

Claim Form for Credit Life Claim क्रेडिट लाइफ दाव्यासाठी दावा अर्ज

The Claim form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy
दावा फॉर्म पॉलिसी अंतर्गत दावेदार/लाभार्थी नियुक्ती/कायदेशीर हक्कदार व्यक्तीने भरला पाहिजे
The Form is to be filled in one color by one person is single ink only
फॉर्म एका व्यक्तीकडून एकाच शाईत भरायला पाहिजे.

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below
दाव्यावर प्रक्रिया करण्यासाठी आवश्यक असलेली सर्व कागदपत्रे खालील पृष्ठामध्ये उल्लेखित "दाव्यांची संस्था" कडे पाठविली पाहिजेत
All supporting documents to be self - attested by nominee
सर्व सहाय्यक कागदपत्रे नॉमिनीद्वारे स्वतः सत्यापित केली पाहिजेत.

Photograph of Claimant
दावेदाराचे छायाचित्र

Documents to be Submitted कागदपत्रे सादर करावी लागतात

Mandatory Documents अनिवार्य दस्तऐवज	Additional documents* to be submitted सादर करावयाची अतिरिक्त कागदपत्रे
<ol style="list-style-type: none"> Copy of valid death certificate issued by local authority स्थानिक प्राधिकरणाद्वारे निर्गमित केलेल्या वैध मृत्यू प्रमाणपत्राची प्रत Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format डॉक्टरचे प्रमाणपत्र (कौटुम्बिक फिजीशियन किंवा उपचार करणाऱ्या डॉक्टरकडून) प्राधान्याने प्रमाणित पीएनबी मेटलाइफ प्रारूपात Current address proof of the nominee नामनिर्देशित व्यक्तीचा वर्तमान पत्ता पुरावा Photo identity proof of the nominee नामांकित व्यक्तीचा फोटो पहचान प्रमाण PAN Card/ Form 60 of the nominee नामनिर्देशित व्यक्तीचा पॅन कार्ड/प्रपत्र 60 Cancelled cheque/ Copy of bank passbook रद्द केलेले चेक / बँक पासबुकची प्रत Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH शाखा/जीपीएच येथे प्राप्त झालेल्या दाव्यांसाठी दाव्याची सूचना तिसऱ्या पक्षामार्फत मिळालेली असल्यास दावेदाराकडील अधिकार पत्र Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee नामनिर्देशित व्यक्तीचा गैरहजेरीत कायदेशीर वारस/उत्तराधिकारी प्रमाणपत्र Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official बँकेच्या मृत्यूच्या तारखेस बँक अधिकाऱ्याने प्रमाणित केलेले क्रेडिट बॅलन्स स्टेटमेंट Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (old policies) प्रस्तावाच्या टप्प्यावर (जुन्या पॉलिसी) आयुर्विमाधारकाकडून अधिकृतता न घेतल्याच्या घटनेत प्रमाणित नमुन्यात नामनिर्देशित व्यक्तीचे घोषणा विधान 	<p>Natural death/ death due to illness नैसर्गिक मृत्यू / आजारांमुळे मृत्यू</p> <ol style="list-style-type: none"> Complete Medical records (Admission notes & Discharge / Death summary & Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death पूर्वी किंवा मृत्यूच्या वेळी घेतलेल्या कोणत्याही उपचारांच्या पूर्ण वैद्यकीय नोंदी (प्रवेश नोट आणि डिस्चार्ज / मृत्यू सारांश व चाचणी / तपासणी अहवाल इ.) <p>Accidental Death अपघाती मृत्यू</p> <ol style="list-style-type: none"> Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report एफआयआर, पंचनामा, चौकशी अहवाल, पोस्टमार्टम अहवाल Obituary/ Newspaper cutting (if available) मृत्यूपत्र / वृत्तपत्र कटिंग (उपलब्ध असल्यास) Viscera / Chemical analysis report (if applicable) व्हिसेरा / रासायनिक विश्लेषण अहवाल (लागू असल्यास) Final police investigation report अंतिम पोलिस तपासणी अहवाल <p>Note:- टीप:-</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 निवृत्ती बरोबर केवायसीच्या पुरावा म्हणून आधार कार्ड सादर केले असेल तर कृपया आधार कार्डचे पहिले 8 अंक झाका *PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents / evidences apart from the given below, if required. *पीएनबी मेटलाइफने खाली दिलेल्या व्यतिरिक्त, आवश्यक असल्यास, कोणतीही अतिरिक्त कागदपत्रे / पुरावे मागण्याचा अधिकार राखून ठेवला आहे.

1. POLICY NUMBER/S

पॉलिसी क्रमांक

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

(कृपया पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इशुरन्स कं. लि. चे सर्व पॉलिसी क्रमांक नमूद करा)

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

मृत्यू दावा पोचपावती

PNB MetLife Insurance Co. Ltd

पीएनबी मेट लाइफ इशुरन्स कंपनी लिमिटेड

Name of claimant

दावा करणाऱ्याचे नाव

Branch name & code

शाखेचे नाव आणि कोड

Date:

तारीख:

Documents

Submitted:

दस्तऐवज सादर

केलेले:

Claimant's photo identity proof

दावा करणाऱ्या फोटो ओळखपत्र पुरावा

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुकची नकल

Medical Documents (if any)

वैद्यकीय दस्तऐवज (काही असल्यास)

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

दावा करणाऱ्याकडील अधिकारपत्र आणि दाव्याची माहिती तिसऱ्या पक्षामार्फत प्राप्त झाली असल्यास व्यक्तीचा वेबकॅम फोटो

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

बँकेकडील मृत्यूच्या तारखेला असल्याप्रमाणे थकित कर्जाचे बँकेच्या अधिकार्याने साक्षात्कृत केलेले विवरणपत्र.

Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee

नामनिर्देशित व्यक्तीचा गैरहजेरीत कायदेशीर वारस/उत्तराधिकारी प्रमाणपत्र

Employee name & Code

कर्मचाऱ्याचे नाव व कोड

Claimant's Current address Proof

दावा करणाऱ्याच्या सध्याच्या निवासाचा पुरावा

Copy of death certificate issue by local authority

स्थानिक प्राधिकरणाद्वारे मृत्यू प्रमाणपत्र जारी करण्याची प्रत

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

डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र (कौटुम्बिक फिजीशियन किंवा उपचार करणाऱ्या डॉक्टर कडील)

PAN Card/ Form 60 of the nominee

नामनिर्देशित व्यक्तीचा पॅन कार्ड/प्रपत्र 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.

पोचपावती म्हणजे दाव्याचा स्वीकार मानू नये. कंपनी आपला अतिरिक्त दस्तऐवज, माहिती आणि दाव्याची प्रक्रिया करण्याच्या निर्णयाच्या दृष्टीने आणखी आवश्यक गरजा मागण्याचा हक्क राखून ठेवते.

Company Seal &
Stamp with Date and
time
कंपनीची मोहोर आणि
शिक्का तारीख आणि
वेळेसह

2. CLAIMANT DETAILS**दावेदाराचा तपशील**

Name: _____ Date of Birth:

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

 Gender: Male Female
नाव: _____ जन्म तारीख: _____ लिंग: पुरुष स्त्री
Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____
विमा उतरवलेल्या व्यक्तीशी नाते: _____ मोबाईल/लॅंडलाईन नंबर: _____
Nationality: Indian Non-Resident Indian Foreign National If a Non-Resident Indian or Foreign National, please mention the country you reside in _____
राष्ट्रीयत्व: भारतीय अनिवासी भारतीय विदेशी नागरिक एखादा अनिवासी भारतीय किंवा विदेशी नागरिक असाल तर कृपया तुम्ही रहात असलेला देश नमूद करा

Current Address: _____
सध्याचा पत्ता: _____
Email ID: _____ PAN No./Form 60: _____
इमेल आयडी: _____ पॅन क्र./ फॉर्म 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.
* आधार क्रमांक: _____ * केवळ शेवटचे 4 अंक नमूद करायचे आहेत.
Preferred mode of Communication Email Letter (if email is selected, no physical letters will be sent)
पत्रव्यवहाराची पहिल्या पसंतीची पद्धत इमेल पत्र (इमेल निवडली तर, प्रत्यक्ष पत्रे पाठवली जाणार नाहीत)

3. BANKING DETAILS**बँकिंग तपशील**

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____
बँक खाते क्रमांक: _____ खाते धारकाचा नाव: _____
Bank Name: _____ Branch Name: _____ State: _____ PIN Code: _____ Account Type: Saving Current NRO NRI
बँक का नाम: _____ शाखा का नाम: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____ खाता प्रकार: बचत चालू एनआरओ एनआरआई
MICR:

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

 IFSC:

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

एमआयसीआर: _____ आयएफएससी: _____

4. LIFE INSURED DETAILS**विमा धारकाचे तपशील**

Name of the life insured: _____ Date of Death:

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

विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचे नाव: _____ मृत्यूची तारीख: _____
Time of Death: AM/PM

H	H
---	---

M	M
---	---

 Place of Death: Home Hospital Office Others (please Specify Others / Hospital name) _____
मृत्यूची वेळ: एएम/पीएम मृत्यूची जागा: घर हॉस्पिटल ऑफिस इतर (कृपया इतर स्पष्ट करा हॉस्पिटलचे नाव इत्यादी)
Cause of Death: Accident Murder Suicide COVID 19 Natural Calamity Heart Disease Kidney disease Liver Disease Cancer Others (please specify) _____
मृत्यूचे कारण: अपघात हत्या आत्महत्या कोविड 19 नैसर्गिक आपत्ती हृदयविकार मूत्रपिंडाचा आजार यकृताचा आजार कर्करोग इतर (कृपया निर्दिष्ट करा)

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS**आजारचे स्वरूप व सवयी**

Date of Diagnosis

निदान तारीख

<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"/> हायपरटेन्शन <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> अस्थमा <input type="checkbox"/> क्षय <input type="checkbox"/> हृदय <input type="checkbox"/> कर्करोग <input type="checkbox"/> इतर (कृपया निर्दिष्ट करा) _____	
<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"/> धूम्रपान <input type="checkbox"/> अल्कोहोल <input type="checkbox"/> तंबाखू <input type="checkbox"/> ड्रग्स – जर हो तर वापराचा कालावधी _____ खाण्याचे प्रमाण _____ (प्रति दिवस / आठवडा / महिना)	

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS**कर्मचारी / व्यवसाय / उद्योग तपशील**

Last Employer's name/Business/Occupation: _____
शेवटच्या नियोक्त्याचे नाव / व्यवसाय / उद्योग: _____
Nature of work/designation: _____
कामाचे स्वरूप / पदनाम: _____
Employment/Business/Occupation Address: _____
रोजगार / व्यवसाय / उद्योगाचा पत्ता: _____
State: _____ PIN Code: _____ Mobile / Landline number: _____
राज्य: _____ पिन कोड: _____ मोबाईल/लॅंडलाईन नंबर: _____

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 इशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, इमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +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

सर्व / डॉक्टर / रूग्णालये यांचे नाव, पत्ता आणि संपर्क तपशील, जेथे विमा धारकाला शेवटच्या 5 वर्षात उपचार दिले होते

Name of Doctor/ Hospital डॉक्टर / रूग्णालयाचे नाव	Address and Contact Details पत्ता आणि संपर्क तपशील	Disease /Condition Treated For उपचार केलेला रोग/स्थिती	Treatment Dates (From- To) उपचार तारीख (पासून पर्यंत)

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

जीवन विमाधारकाच्या नियोक्त्याकडून इतर विमा/मेडिकलेम पॉलिसी/पॉलिसीचा तपशील

Name of Life Insurance Company विमा कंपनीचे नाव	PNB MetLife Insurance Co. Ltd पीएनबी मेट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड	Policy Commencement Date पॉलिसी सुरु झाल्याची तारीख	Coverage Amount (Rs.) कव्हरेज रक्कम (रु.)	Claim Submitted दावा सबमित केला

Declaration and Authorization

घोषणा आणि अधिकृतता

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.

मी/आम्ही उपरोक्त नामांकित दावेदार सर्वप्रथम अशी घोषणा करित आहोत की, उपरोक्त उत्तरे आणि विधाने सर्व बाबतीत खरी आहेत आणि मी / आम्ही असे मानतो की दाव्याचे प्रपत्र सादर करताना पीएनबी मेटलाइफने कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकारले नाही किंवा त्याचे कोणतेही हक्क माफ केले नाहीत.

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.

मी/आम्ही अशा प्रकारे वैद्यकीय / डॉक्टर किंवा रूग्णालये, वैद्यकीय केंद्रे यांना अधिकृत केले आहे, ज्यांनी उपरोक्त मृत व्यक्तीवर / विमाधारकावर आजारात उपचार केले आहेत किंवा उपरोक्त मृत व्यक्तीला / विमाधारकाला ज्यांनी पॉलिसी जारी केल्या आहेत अशा इतर विमा कंपन्या किंवा विमाधारकाची तपासणी केली आहे किंवा त्याच्यावर उपचार केला आहे. पूर्वीचा नियोक्त्या किंवास जीवन विमाधारक, जन्म व मृत्यूचे रजिस्ट्रार, डायग्नोस्टिक सेंटर, ज्यात विमाधारकाने वैयक्तिक / अधिकारिक / विम्याशी संबंधित वैद्यकीय चाचण्या घेतल्या आहेत. मृत व्यक्तीच्या आरोग्यासंबंधी किंवा इतर संबंधित माहिती सामायिक करण्यास किंवा सामायिक करण्यासाठी पीएनबी मेटलाइफने पॉलिसी जारी करण्यापूर्वी किंवा त्यानंतर त्याला / तिला प्राप्त झालेली माहिती दिली आहे. या अधिकृततेची एक फोटो प्रत मूळ प्रत म्हणून प्रभावी व वैध मानली जाईल. _____ बँक / जीपीएच कडून घेतलेल्या भारतानुसार बकाया मिळविण्याच्या हेतूने हेव्हेन्स्यूड _____ ने सांगितले की कव्हरेज घेण्यात आले होते म्हणून मी तुम्हाला तारखेच्या तारखेप्रमाणे बकाया भारापयंत बँक / जीपीएचला _____ रुपये भरावे अशी विनंती करतो. थक बाकी भरल्यानंतर कोणतीही रक्कम माझ्या नावावर भरली जाऊ शकते.

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.

मी/आम्ही या द्वारे पीएनबी मेटलाईफला माझ्या /आमच्या एकत्रित किंवा पीएनबी मेटलाईफसह उपलब्ध असलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा वापर करण्यास आणि त्यास अधिकृत करण्यास परवानगी देतो (या विधानात समाविष्ट असलेले किंवा अन्यथा मिळविलेले) ज्यात केवायसी कागदपत्रे आणि / किंवा पुढील सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने संबंधित व्यक्ती / संस्था / किंवा पीएनबी मेटलाईफशी निगडित किंवा गुंतलेली एफएफआय, पुनर्विक्रितांसह अन्वेषण करणाऱ्या एजन्सी, विक्रेते आणि उद्योग संघटना / या दाव्याची प्रक्रिया करण्यासाठी आणि / किंवा इतर सेवा प्रदान करण्यासाठी.

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

दावा करणाऱ्याद्वारे मूळ पॉलिसी बंधपत्र आणि दस्तऐवजाच्या बदली क्षतीपूर्ती/वचनपत्र/वॉरंटी/अभिवेदन

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.

मी कंपनीला रद्द न करता येण्यासारखे लागू करतो, पोच देतो, अभिवेदन करतो आणि वचन देतो की मूळ पॉलिसी करार पॉलिसीधारकाने किंवा कायदेशीर वारसांनी तारण ठेवलेला, गहाण ठेवलेला, अभिहस्तांकित केलेला नाही किंवा त्यावर अन्यथा कोणताही विपरित धारणाधिकार, हक्क, हितसंबंध निर्माण केलेले नाहीत आणि त्या पुढे कंपनीकडून पॉलिसीखाली दाव्याच्या संपूर्ण आणि अंतिम प्रदानाच्या प्राप्तीपश्चात तो रद्दबातल दस्तऐवज म्हणून नष्ट करण्याचे वचन देतो. मी पुढे वचन देतो की मूळ पॉलिसी कराराच्या दानाच्या किंवा त्यातील अभिवेदनाच्या/वॉरंटीजच्या संबंधातील कशातूनही उद्भवणाऱ्या ज्या कोणते असतील त्या सर्व हानी, दाव्यांपासून कंपनी माझ्याकडून क्षतीपूर्त राहील. मी पूर्णपणे समजतो आणि कंपनीशी सहमत आहे की ती मला, नामनिर्देशीला, कायदेशीर वारसाला किंवा पॉलिसीधारकाच्या/विमाकृत जीवनाच्या उत्तराधिकार्याला प्रदान केल्यावर पॉलिसी/ज मधून उद्भवणाऱ्या सर्व जबाबदाऱ्यांपासून निर्णायक रितीने मुक्त राहील.

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.

मी याद्वारे पोच देतो आणि कबूल करतो की माझ्याकडून पुरवण्यात आलेल्या कोणत्याही चुकीच्या, खोट्या, किंवा दिशाभूल करणाऱ्या किंवा त्रोटक माहितीचा परिणाम माझा दावा फेटाळण्यात किंवा मी आणि माझ्या मत्तांवरील दिवाणी आणि फौजदारी दायित्वांच्या व्यतिरिक्त जसे प्रकरण असेल तसे खर्च आणि भरपाईसह दाव्याच्या रकमेच्या वसुलीत होऊ शकेल.

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

दावेकर्त्याची सही / डावी अंगठा ठसा / नामनिर्देशीत _____ तारीख: _____

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 इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला,

टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

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)

दावा फॉर्म भरणाऱ्या व्यक्तीद्वारे घोषणापत्र (दावा फॉर्म अर्ज प्रपत्राच्या भाषेपेक्षा वेगळ्या भाषेत भरला/सही केला असल्याच्या प्रसंगात)

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.

मी याद्वारे धोषित करतो/ते की मी दावा करणाऱ्याला त्याला/तिला समजणाऱ्या भाषेत गंभीर आजारपण दावा फॉर्म चा मजकूर स्पष्ट करून सांगितला आहे. तो त्याला/तिला पूर्णपणे समजला आहे आणि दावा करणाऱ्याने पुरवलेल्या माहितीनुसार उत्तरे नोंदवलेली आहेत आणि उत्तरे दावा करणाऱ्याला वाचून दाखवली, त्याला/तिला पूर्णपणे समजली आणि त्याने/तिने पुष्टी केली.

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

फॉर्म आणि दस्तऐवजातील मजकूर मला पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आला आहे आणि की त्यात नमूद केलेला मजकूर आणि प्रस्तावित दाव्यासाठी त्याचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे.

Name of Witness/ Declarant: _____ Signature of Witness/ Declarant: _____

साक्षीदाराचे नाव/ घोषणाकर्ता: _____ साक्षीदाराची सही/ घोषणाकर्ता: _____

Address of Witness/ Declarant: _____

साक्षीदाराचा पत्ता/ घोषणाकर्ता: _____

Contact number of Witness/ Declarant: _____ Claimant relation with Witness/ Declarant: _____

साक्षीदार/घोषणाकर्त्याचा संपर्क क्रमांक: _____ साक्षीदार/घोषणाकर्त्याशी दावेदाराचे संबंध: _____

Date: _____ Place: _____

तारीख: _____ ठिकाण: _____

Terms and Conditions:

नियम आणि अटी:

1) 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.

अनिवार्य दस्तऐवजांसह, पूर्ण भरलेला क्लेम फॉर्म देणे हे या फॉर्मिनी अंतर्गत आमच्या कंपनीच्या दायित्वामध्ये प्रवेश म्हणून गृहित धरले जाणार नाही. कोणत्याही एजंट / मध्यस्थ कंपनीला कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकारण्यासाठी अधिकृत केले गेले नाही.

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.

खालील फॉर्मिनी आवश्यकतेनुसार पूर्णता करून, खाली प्रदान केल्याप्रमाणे, लवकर सबमिट केल्यास तुमच्या दाव्याची आम्ही वेगाने प्रक्रिया करू शकू. अपूर्ण फॉर्म सादर केल्यामुळे आणि / किंवा अनिवार्य कागदपत्रे सादर न केल्यामुळे दावा प्रक्रियेच्या कोणत्याही विलंबास पीएनबी मेटलाईफ जबाबदार नाही.

For Office Use Only

फक्त कार्यालयीन वापरसाठी

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

शाखेने सेवा सहयोगीची स्वाक्षरी ओएसव्ही / एएसव्हीचे तपशील येथे द्यावयाचे आहेत, तारीख व मुद्रांकासह

Policy No.: _____

पॉलिसी क्र.: _____

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

एचओ, दाव्याने येथे तारखेचा शिक्का द्यायचा आहे

(वेळ, जर थेट प्राप्त झाले तर)

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 मेटलाईफ इंडिया इशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, राहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, इमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला,

टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

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

क्रेडिट खाते, स्टेटमेंट फॉर्म,
(खालील मुद्दे बँकेच्या अधिकाऱ्यांनी अनिवार्यपणे भरले पाहिजेत)

S No. अनुक्रमांक	Particulars तपशील	Filled by GPH जीएचपीने भरले
1	Name of the Group Master Policy Holder ग्रुप मास्टर पॉलिसी धारकाचे नाव	
2	Group Master Policy Number ग्रुप मास्टर पॉलिसी नंबर	
3	Name of Insured Member विमा उतरवलेल्या सदस्याचे नाव	
4	Loan Account Number कर्ज खाते क्रमांक	
5	Loan Disbursement Date कर्ज वाटप तारीख	
6	Risk-commencement Date जोखीम सुरू होण्याची तारीख	
7	Sum Assured विमा राशी	
8	Original amount of Loan कर्जाची मूळ रक्कम	
9	Outstanding Loan balance amount as on the date of death मृत्यूच्या तारखेप्रमाणे बकाया कर्ज शिल्लक रक्कम	
10	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) शिल्लक दावा रक्कम (सम अशुअर्डचा फरक आणि मृत्यूच्या तारखेप्रमाणे थकवाकी रक्कम)	
11	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) मास्टर पॉलिसीधारकाने कर्जासाठी केलेल्या रिकव्हरीचा तपशील. (लोन खात्यात केलेल्या डेबिट आणि क्रेडिट नोंदी)	

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

आम्ही याद्वारे घोषित करतो की वर नमूद केलेली माहिती अचूकतेसाठी सत्यापित केली आहे.

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

शिक्का, तारीख, बँक ऑफिसरची सही

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 इशुरन्स कंपनी लिमिटेड
नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,
CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, इमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला,
टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203