

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

একক মৃত্যুকালীন দাবী ফর্ম

For Official Use Only / শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য

Branch Name / শাখার নাম: _____ Branch Code শাখা কোড: _____

Employee Name কর্মীর নাম: _____

Employee Code / কর্মী কোড: _____ Sign / স্বাক্ষর: _____

Date:

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

 Time: On or Before 3PM After 3PM

তারিখ: _____ সময়: বিকাল ৩টা বা তার আগে বিকাল ৩টার পর

Photograph of Claimant
দাবীকারীর ছবি

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED

যেসব কাগজপত্র জমা দিতে হবে

Mandatory Documents

বাধ্যতামূলক কাগজপত্র

- Copy of valid death certificate issued by local authority
স্থানীয় কর্তৃপক্ষের ইস্যুকৃত বৈধ ডেথ সার্টিফিকেটের কপি
 - Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
ডাক্তারের সার্টিফিকেট (পারিবারিক ডাক্তার বা চিকিৎসাকারী ডাক্তারের কাছ থেকে), স্ট্যান্ডার্ডকৃত PNB মেটলাইফের ফরম্যাটে হলে ভালো হয়
 - Current address proof of the nominee
মনোনীত ব্যক্তির বর্তমান ঠিকানা প্রমাণ
 - PAN Card or Form 60 of the nominee
মনোনীত ব্যক্তির প্যান কার্ড বা ফর্ম 60
 - Photo identity proof of the nominee
মনোনীত ব্যক্তির ছবি পরিচয় প্রমাণ
 - Cancelled cheque / Copy of bank passbook
বাতিলকৃত চেক / ব্যাংকের পাশবই এর কপি
 - Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH
শাখা/জিপিএইচ-এ প্রাপ্ত দাবির জন্য তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে দাবি রদ করার ক্ষেত্রে দাবিদারের কাছ থেকে অনুমোদনপত্র
 - Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
নামিনি না থাকলে আইনী উত্তরাধিকারী/উত্তরাধিকার সার্টিফিকেট
- Note: - Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request
মনে রাখবেন:- অনুরোধটির সাথে KYC প্রমাণ হিসেবে আধার কার্ড দেওয়া হলে, অনুগ্রহ করে, আধার কার্ডের প্রথম ৪টি অংক ঢেকে রাখুন

Additional documents* to be submitted

অতিরিক্ত ডকুমেন্টস* জমা দিতে হবে

Natural death/ death due to illness

স্বাভাবিক মৃত্যু/ অসুস্থতা জনিত মৃত্যু

- Complete Medical records (Admission notes & Discharge / Death summary & Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death
পূর্বে বা মৃত্যুর সময়ে নেওয়া যেকোনো চিকিৎসার সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড (ভর্তি ও ছাড়া পাওয়া সংক্রান্ত তথ্য/ মৃত্যু সম্পর্কিত বর্ণনা ও পরীক্ষা-নিরীক্ষা/তদন্ত প্রতিবেদন ইত্যাদি)

Accidental Death

দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু

- Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report
এজাহার, পঞ্চনামা, লাশের সুরতহাল প্রতিবেদন, ময়নাতদন্ত রিপোর্টের অনুলিপি
- Obituary/ Newspaper cutting (if available)
মৃত্যুসংবাদ/সংবাদপত্রে মৃত্যুসংবাদ প্রকাশিত হলে তার প্রমাণ (যদি থাকে)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
ভিসেরা (Viscera) / রাসায়নিক বিশ্লেষণ রিপোর্ট (যদি প্রযোজ্য হয়)
- Final police investigation report
পুলিশের চূড়ান্ত তদন্ত রিপোর্ট

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

* PNB মেটলাইফ প্রয়োজন হলে, নীচে প্রদত্ত ব্যতীত কোনও অতিরিক্ত নথি / প্রমাণের জন্য কল করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

***SECTION A - POLICY DETAILS**

*** বিভাগ A - পলিসির বিবরণ**

Policy Number(s) _____
পলিসির নম্বর / এস _____

(Please Mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co.Ltd)
(অনুগ্রহ করে, PNB মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইনস্যুরেন্স কোং লিমিটেডের সাথে থাকা সমস্ত পলিসি নম্বর উল্লেখ করুন)

***SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)**

*** বিভাগ B - জীবনের আশ্বাসিত ব্যক্তির বিবরণ ()**

Name of Life Assured: Mr. Ms.
জীবনের আশ্বাসিত ব্যক্তির মিঃ মিস.

F	I	R	S	T												M	I	D	D	L	E								L	A	S	T							
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

নাম: _____

Father's Name: _____
বাবার নাম:

F	I	R	S	T													M	I	D	D	L	E								L	A	S	T							
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Date of Death: _____
মৃত্যুর তারিখ:

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

Place of Death: Hospital* Clinic* Residence Office Other (Please specify) _____
মৃত্যুর স্থান: হাসপাতাল* ক্লিনিক* বাসস্থান অফিস অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

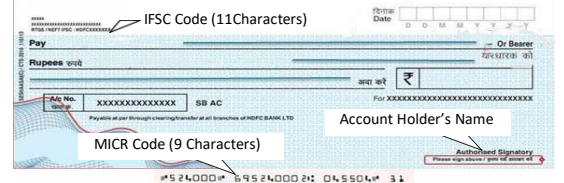
*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name _____
*যদি হাসপাতাল/ ক্লিনিক নির্বাচন করা হয়, অনুগ্রহ করে, হাসপাতাল/ ক্লিনিকের নাম উল্লেখ করুন _____

Family Doctor: Name: _____
পারিবারিক ডাক্তার: নাম: _____
Registration No. _____ Contact No. _____

***SECTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS**

***বিভাগ F – দাবীকারীর NEFT ম্যান্ডেট/ ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ**

Account No.: _____
অ্যাকাউন্ট নং: _____
Account Holder Name: _____
অ্যাকাউন্টধারীর নাম: _____
Bank Name & Branch: _____
ব্যাঙ্কের নাম ও শাখা: _____
Account Type: Savings Current NRO NRE#
অ্যাকাউন্ট ধরণ: সেভিংস কারেন্ট NRO NRE#
IFSC: _____ MICR: _____
আইএফএসসি: _____ এমআইসিআর: _____
Payout option: Lump sum Regular Payment
পে-আউট অপশন: এককালীন মোট অর্থপ্রদান নিয়মিত অর্থপ্রদান
 Annuity (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
অ্যানুইটি (অপশনগুলি পলিসির প্রযোজ্য নিয়ম ও শর্তাবলী অধীন থাকবে।)



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

***বিভাগ G – মৃত্যুর আগের 5 বছর জীবনের আত্মসিদ্ধ ব্যক্তি যে সমস্ত ডাক্তারের কাছে/ হাসপাতালে চিকিৎসা হয়েছে তাদের নাম, ঠিকানা ও যোগাযোগের বিবরণ**

Name of Doctor/ Hospital ডাক্তার/ হাসপাতালের নাম	Address and Contact Details ঠিকানা ও যোগাযোগের বিবরণ	Disease /Condition Treated For যে রোগ / স্বাস্থ্যসমস্যার জন্য চিকিৎসা হয়েছে	Treatment Dates (From- To) চিকিৎসার তারিখগুলি (থেকে - পর্যন্ত)

***SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**

***বিভাগ H – ঘোষণা ও অনুমোদন প্রদান**

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.

আমি / আমরা, উপরে উল্লিখিত দাবিদার (গুলি), গভীরভাবে ঘোষণা করি যে উপরের উত্তর এবং বিবৃতিগুলি সমস্ত দিক থেকে সত্য, এবং আমি / আমরা আরও সম্মত হই যে দাবি ফর্ম জমা দেওয়ার সময় পিএনবি মেটলাইফ কোনও দায়বদ্ধতা স্বীকার করেনি বা তার কোনও অধিকার মওকুফ করেনি। আমি / আমরা বুঝতে পারি এবং সম্মত হই যে এই ফর্মটি জমা দেওয়ার অর্থ এই নয় যে অনুরোধটি প্রক্রিয়া করা হবে। আমি / আমরা বুঝতে পারি যে নীতিমালার অধীনে যে কোনও অর্থ প্রদান নীতিগত শর্তাবলী এবং শর্তাবলী অনুসারে কঠোরভাবে হবে। যে কোনও অর্থ প্রদান শেষ পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম প্রদানের উপলব্ধি সাপেক্ষে হবে। এই ঘোষণার একটি ফটোকপি বৈধ এবং কার্যকর হিসাবে বিবেচিত হবে।

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.

আমি / আমরা এর দ্বারা চিকিৎসক / ডাক্তার বা হাসপাতাল, চিকিৎসা কেন্দ্রগুলিকে অনুমোদন করি, যারা কোনও অসুস্থতা বা অসুস্থতা বা অন্যান্য বীমা সংস্থাগুলির জন্য উপরোক্ত মৃত ব্যক্তি / বীমাকৃত ব্যক্তি / বীমাকৃত ব্যক্তির উপর উপস্থিত বা পরীক্ষা বা চিকিৎসা করেছেন বা উপরোক্ত মৃত ব্যক্তি / বীমাকৃত, বর্তমান / অতীত নিয়োগকর্তা বা জীবন বীমাকৃত জীবন বীমাকৃত, জন্ম ও মৃত্যু রেজিস্ট্রারের ব্যবসায়িক সহযোগীদের পলিসি জারি করেছে, ডায়াগনস্টিক সেন্টারগুলি যেখানে জীবন বীমাকৃত ব্যক্তি ব্যক্তিগত / সরকারী / বীমা সম্পর্কিত মেডিকেল পরীক্ষার মধ্য দিয়ে যায়, মৃত ব্যক্তির স্বাস্থ্যের অবস্থা বা অন্যান্য বিবরণ সম্পর্কে কোনও জ্ঞান বা তথ্য বা নথি প্রকাশ বা ভাগ করে নেওয়ার জন্য যা তিনি পিএনবি মেটলাইফ দ্বারা জারি করা পলিসির আগে বা পরে অর্জন করতে পারেন। এই অনুমোদনের একটি ফটোকপি মূল হিসাবে কার্যকর এবং বৈধ হিসাবে বিবেচিত হবে।

I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement 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.

আমি / আমরা এরপরে পিএনবি মেটলাইফকে আমার / আমাদের সংগৃহীত বা পিএনবি মেটলাইফের সাথে উপলব্ধ (ব্যক্তিগতভাবে এই বিবৃতিতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে বা অন্যথায় প্রাপ্ত) যে কোনও ব্যক্তিগত এবং সংবেদনশীল তথ্য ব্যবহার করতে এবং প্রকাশ করতে পিএনবি মেটলাইফকে আরও সম্মতি জানাই এবং অনুমোদন করি, যা কেওয়াইসি ডকুমেন্টকে অন্তর্ভুক্ত করতে পারে এই দাবিটি প্রক্রিয়া করার উদ্দেশ্যে এবং / অথবা পরবর্তী পরিষেবাগুলি সরবরাহের উদ্দেশ্যে, পুনর্বিবেচনা, তদন্তকারী এজেন্সি, বিক্রোত্তারা এবং শিল্প সমিতি / ফেডারেশনগুলির দাবি সহ পিএনবি মেটলাইফের সাথে যুক্ত বা সম্পর্কিত বা নিযুক্ত ব্যক্তি বা সংস্থা / সত্তা

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

মূল পলিসি বন্ড ও নথির সাথে সাযুজ্য রেখে, ক্ষতি থেকে সুরক্ষা/প্রতিশ্রুতি/ওয়ার্যান্টি এবং দাবীকারীর উপস্থাপনাগুলি

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.

আমি অপরিবর্তনীয়ভাবে কোম্পানির কাছে কার্যকর, স্বীকার, উপস্থাপিত ও গ্রহণ করছি যে, মূল পলিসি চুক্তিটি হয় পলিসিধারীর দ্বারা বা আইনী উত্তরাধিকারীদের দ্বারা অস্বীকারকৃত, বন্ধককৃত, আরোপিত করা হয় নি বা অন্য কোন ভাবে এর উপর কোন প্রতিকূল লিয়েন, টাইটেল, সুদ তৈরী করা হয়নি এবং আমি আরো প্রতিশ্রুতি দিচ্ছি যে, কোম্পানির কাছ থেকে পলিসির আওতায় দাবীর পূর্ণ ও চূড়ান্ত অর্থপ্রদানের পর এটিকে একটি অকার্যকর নথি হিসেবে বিনষ্ট করব। আমি আরো প্রতিশ্রুতি দিচ্ছি যে, মূল পলিসি চুক্তিটির বিধিগুলি বা সেখানে থাকা উপস্থাপনা/ওয়ার্যান্টি সংক্রান্ত উদ্ভূত হওয়া কোনও ক্ষতি, দাবী থেকে আমি কোম্পানিকে সুরক্ষিত বিবেচনা করছি। আমি কোম্পানির সাথে সম্পূর্ণ অবগত ও সম্মত আছি যে, আমাকে, মনোনীত ব্যক্তিকে, আইনী উত্তরাধিকারীকে বা পলিসিধারী/জীবন আশ্রিত ব্যক্তির উত্তরাধিকারীকে অর্থপ্রদান করার মাধ্যমে কোম্পানি এই পলিসি/গুলি থেকে উদ্ভূত হওয়া সমস্ত বাধ্যবাধকতা থেকে নিশ্চিতভাবে দায়মুক্ত হচ্ছে। আমি এই মর্মে স্বীকার করছি ও সম্মত আছি যে, আমার প্রদান করা কোন ভুল, মিথ্যা, ভুল দিকে চালিত, ঘাটতি থাকা তথ্যের জন্য দাবীটিকে বাতিল করা হতে পারে বা দাবীর অর্থ থেকে তার খরচ ও ক্ষতিপূরণ কেটে নেওয়া হতে পারে, কারণ এই কেসটি আমার ও আমার সম্পদের ক্ষেত্রে দেওয়ানী ও ফৌজদারী দায়ভার থেকে আলাদা হবে।

Date / তারিখ:
Place / স্থান: _____

SIGN HERE
এখানে স্বাক্ষর করুন
Signature of Claimant
দাবীকারীর স্বাক্ষর

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

একজন তৃতীয় ব্যক্তিকে ঘোষণাটি করতে হবে

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.

পলিসিধারী তার বৃদ্ধাসুলের ছাপ দিয়েছেন/ আঞ্চলিক ভাষাতে স্বাক্ষর করেছেন/ আবেদনপত্রটি পূরণ করেননি। আমি এইমর্মে ঘোষণা করছি যে, পলিসিধারীকে এই আবেদনের বিষয়বস্তু ভাষাতে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমাকে প্রদত্ত উত্তরগুলি সত্যতার সাথে রেকর্ড করা হয়েছে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, পলিসিধারী আমার

উপস্থিতিতে স্বাক্ষর করেছেন/তার বৃদ্ধাসুলের ছাপ দিয়েছেন।

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant/Contact Number _____
 ঘোষণাকারীর নাম: _____ ঘোষণাকারীর সাথে দাবীকারীর সম্পর্ক/যোগাযোগের নম্বর _____
 Contact Number of Declarant _____ Address: _____
 ঘোষণাকারীর যোগাযোগের নম্বর _____ ঠিকানা: _____

Date / তারিখ:

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

Place / স্থান: _____

SIGN HERE

এখানে স্বাক্ষর করুন

Signature of Third person

তৃতীয় ব্যক্তির স্বাক্ষর

Terms and Conditions:**শর্তাবলী:**

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.

প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক নথিপত্রসহকারে বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেয়ার অর্থ এই নয় যে, পলিসির অধীনে আমাদের কোম্পানি দায় স্বীকার করে নিচ্ছে। কোনো এজেন্ট/ মধ্যস্থতাকারী কোম্পানির পক্ষ থেকে কোনো দায় স্বীকার করার জন্য অনুমোদিত নয়।

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.

নীচে প্রদত্ত প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক নথিপত্রসহকারে এই ফর্মটি শীঘ্রই জমা দেওয়া হলে আমাদেরকে আপনার দাবীটি তদারকাসহ প্রক্রিয়া করতে সহায়তা করবে। অসম্পূর্ণ বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেওয়া এবং/ অথবা বাধ্যত-মূলক নথিপত্র জমা না দেওয়ার কারণে দাবী প্রক্রিয়াকরণে কোনো বিলম্বের জন্য পিএনবি মেটলাইফ দাবী স্বীকারে না।

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

গুরুত্বপূর্ণ টীকা: দাবীর প্রক্রিয়াকরণ বা নিষ্পত্তির জন্য একজন কোম্পানী প্রতিনিধি সহ কোনো ব্যক্তি আপনার কাছে কিছু দাবী করলে বা সুবিধা চাইলে, তা মেনে নেবেন না এবং এই সম্পর্কে অবিলম্বে কোম্পানীর এই ইমেইল আইডিতে অবশ্যই রিপোর্ট করুন: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM**ফর্মটি পূরণ করার নির্দেশনা****IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)****গুরুত্বপূর্ণ তথ্যাবলী (ফর্মটি পূরণ করার আগে অনুগ্রহ করে পড়ে নিন)**

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

ফর্মটি শুধুমাত্র দাবীকারীর দ্বারা পূরণ করা উচিত। দাবীকারী যদি একজন অপ্রাপ্তবয়স্ক হয়, অভিভাবক/নিযুক্ত ব্যক্তি ফর্মটি পূরণ করবেন।

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

একটি একক ফর্ম পূরণ করে ও প্রযোজ্য সমস্ত পলিসি নম্বর প্রদান করে, একাধিক পলিসির অধীনে দাবী নিবন্ধিত করা যেতে পারে।

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

একাধিক দাবীকারী থাকলে, প্রত্যেক দাবীকারীর জন্য আলাদা ফর্ম পূরণ করতে হবে।

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

অনুগ্রহ করে, ঘোষণাগুলি সতর্কভাবে পড়ে নিন এবং দাবীকারীকে দাবী ফর্মে একই রকমভাবে স্বাক্ষর করতে হবে, যে রকম আপনি স্বাভাবিকভাবে চেকে স্বাক্ষর করে থাকেন।

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

পলিসির সমস্ত নিয়ম ও শর্তাবলী পূরণ সাপেক্ষে দাবীর অর্থ প্রদেয় হবে।

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

এই দাবীটির প্রক্রিয়া করার জন্য কাউকে কোনো ফী বা কমিশন প্রদান করা উচিত নয়।

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

নিশ্চিত করুন যে, আপনার ঠিকানা, ফোন নম্বরগুলি ও ইমেইল ID সাম্প্রতিক ও সক্রিয় রয়েছে, কারণ শুধুমাত্র এর মাধ্যমেই যোগাযোগ করা হবে।

8. Asterisk (*) refers to mandatory information.

তারিখ (*) মানে হল বাধ্যতামূলক তথ্যাবলী।

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM**গ্রাহক প্রাপ্তিস্বীকার কপি - ব্যক্তিগত মৃত্যুজনিত দাবী ফর্ম**

Policy No.: _____

পলিসি নং:

Branch Name / Intimation Number: _____

শাখার নাম / জানান দেওয়ার নম্বর:

Employee Name: _____

কর্মীর নাম:

Employee Signature: _____

কর্মীর স্বাক্ষর:

IRDAI Registration No. _____

IRDAI রেজিস্ট্রেশন নং.

Claimant Name: _____

দাবীকারীর নাম:

Claimant Client ID: _____

দাবীকারীর ক্লায়েন্ট ID:

Date: _____

তারিখ

Employee Code: _____

কর্মী কোড:

Branch Stamp

শাখার স্ট্যাম্প

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)

পরিচয় ও ঠিকানার বৈধ প্রমাণপত্রের তালিকা (অনুগ্রহ করে জমা করা নথিগুলিতে টিক দিন)

PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)

সচিত্র পরিচয়পত্র (যে কোনো একটি)

- Claimant's PAN CARD
 দাবীকারীর প্যান (PAN) কার্ড
 Aadhar Card*
 আধার কার্ড*
 Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
 স্টাম্প করা সচিত্র ID (6 মাসের পুরনো নয়) সম্বলিত ব্যাঙ্ক পাসবুক
 Card Issued by Central/State Govt. to employees
 কেন্দ্রীয়/রাজ্য সরকারের দ্বারা কর্মীদের ইস্যু করা কার্ড
 Any other Central/State Govt. issued ID
 কেন্দ্রীয়/রাজ্য সরকারের ইস্যু করা অন্য কোনো ID
 Voter ID Card
 ভোটার ID কার্ড
 I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd
 আমি স্বেচ্ছায় PNB মেটলাইফ ইস্যুরেন্স কোং লিমিটেডকে KYC অনুবর্তিতার জন্য পরিচয় যাচাই সম্পন্ন করতে আমার আধার ব্যবহারের সম্মতি জানাচ্ছি।

ADDRESS PROOF (ANY ONE)

ঠিকানার প্রমাণপত্র (যে কোনো একটি)

- Valid Passport
 বৈধ পাসপোর্ট
 Voter ID Card
 ভোটার ID কার্ড
 Aadhar Card*
 আধার কার্ড*
 Valid Driving License
 বৈধ ড্রাইভিং লাইসেন্স
 Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
 স্টাম্প করা সচিত্র ID (6 মাসের পুরনো নয়) সম্বলিত ব্যাঙ্ক পাসবুক

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

টিকা: দাবীকারীর NEFT ম্যান্ডেট/ ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ

- 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. NEFT ম্যান্ডেটের সাথে অ্যাকাউন্ট নম্বর ও IFSC সম্বলিত একটি ক্যানসেলড ব্যক্তিগতকৃত চেক জমা দেওয়া উচিত। চেকটি যদি ব্যক্তিগতকৃত না হয়, সেক্ষেত্রে ম্যান্ডেটের সাথে একটি সাম্প্রতিক ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট বা পাসবুকের কপি (যেখানে অ্যাকাউন্ট নম্বর ও IFSC উল্লিখিত রয়েছে) জমা দেওয়া উচিত।
- 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. ম্যান্ডেটটি প্রক্রিয়াকৃত হলে, তা PNB মেটলাইফ ইস্যুরেন্স কোং লিমিটেডের সাথে ক্লায়েন্টের থাকা সমস্ত পলিসির ক্ষেত্রে এর আগে সংযুক্ত NEFT ম্যান্ডেটগুলির উপর অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত হবে।
- 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. NEFT ব্যর্থ হলে বা ম্যান্ডেটের কোনো প্রয়োজনীয়তা পূরণ বাকী থাকলে, নতুন NEFT ম্যান্ডেট পাওয়া পর্যন্ত অর্থপ্রদান স্থগিত রাখা হবে, এর জন্য আপনাকে একটি জানান দেওয়া হবে।
 #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. #NRE অ্যাকাউন্টে অর্থফেরতের (পূর্ণ বা আনুপাতিক) বিষয়টি NRE অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে প্রদানকৃত প্রিমিয়াম (গুলির) অনুপাত অনুযায়ী হবে। NRE অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে প্রদানকৃত প্রিমিয়াম(গুলি) প্রদানের প্রমাণ হিসেবে অনুগ্রহ করে, একটি ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট বা ব্যাঙ্কের নিশ্চিতকারী চিঠি জমা দিন।
 ##In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.
 ##আনুপাতিক অর্থপ্রদানের ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে দুটি NEFT ম্যান্ডেট প্রদান করুন, অর্থাৎ NRE অ্যাকাউন্ট ও অ-NRE অ্যাকাউন্টের জন্য।

PNB MetLife India Insurance Company Limited Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India
 Registration number 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us 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

PNB মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং. 701, 702 & 703, 7ম ফ্লোর, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 M G রোড, বাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ভারতের IRDA রেজিস্ট্রেশন
 নম্বর 117. CI নং. U66010KA2001PLC028883, আমাদেরকে এই টোল-ফ্রি নম্বরে ফোন করুন- 1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com,
 ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের চিঠি লিখুন এই ঠিকানায় – 1ম ফ্লোর, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাভারকার ফ্লাইওভারের পরে, গোরগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই – 400062.
 ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +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.

জাল/প্রতারণাকারী ফোন কল থেকে সাবধান থাকুন: IRDAI ইস্যুরেন্স পলিসি বিক্রি করা, বোনাস ঘোষণা বা প্রিমিয়াম বিনিয়োগে সংশ্লিষ্ট থাকে না। এই ধরনের ফোন কল পেলে সাধারণ জনগণকে পুলিশে একটি অভিযোগ করার জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে।