

Employer Employee Death Claim Form

नियोक्ता कर्मचारी डेथ क्लेम फॉर्म

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)

(सभी ग्रुप बीमा योजनाओं के लिए ग्रुप पॉलिसीधारक (जी पी एच) और नामांकित व्यक्तियों द्वारा भरा जाना चाहिए)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

इस फॉर्म के साथ सबमिट किए जाने वाले अनिवार्य 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. Photo identity proof of the nominee attested by GPH जीपीएच (GPH) द्वारा सत्यापित नामिती का फोटो पहचान प्रमाण</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH जीपीएच (GPH) द्वारा सत्यापित नामिती का वर्तमान पता प्रमाण</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook रद्द चेक/बैंक पासबुक की प्रति</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee पैन नंबर / नामांकित व्यक्ति का फॉर्म 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee नामिती की अनुपस्थिति में कानूनी वारिस/उत्तराधिकार प्रमाण पत्र</p> <p>7. Authorization letter from the claimant incase 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>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request</p> <p>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>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims</p> <p>पंजीकरण के उद्देश्य के लिए उपरोक्त दस्तावेज आवश्यक हैं, कंपनी दावों को प्रोसेस करने के लिए अतिरिक्त दस्तावेज मांग सकती है</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 attested by GPH</p> <p>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) जीपीएच (GPH) द्वारा सत्यापित</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) ग्रुप टर्म लाइफ क्लेम के लिए छुट्टी का विवरण यदि एक्टिव वर्क क्लॉज लागू है (ई एंड ई मामला)</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)* विसरा/रासायनिक विश्लेषण रिपोर्ट (यदि लागू हो)*</p> <p>4. Final police investigation report* पुलिस की अंतिम जांच रिपोर्ट*</p> <p>*Attested by GPH *जीपीएच (GPH) द्वारा सत्यापित</p>

Part A / भाग A:

- 1) Group Policy No./ग्रुप पॉलिसी नंबर: _____
- 2) Member ID/सदस्य आईडी: _____
- 3) Employee ID/ कर्मचारी आईडी: _____
- 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
मृत सदस्य का वर्तमान पद/बैंड/ग्रेड: _____
(प्रभावी तारीख के साथ) जैसा कि लागू उद्धरण के तहत आवश्यक है
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee/बीमित सदस्य/नियोक्ता का पूरा नाम और पता: _____
- 6) Name of Group Policyholder/ग्रुप पॉलिसी धारक का नाम: _____
- 7) Date of Birth of Insured / बीमित की जन्मतिथि: _____
- 8) Date of Joining the Service / सेवा में शामिल होने की तिथि: _____
- 9) PAN No./ Form 60 / पैन नंबर / फॉर्म 60: _____
- 10) Date of Death / मृत्यु की तिथि: _____
- 11) Place and Cause of Death / मृत्यु का स्थान और कारण: _____
- 12) Cause of Death / मृत्यु का कारण: _____

13) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote) पिछला प्राप्त वेतन: (जीटीएल/एफएसएल स्कीम के लिए अनिवार्य, कृपया एफएसएल दावे के लिए मूल वेतन दर्ज करें। कृपया लागू उद्धरण के अंतर्गत आवश्यकतानुसार वेतन का उल्लेख करें)	Monthly मासिक	Annual वार्षिक

- 14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention पिछले एक वर्ष के दौरान / घटना की तारीख से कर्मचारी द्वारा ली गई छुट्टी के विवरण। कृपया बताएं

From Date तारीख स	To Date तारीख तक	No. of Days दिनों की संख्या	Type of Leave छुट्टी के प्रकार	Reason कारण

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड,

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर, 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, गोरगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062. फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

- 15) Sum Assured / वीमित राशि: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/वीमित व्यक्ति का पीएफ खाता संख्या: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/(ईडीएलआई दावे के लिए अनिवार्य)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent Contractual
कृपया कर्मचारी की मृत्यु की तारीख पर रोजगार की स्थिति की पुष्टि करें: स्थायी ठेका पर
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
कृपया पुष्टि करें कि क्या कर्मचारी, योगदान (जॉइनिंग) के दिनांक की तरह सक्रिय रूप से कार्य पर था: हाँ नहीं
- 19) Last working date/ अंतिम कार्य तिथि: _____

Declaration and authorization by Group policy holder

ग्रुप पॉलिसी धारक द्वारा घोषणा और प्राधिकार दिया जाना

I/We, the above-named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

मैं/हम, उपरोक्त नामित दावाकर्ता, दृढ़तापूर्वक घोषित करता हूँ/करते हैं कि पूर्ववर्ती कथन सत्य हैं और इस तथ्य से सहमत हूँ/सहमत हैं कि कंपनी द्वारा इस फॉर्म या अन्य अनुपूरक फॉर्म के प्रस्तुतिकरण को इस तथ्य की स्वीकारोक्ति नहीं माना जाएगा कि मृतक का कोई बीमा प्रभाव में था या किसी अधिकार या बचाव का अधिकार किया गया है। यद्यपि, कोई कानून, प्रथा या परिपाटी, सदस्य के चिकित्सा उपचार/जांच के दौरान प्राप्त गुप्त जानकारी को प्रस्तुत करने से प्रतिबंधित करता है।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

मैं/हम एतद्वारा किसी चिकित्सक या अन्य व्यक्ति या किसी अस्पताल, आरोग्यश्रम, चिकित्सा पेपेवर, अस्पताल या अन्य चिकित्सा देखभाल इकाई, बीमा समर्थित संगठन, फॉर्मसी, सरकारी एजेंसी, बीमा कंपनी, नियोक्ता, हितलाभ योजना व्यवस्थापक, लेखाकार या वित्तीय सलाहकार या अन्य संस्थान को पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को, इसके किसी कार्यालय या न्यायालय के कानून या किसी जांच एजेंसी या इसकी ओर से कार्य करने वाले स्वतंत्र व्यवस्थापक को, वीमित व्यक्ति के नियोजन, वित्त या बीमा, सलाह, देखभाल या उसके उपचार से संबंधित जानकारी या वीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित कोई आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता हूँ/करते हैं जिसमें मानसिक बीमारी, ड्रग्स के सेवन, शराब के सेवन, एचआईवी (एड्स) और / या यौन संचारित रोग से संबंधित जानकारी शामिल है।

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

मैं/हम एतद्वारा पूर्णतया सहमत हूँ और मेरी/हमारी कोई निजी और संवेदनशील जानकारी जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा संकलित की गई हो या उनके पास उपलब्ध हो (चाहे इस कथनधृआवेदन में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो) जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से सम्बद्ध या उनके द्वारा नियुक्त किसी व्यक्ति/संगठन/संस्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता (रिइंश्योरर), दावा जांच एजेंसियां, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संघर्षडरेशन शामिल हैं को इस दावे, आवेदन पर कार्यवाही करने और/या अनुवर्ती सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, जिनमें दावा निपटान से उत्पन्न सेवाएं भी शामिल हैं, दिए गए केवाईसी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं, का उपयोग और प्रकटित करने के लिए पीएनबी मेटलाइफ को प्राधिकृत करते हैं।

Declaration by Group Policy Holder

ग्रुप पॉलिसी धारक के द्वारा घोषणा

We confirm that the foregoing information including the details of the insured member stated above are true to the best of our knowledge and belief and our born out from our official records.

हम इस तथ्य कि पुष्टि करते हैं कि वीमित व्यक्ति के उपरोक्त विवरण सहित पूर्ववर्ती जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है और हमारे आधिकारिक रिकॉर्ड के अनुसार प्रमाणित है।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

मास्टर पॉलिसी धारक की कंपनी मुहर के साथ अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
नाम और पदनाम: _____ संपर्क नं.: _____ तिथि: _____

Part B / भाग B:

1) Please provide bank account number and PAN No./ Form 60 for all the Nominees:

कृपया सभी नामितियों के लिए बैंक खाता संख्या और पैन नंबर/फॉर्म 60 प्रदान करें:

Particulars विवरण	Nominee 1 नामांकित व्यक्ति 1	Nominee 2 नामांकित व्यक्ति 2	Nominee 3 नामांकित व्यक्ति 3	Nominee 4 नामांकित व्यक्ति 4	Nominee 5 नामांकित व्यक्ति 5
Name नाम					
Bank Account Number बैंक खाता संख्या					
IFSC Code आईएफएससी कोड					
PAN No./ Form 60 पैन नंबर / फॉर्म 60					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records:

कृपया जीपीएच रिकॉर्ड के अनुसार जीवन बीमा लाभ के लिए नामांकित व्यक्ति/व्यक्तियों से संबंधित निम्न विवरण प्रदान करें:

SL. No. क्रम संख्या	Nominee Name नामांकित व्यक्ति का नाम	Relationship संबंध	Benefit Share in % साझा लाभ नामांकित (%)	Address of Nominee व्यक्ति का पता

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following:

बीमारी या अप्राकृतिक कारण से मृत्यु के मामले में निम्नलिखित की आवश्यकता होती है:

Types of illness and date of diagnosis बीमारी के प्रकार और निदान की तारीख	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment दिए गए उपचार का विवरण और अस्पताल का विवरण जहां बीमा कराया गया था	

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड,

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर, 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, गोरगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062. फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

Version 2.2/Nov22

संस्करण 2.2/नवंबर22

Details of accident (for unnatural death) दुर्घटना के विवरण (अप्राकृतिक मृत्यु के लिए)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted अस्पताल का नाम और पता जहां पोस्टमॉर्टम किया गया था।	
Name and address of police station to which accident was reported दुर्घटना की रिपोर्ट करने वाले पुलिस स्टेशन का नाम और पता	

Declaration and authorization by Beneficiary

लाभार्थी द्वारा घोषणा और प्राधिकार देना

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

मैं/हम, उपरोक्त नामित दावाकर्ता, दृढ़तापूर्वक घोषित करता हूँ/करते हैं कि पूर्ववर्ती कथन सत्य हैं और इस तथ्य से सहमत हूँ/सहमत हैं कि कंपनी द्वारा इस फॉर्म या अन्य अनुपूरक फॉर्म के प्रस्तुतिकरण को इस तथ्य की स्वीकारोक्ति नहीं माना जाएगा कि मृतक का कोई बीमा प्रभाव में था या किसी अधिकार या बचाव का अधित्याग किया गया है। यद्यपि, कोई कानून, प्रथा या परिपाटी, चिकित्सा उपचार/सदस्य की जांच के दौरान प्राप्त गुप्त जानकारी को प्रस्तुत करने से प्रतिबंधित करता है।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

मैं/हम एतद्वारा किसी चिकित्सक या अन्य व्यक्ति या किसी अस्पताल, आरोग्य आश्रम, चिकित्सा पेपेवर, अस्पताल या अन्य चिकित्सा देखभाल इकाई, बीमा समर्थित संगठन, फॉर्मैसी, सरकारी एजेंसी, बीमा कंपनी, नियोक्ता, हितलाभ योजना व्यवस्थापक, लेखाकार या वित्तीय सलाहकार या अन्य संस्थान को पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को, इसके किसी कार्यालय या न्यायालय के कानून या किसी जांच एजेंसी या इसकी ओर से कार्य करने वाले स्वतंत्र व्यवस्थापक को, वीमित व्यक्ति के नियोजन, वित्त या बीमा, सलाह, देखभाल या उसके उपचार से संबंधित जानकारी या वीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित कोई आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए अन्य संस्थान करता हूँ/करते हैं जिसमें मानसिक बीमारी, ड्रग्स के सेवन, शराब के सेवन, एचआईवी (एड्स) और / या यौन संचारित रोग से संबंधित जानकारी शामिल है।

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

मैं/हम एतद्वारा पूर्णतया सहमत हूँ और मेरी/हमारी कोई निजी और संवेदनशील जानकारी जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा संकलित की गई हो या उनके पास उपलब्ध हो (चाहे इस कथनधुआवेदन में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो) जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से सम्बद्ध या उनके द्वारा नियुक्त किसी व्यक्ति/संगठन/संस्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता (रिइंश्योरर), दावा जांच एजेंसियां, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संघर्षेडरेशन शामिल हैं को इस दावे, आवेदन पर कार्यवाही करने और/या अनुवर्ती सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, जिनमें दावा निपटान से उत्पन्न सेवाएं भी शामिल हैं, दिए गए केवाईसी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं, का उपयोग और प्रकटित करने के लिए पीएनबी मेटलाइफ को प्राधिकृत करते हैं।

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

मूल पॉलिसी बांड और दस्तावेज के बदले दावेदार द्वारा क्षतिपूर्ति/उपक्रम/वारंटी और अभ्यावेदन

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy bond/documents are not pledge, 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 document 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.

मैं अटल रूप से बीमा, स्वीकार करता हूँ, प्रतिनिधित्व करता हूँ और कंपनी को शुरू करता हूँ कि मूल नीति बांड/दस्तावेज प्रतिज्ञा, गिरवी, सौंपे गए या अन्यथा पॉलिसीधारक या कानूनी उत्तराधिकारियों द्वारा इस पर कोई प्रतिकूल ग्रहणाधिकार, शीर्षक, ब्याज नहीं बनाया जाता है और मैं इसे कंपनी से नीति के तहत दावे के पूर्ण और अंतिम भुगतान के एक शून्य और शून्य दस्तावेज पोस्ट रसीद के रूप में नष्ट करने का कार्य करता हूँ। मैं आगे यह भी कार्य करता हूँ कि कंपनी मेरे द्वारा सभी हानियों के विरुद्ध क्षतिपूर्ति कर रही है, मूल नीति दस्तावेज की व्यवस्था या यहां अभ्यावेदन/वारंटी के संबंध में किसी भी चीज से उत्पन्न होने का दावा करती है। मैं कंपनी को पूरी तरह से समझता हूँ और सहमत हूँ कि यह पॉलिसी/आईईएस से उत्पन्न सभी दायित्वों से निर्णायक रूप से मुझे भुगतान करने पर, नामांकित, कानूनी उत्तराधिकारी या पॉलिसीधारक/जीवन सुनिश्चित के उत्तराधिकारी के रूप में खड़ा होगा।

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 इसके द्वारा स्वीकार करते हैं और सहमत हूँ कि किसी भी गलत, झूठी, या भ्रामक या घाटे की जानकारी मेरे द्वारा प्रस्तुत दावे की अस्वीकृति या लागत और मुआवजे के साथ दावा आय की वसूली में परिणाम के रूप में मामला मुझ पर दीवानी और आपराधिक दायित्व से अलग हो सकता है और मेरी संपत्ति।

Signature of the Nominee of Insurance Claim

बीमा दाविन्न मलानीड वाकिन्न चाम्न

Particulars विवरण	Nominee 1 नामांकित व्यक्ति 1	Nominee 2 नामांकित व्यक्ति 2	Nominee 3 नामांकित व्यक्ति 3	Nominee 4 नामांकित व्यक्ति 4	Nominee 5 नामांकित व्यक्ति 5
Name of Nominee नामांकित व्यक्ति का नाम					
Signature of Nominee नामांकित व्यक्ति के हस्ताक्षर					
Contact No. संपर्क नंबर					
Date दिनांक					

Declaration by Group Policy Holder

ग्रुप पॉलिसी धारक के द्वारा घोषणा

We confirm that, the Nominee/s mentioned in this form is/are as nominated by the employee for the purpose of vesting of his/her life Insurance benefits.

हम इस तथ्य की पुष्टि करते हैं कि इस फॉर्म में उल्लिखित नामित व्यक्ति अपने बीमा हितलाभों के उद्देश्य के तहत कर्मचारी द्वारा किए गए नामांकन के अनुसार है।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

मास्टर पॉलिसीधारक की कंपनी की मुहर के साथ प्राधिकृत हस्ताक्षर के हस्ताक्षर

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
नाम और पदनाम: _____ संपर्क नं.: _____ तिथि: _____

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड,

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर, 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,

टैक्नीप्लेक्स - 1, टैक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062. फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

Version 2.2/Nov22

संस्करण 2.2/नवंबर22