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents

حادثے کے باعث وفات کی صورت میں: دعوے کی دستاویزات کے ساتھ FIR اور PMR (GPH کی جانب سے تصدیق شدہ) کو بھی پُر کرنا ہوگا

Date and Time of accident	حادثے کی تاریخ اور وقت
Details of accident	حادثے کی تفصیلات
Address of Police Station to which the accident was reported	اُس پولیس اسٹیشن کا پتہ جہاں حادثے کی اطلاع دی گئی
FIR number	FIR نمبر
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted	اُس اسپتال کا نام اور پتہ جہاں پوسٹ مارٹم کیا گیا

Details of Claimant/Nominee		دعویٰ کنندہ/نامزد فرد کی تفصیلات	
Name of the claimant	دعویٰ کنندہ کا نام		
Relationship with the insured and % of Share	بیمہ یافتہ فرد سے رشتہ اور % حصہ		
Address of the claimant	دعویٰ کنندہ کا پتہ		
PAN No./ Form 60 (Mandatory)	پی اے این نمبر/ فارم 60 (لازمی)		
Email and phone number	ای میل اور فون نمبر		
Claimant/Nominee's Bank details		دعویٰ کنندہ/نامزد فرد کے بینک کی تفصیلات	
Bank Name and complete address	بینک کا نام اور مکمل پتہ		
Account type	Savings سیونگزر	Current کرنٹ	
Bank account number	بینک اکاؤنٹ نمبر		
MICR code:	MICR کوڈ:	IFSC Code:	IFSC کوڈ:

Declaration from Claimant / Nominee

دعویٰ کنندہ / نامزد فرد کی طرف سے اعلامیہ

I/We _____ hereby declare that, I am/we are the nominee/s /legal heir/s of Late Mr. / Mrs. _____ who is the life assured in the above policy.

میں/ہم _____ بذریعہ ہذا یہ اعلان کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ میں/ہم مرحوم _____ کا/کی/کے نامزد فرد/قانونی وارث ہوں / نامزد افراد/قانونی ورثاء ہیں جو کہ مذکورہ بالا پالیسی کا لائف بیمہ یافتہ ہے۔

I/We hereby irrevocably agree and undertake that, upon payment of the amount payable under the policy, PNB MetLife India Insurance Company Ltd. shall stand conclusively discharged from all its liabilities in relation to the insurance cover of the deceased member arising out of the above policy. I/We hereby authorize the physician/Doctor/s, hospitals, medical centers, etc. who had attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness, Insurance Companies who had 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 available with them or other details which he/they may have acquired whether before or after the issuance of the policy by PNB MetLife.

میں/ہم ناقابل تسیخ طور پر اس بات پر متفق ہوں/ہیں اور اقرار کرتا/کرتی ہوں/کرتے ہیں کہ پالیسی کے تحت واجب الادا رقم کی ادائیگی پر، PNB MetLife انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ مذکورہ پالیسی کے نتیجے میں متوفی کے بیمہ کی رقم کے حوالے سے سامنے آنے والے تمام واجبات سے قطعی پر بری الذمہ ہوگا۔ مذکورہ بالا متوفی/بیمہ یافتہ فرد کو پالیسیاں جاری کرنے والی کمپنیوں، بیمہ یافتہ فرد کے موجودہ/سابقہ آجر یا معائنہ کرنے والے معالج/معالجین / ڈاکٹر/ڈاکٹرز، اسپتالوں، طبی مراکز وغیرہ کو، مذکورہ بالا متوفی/بیمہ یافتہ فرد کو پالیسیاں جاری کرنے والی کمپنیوں، بیمہ یافتہ فرد کے موجودہ/سابقہ آجر یا کاروباری شرکاء، پیدائش اور وفات کے رجسٹرار، لائف بیمہ یافتہ فرد کے ذاتی/باضابطہ/بیمہ شدہ طبی معائنے کرنے والے تشخیصی مراکز کو اس بات کا مجاز بنانا/بنانی ہوں / بناتے ہیں کہ وہ متوفی کی صحت کی کیفیات کے حوالے سے اپنے پاس موجود کوئی بھی معلومات یا تفصیلات یا دستاویزات یا PNB MetLife کی طرف سے پالیسی کا بیمہ اختیار کرنے سے پہلے یا بعد میں اس/ان کی حاصل کردہ دیگر تفصیلات کا اظہار یا اشتراک کرسکتے ہیں۔

A photocopy of this authorization shall be considered as valid as original. Since the said coverage was availed by Late _____ for the purpose of securing outstanding due and payable under a loan availed by him/her from _____ Bank/Financial Institution/GPH, I/We request you to pay Rs. _____ to Bank/ Financial Institution/ GPH towards discharge/partial discharge of the loan outstanding. Any balance post payment of the said outstanding may be paid in my/our name.

اس اجازت نامے کی نقل کو اصل کے قائم مقام مستند سمجھا جائے گا۔ چونکہ مذکورہ بیمہ مرحوم _____ کی جانب سے واجب الادا رقم کو محفوظ بنانے کے لیے حاصل کیا گیا تھا اور جو کہ اس کی جانب سے _____ بینک/مالیاتی ادارے/GPH سے حاصل کردہ قرضے کے تحت واجب الادا ہے، لہذا میں/ہم سے آپ سے درخواست کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ بینک/مالیاتی ادارے/GPH کو واجب الادا قرضے کی مکمل/جزوی ادائیگی کی مد میں _____ روپے ادا کیے جائیں۔ ادائیگی کے بعد باقی ماندہ واجب الادا رقم میرے/ہمارے نام پر ادا کی جاسکتی ہے۔

I/We undertake to refund any amount which is credited to my/our account either in excess or which is not due to me/us, at any time, for any reason and to this effect. I hereby confirm that the particulars mentioned here are true, correct and complete in all respects. I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the information including sensitive and personal data or information of mine/ours' collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include my/our 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 and/or for providing subsequent services.

میں/ہم اپنے/ہمارے اکاؤنٹ میں جمع کردہ کسی بھی وقت، کسی بھی وجہ سے اور اس حوالے سے ایسی کوئی بھی رقم، خواہ اضافی ہو یا جو مجھے/ہمیں واجب الادا نہ ہو، واپس کرنے کا اقرار کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں۔ میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہاں درج کردہ کوائف سچ پر مبنی، درست اور ہر لحاظ سے مکمل ہیں۔ میں/ہم بذریعہ ہذا اس بات پر بھی متفق ہوں/ہیں اور اجازت دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ PNB MetLife دعوے پر عمل درآمد اور/یا مابعد خدمات کی فراہمی کے لیے، کوئی بھی معلومات بشمول مجھ/ہم سے حاصل کردہ یا PNB MetLife کے پاس دستیاب حساس اور ذاتی نوعیت کے کوائف یا معلومات (جو اس بیان نامے میں درج ہوں یا کسی اور طرح سے حاصل کی جائیں) جن میں میری/ہماری KYC دستاویزات شامل ہوسکتی ہیں، PNB MetLife کے ساتھ اشتراک کے حامل یا الحاقی یا اس کے ساتھ کام کرنے والے کسی بھی فرد واحد/تنظیم/ادارے بشمول مکرر بیمہ کنندگان، دعوے کی تفتیش کی ایجنسیاں، ویڈرز اور انٹسٹری کی ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز پر ظاہر کرسکتا اور ان کا استعمال کرسکتا 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 بولڈر یا قانونی ورثاء کی جانب سے اصل پالیسی کے معاہدے پر عہد نہیں کیا گیا ہے، ربن نہیں رکھا گیا ہے، اختیار تفویض نہیں کیا گیا ہے یا بصورت دیگر اس پر کوئی منفی 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 کردینے 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 بولڈر/بیمہ شدہ فرد کے قانونی وارث یا جانشین کو ادائیگی کردینے 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، جھوٹی، 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/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

تاریخ: _____

دعویٰ کنندہ/کنندگان کے دستخط/انگوٹھے کا نشان

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular I hereby declare that, I have explained the contents of this application form to the claimant/s in _____ Language known to him/her/ them and have truly recorded the answers provided to me. I further declare that the Claimants has signed/affixed his/her/their thumb impression in my presence.

اگر دعویٰ کنندہ نے انگوٹھے کا نشان لگایا ہو یا مقامی زبان میں دستخط کیے ہوں تو ایک فریق ثالث کی جانب سے اعلامیہ دیا جائے گا۔ میں بذریعہ ہذا اعلان کرتا ہوں کہ میں اس درخواست فارم کے مندرجات کی وضاحت دعویٰ کنندہ/کنندگان کو اسے/انہیں سمجھ میں آنے والی زبان میں کرچکا/چکی ہوں اور میں نے اس کے دیے گئے جوابات کا درست طور پر اندراج کر لیا ہے۔ میں اس بات کا بھی اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ دعویٰ کنندہ/کنندگان نے میری موجودگی میں اپنے انگوٹھے کا نشان ثبت کیا ہے۔

Name: _____

Contact No. _____

رابطہ نمبر _____

نام: _____

Signature _____

دستخط _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)	
کریڈٹ اکاؤنٹ کا بیان (نیچے کی فیلڈز لازمی طور پر گروپ ماسٹر پالیسی ہولڈر کے ذریعے پُر کی جائیں گی)	
1) Name of the Group Master policy holder	گروپ ماسٹر پالیسی ہولڈر کا نام
2) Group Master policy number	گروپ ماسٹر پالیسی نمبر
3) Name of the Insured Member	بیمہ شدہ ممبر کا نام
4) Loan Account number	لون اکاؤنٹ نمبر
5) Loan Disbursement date	قرض کی تقسیم کی تاریخ
6) Date of Commencement of Risk	خطرے کے آغاز کی تاریخ
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured	بیمہ کی رقم جس کے لیے گروپ انشورنس پالیسی کے ممبر کی بیمہ کی گئی تھی
8) Original amount of Loan	قرض کی اصل رقم
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan	قرض کی مد میں ماسٹر پالیسی ہولڈر کی طرف سے کی گئی وصولیوں کی تفصیلات
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member	ممبر کی موت کی تاریخ کے مطابق باقی قرض کی رقم
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee)	بیلنس کلیم کی رقم (نامزد کو قابل ادائیگی رقم)

We hereby declare that, Late _____, whose Death Certificate is attached hereto was a member of the Group Policy referred above. We hereby confirm that, the particulars mentioned above are true, correct and complete in all respects. We undertake to refund any amount which got credited to our account either in excess or not due to us, at any time, for any reason.

ہم بذریعہ ہذا اعلان کرتے ہیں کہ مرحوم _____، جن کی وفات کی سند اس دستاویز کے ساتھ منسلک ہے، مذکورہ بالا پالیسی کے گروپ رکن تھے۔ ہم بذریعہ ہذا تصدیق کرتے ہیں کہ درج بالا کوائف سچ پر مبنی، درست اور بر لحاظ سے مکمل ہیں۔ ہم ہر اُس رقم کو واپس کرنے کا اقرار کرتے ہیں جو کسی بھی وقت، کسی بھی وجہ سے اضافی طور پر ہمارے اکاؤنٹ میں جمع کر دی گئی ہو یا جو ہمیں واجب الادا نہ ہو۔

Verified & Recommended by

Group Policy Holder Name [Company Seal]

گروپ پالیسی کے مالک کا نام [کمپنی کی مہر]

تصدیق کردہ اور تجویز کردہ

Name:

Signature of the official

عہدیدار کے دستخط

نام:

Date:

تاریخ:

Documents required:

مطلوب دستاویزات:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority

مقامی اتھارٹی کے ذریعہ جاری کردہ موت کے سرٹیفکیٹ کی کاپی

- Current Address Proof of the Nominee

نامزد کا موجودہ پتہ کا ثبوت

- Photo Identity Proof of the Nominee

نامزد کی تصویر شناختی ثبوت

- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook

منسوخ شدہ چیک/ بینک پاس بک کی کاپی

- In case the death is due to accident, any one of the below mentioned documents needs to be submitted along with proof of death: Copy of Final police investigation report, Inquest report or Panchnama and the postmortem report

حادثے کی وجہ سے موت ہونے کی صورت میں، درج ذیل دستاویزات میں سے کسی ایک کو موت کے ثبوت کے ساتھ پیش کرنے کی ضرورت ہے: پولیس کی حتمی تفتیشی رپورٹ، انکوسٹ رپورٹ یا پنچنامہ اور پوسٹ مارٹم رپورٹ کی کاپی

- Obituary/Newspaper cutting (if available)

اوبیچوری/اخبار کی کٹنگ (اگر دستیاب ہو)

- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)

Viscera/کیمیائی تجزیاتی رپورٹ (اگر قابل اطلاق ہو)

- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee

نامزد شخص کی عدم موجودگی کی صورت میں قانونی وارث/جانشینی کا سرٹیفکیٹ

- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank

تاریخ موت کے مطابق قرض کا بقایا اسٹیٹمنٹ اور بینک سے معیاری فارمیٹ میں کریڈٹ اکاؤنٹ اسٹیٹمنٹ

- 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 (پرانی پالیسیوں) میں لائف ایشرڈ سے اجازت نہ لینے کی صورت میں معیاری فارمیٹ میں نامزد کا اعلانیہ بیان

- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.

متعلقہ سوشل سیکٹر گروپ کی جانب سے متوفی کی رکنیت اور اس کی موت کی تصدیق کرنے والا کورنگ لیٹر۔

- Certificate of Insurance

انشورنس کی سرٹیفکیٹ

- Age proof of the Insured

بیمہ شدہ شخص کی عمر کا ثبوت