

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM
व्यक्तिगत मृत्यु दावा प्रपत्र

For Official Use Only / केवळ कार्यालयीन उपयोगसाठी

Branch Name / शाखेचे नाव: _____ Branch Code / शाखा कोड: _____
Employee Name / कर्माचार्याचे नाव: _____
Employee Code / कर्मचारी कोड: _____ Sign / सही: _____
Date: [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y] Time: On or Before 3PM After 3PM
तारीख: वेळ: दुपारी 3 किंवा त्यापूर्वी दुपारी 3 नंतर

Photograph of
Claimant
दावा करणाऱ्याचे
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 मृत्यु प्रमाणपत्राची प्रतDoctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format डॉक्टरचे प्रमाणपत्र (कौटुंबिक किंवा उपचार करणाऱ्या डॉक्टरकडून) प्राधान्याने प्रमाणित पीएनबी मेटलाइफ प्रारूपातCurrent address proof of the nominee नामनिर्देशित व्यक्तीचा वर्तमान पत्ता पुरावाPAN Card or Form 60 of the nominee नामनिर्देशित पॅन कार्ड प्रपत्र 60Photo identity proof of the nominee नामांकित व्यक्ति का फोटो पहचान प्रमाणCancelled cheque / Copy of bank passbook रद्द केलेले चेक / बँक पासबुकची प्रतAuthorization 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 दावांसाठी दाव्याची सूचना तिसऱ्या पक्षामार्फत मिळालेली असल्यास दावेदाराकडील अधिकार पत्रLegal heir/Succession certificate in case of absence of nominee नामनिर्देशित व्यक्तीच्या गैरहजेरीत कायदेशीर वारस/उत्तराधिकारी प्रमाणपत्र <p>Note: - Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request टीप: विनंती बरोबर केवळ यसीच्या पुरावा म्हणून आधार कार्ड सादर केले असेल तर कृपया आधार कार्डचे पहिले 8 अंक झाका</p>	<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 अहवालObituary/ Newspaper cutting (if available) मृत्युपत्र / वृत्तपत्र कटिंग (उपलब्ध असल्यास)Viscera / Chemical analysis report (if applicable) व्हिसेरा / रासायनिक विश्लेषण अहवाल (लागू असल्यास)Final police investigation report अंतिम पोलिस तपासणी अहवाल

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

*आवश्यक असल्यास, खाली दिलेल्या कोणत्याही अतिरिक्त दस्तऐवज/ पुराव्यासाठी पीएनबी मेटलाइफचा कॉल करण्याचा अधिकार सुरक्षित आहे.

*SECTION A - POLICY DETAILS

*विभाग A - पॉलीसीचा तपशील

Policy Number(s): _____
पॉलीसी क्रमांक: _____
(Please Mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co.Ltd)
(कृपया पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स क. लि. चे असलेले सर्व पॉलीसी क्रमांक नमूद करा)

*SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)

*विभाग B - जीवन आधारीत (एलए) चा तपशील

Name of Life Assured: Mr. Ms.
एशियर्दर व्यक्तिचे नाव: श्री. श्रीमती
Father's Name: _____
वडिलांचे नाव: _____
Date of Death: [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y]
मृत्यूची तारीख: _____
Place of Death: Hospital* Clinic* Residence Office Other (Please specify) _____
मृत्यूचे ठिकाण: रुग्णालय* चिकित्सालय* निवासस्थान कार्यालय इतर (कृपया नमूद करा) _____
*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name _____
*रुग्णालय/क्लिनिकची निवड केल्यास, कृपया रुग्णालयाचे नाव नमूद करा _____
Family Doctor: Name: _____
परिवारिक डॉक्टर: नाव: _____
Registration No.: _____ Contact No.: _____ PAN No./ Form 60: _____
नोंदणी क्र.: _____ संपर्क क्र.: _____ पॅन क्र./फॉर्म 60: _____
Last treated/attended Doctor: Name: _____
शेवटचा उपचार केलेला/सेवा दिलेला डॉक्टर: नाव: _____
Registration No.: _____ Contact No.: _____
नोंदणी क्र.: _____ संपर्क क्र.: _____
Last Employer details (If applicable):
शेवटच्या नियोक्याचा तपशील: (लागू असल्यास)
Name of the Company: _____ Name of contact person: _____ Last working day of Life Assured: [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y]
कंपनीचे नाव: _____ संपर्क व्यक्तीचे नाव: _____ एंशुअर्ड लाइफचा कामाचा शेवटचा दिवस:

Nature of work and designation: _____
 कामाचे स्वरूप आणि हुद्दा: _____
 Nature of Death: Natural Suicide Accident Murder Medical (If Medical, pls. specify the illness) _____
 मृत्यूचे स्वरूप: नैसर्गिक आत्महत्या अपघात खून वैद्यकीय (वैद्यकीय असल्यास, कृपया आजार निर्दिष्ट करा) _____
 Cause of Death: _____
 मृत्यूचे कारण: _____

SECTION C - NATURE OF ILLNESS AND HABIT OF THE INSURED

विभाग C - आजाराने स्वरूप आणि विमाकृताची सवय

Date of diagnosis of illness
आजाराने निदानाची तारीख

Hypertension हायपरटेन्शन Diabetes मधुमेह Heart disease हृदयविकार
 Kidney disease मूत्रपिंडाचा रोग Cancer कर्करोग Other इतर _____
 Smoking धूम्रपान Tobacco तंबाखू Drugs मादक औषधे If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed
 Asthma दमा Tuberculosis ट्यूबरक्यूलोसिस (क्षय) होय असल्यास, सेवनाचा कालावधी _____ आणि सेवन केलेले राशी

SECTION D - OTHER INSURANCE DETAILS: (LIFE/MEDICLAIM/HEALTH)

विभाग D - इतर विम्याचा तपशील: (जीवन/मेडीक्लेम/आरोग्य)

Policy No. पॉलिसी क्र.	Company Name केपनीचे नाव	Sum Assured विमाकृती रक्कम	Status (Active/Lapsed/Applied/Matured) स्थिती (सक्रिय/व्यपगत/अर्ज केला आहे/मुदत पूर्ण)

SECTION E - DETAILS OF CLAIMANT

विभाग E - दावा करणाऱ्याचा तपशील

Claimant Name: Mr. Ms. श्री. श्रीमती F I R S T M I D D L E L A S T
 दावा करणाऱ्याचे नाव: श्री. श्रीमती
 Date of Birth: D D M M Y Y Y Y
 जन्मतारीख:
 Address: _____
 पत्ता: _____
 L A N D M A R K C I T Y / T W N / V I L L A G E
 D I S T R I C T P I N / P O S T C O D E S T A T E / U T C O D E
 Contact No.: OFFICE: RESIDENCE: MOBILE:
 संपर्क क्र.: कार्यालय: निवासस्थान: मोबाइल:

Office & or Personal Email
द:

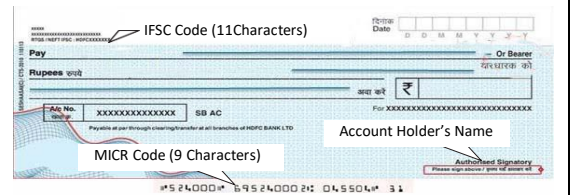
कार्यालयीन व/किंवा व्यक्तीगत
इमेल आयडी:

Relation with the Life Assured: Spouse जोडीदार Children अपत्य Parents पालक Others (Please specify) इतर (कृपया नमूद करा)
 एशुअर्ड लाइफबरोबर नाते:
 Claimant's Title: Nominee नामनिर्देशिती Executor निष्पादक Trustee विश्वस्त Appointee नियुक्त व्यक्ती Employer नियोक्ता Assignee अभिहस्तांकिती Beneficiary लाभार्थी
 दावा करणाऱ्याचे शीर्षक:
 Claimant's PAN details: _____ or Form 60 _____
 दावा करणाऱ्याच्या पॅनचा तपशील: किंवा प्रपत्र 60
 Politically exposed person: Yes होय No नाही
 रायकीय दृष्ट्या प्रकटित व्यक्ती:
 US Person: Yes होय No (If Yes, please fill FATCA / CRS Questionnaire) नाही (होय असल्यास, एफएसीटीए/सीआरएस प्रश्नावली भरा)

SECTION F - CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

विभाग F - दावा करणाऱ्याचा एनएफटी आदेश/बँक खात्याचा तपशील

Account No.: _____
 खाते क्र.: _____
 Account Holder Name: _____
 खाते धारकाचे नाव: _____
 Bank Name & Branch: _____
 बँकेचे नाव व शाखा: _____
 Account Type: Savings Current NRO NRE#
 खात्याचा प्रकार: बचत चालू एनआरओ एनआरई#
 IFSC: _____ MICR: _____
 आयएफएससी: _____ एमआयसीआर: _____
 Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity
 पेआउट पर्याय: एकरकमी नियमित प्रदान वर्षासन
 (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
 (पर्याय पॉलिसीच्या लागू असलेल्या अटी आणि शर्तीच्या अधीन आहेत.)



SECTION G - NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH
विभाग G - मृत्यूच्या आधी गेल्या 5 वर्षांत विमाकृत आरुप्यावर जिथे उपचार करण्यात आले त्या सर्व डॉक्टरांची/रुग्णालयांची नावे, पत्ते आणि संपर्काचा तपशील.

Name of Doctor/ Hospital डॉक्टर/रुग्णालयाचे नाव	Address and Contact Details पत्ता आणि संपर्काचा तपशील	Disease /Condition Treated For उपचार केले तो रोग/स्थिती	Treatment Dates (From- To) उपचारांची तारीख (पासून-पर्यंत)

***SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**

***विभाग H- घोषणापत्र आणि अधिकारपत्र**

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.

मी / आम्ही, वर नमूद केलेले दावेदार, सर्व बाबतीत वरील उत्तरे आणि विधाने सत्य आहेत असे गंभीरपणे घोषित करतो आणि मी / आम्ही पुढे सहमत आहोत की दावा फॉर्म सादर करताना पीएनबी मेटलाइफने कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकारले नाही किंवा त्याचे कोणतेही अधिकार माफ केले नाहीत. मी / आम्ही समजतो आणि सहमत आहोत की या फॉर्म सबमिशनचा अर्थ असा नाही की विनंतीवर प्रक्रिया केली जाईल. मी / आम्ही समजतो की पॉलिसी अंतर्गत कोणतीही देय रक्कम काटेकोरपणे पॉलिसीच्या अटी आणि शर्तीनुसार असेल. कोणतेही देयक शेतवटच्या नूतनीकरण प्रीमियम देयकाच्या प्राप्ततेच्या अधीन असेल. या घोषणेची फोटोकॉपी वैध आणि प्रभावी मानली जाईल.

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.

मी / आम्ही याद्वारे डॉक्टर / डॉक्टर किंवा रुग्णालये, वैद्यकीय केंद्रे अधिकृत करतो, ज्यांनी उपरोक्त मृत व्यक्ती / विमाधारकास कोणत्याही आजारासाठी किंवा आजारासाठी विमाधारक किंवा इतर विमा कंपन्यांवर लक्ष दिले आहे किंवा त्यांची तपासणी केली आहे किंवा त्यांच्यावर उपचार केले आहेत किंवा इतर विमा कंपन्या ज्यांनी उपरोक्त मृत व्यक्ती / विमाधारक, सध्याचे / मागील नियोक्ते किंवा जीवन विमाधारक, जन्म आणि मृत्यू निबंधक, यांचे व्यावसायिक सहकारी यांना पॉलिसी जारी केल्या आहेत, डायग्नोस्टिक सेंटर्स ज्यामध्ये जीवन विमाधारकाने वैयक्तिक / अधिकृत / विमा संबंधित वैद्यकीय चाचण्या घेतल्या, मृत व्यक्तीच्या आरोग्याच्या स्थितीबद्दल किंवा इतर तपशीलांबद्दल कोणतेही ज्ञान किंवा माहिती किंवा कागदपत्रे उघड करण्यासाठी किंवा सामायिक करण्यासाठी किंवा सामायिक करण्यासाठी किंवा पीएनबी मेटलाइफद्वारे पॉलिसी जारी करण्यापूर्वी किंवा नंतर त्याने / नंतर प्राप्त केल्या असतील. या अधिकृततेची फोटोकॉपी मूळइतकीच प्रभावी आणि वैध मानली जाईल.

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.

मी / आम्ही याद्वारे पुढील संमती, आणि अधिकृत करतो, पीएनबी मेटलाइफची माझी / आमची गोळा केलेली किंवा पीएनबी मेटलाइफसह उपलब्ध असलेली कोणतेही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहिती वापरण्यासाठी आणि उघड करण्यासाठी अधिकृत करा (या निवेदनात समाविष्ट आहे की नाही किंवा अन्यथा प्राप्त केले आहे) ज्यामध्ये कोणत्याही व्यक्ती / संस्था / संस्थेची संबंधित किंवा पुनर्विमासह संलग्न किंवा संलग्न किंवा गुंतलेल्या कोणत्याही व्यक्ती / संस्था / संस्थेस केवायसी दस्तऐवज समाविष्ट असू शकतो, या दाव्यावर प्रक्रिया करण्याच्या उद्देशाने आणि / किंवा त्यानंतरच्या सेवा प्रदान करण्यासाठी तपास संस्था, विक्रेते आणि उद्योग संघटना / महासंघ दावा करतात.

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. 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 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 पॉलिसीधारी दाव्याच्या संपूर्ण आणि अंतिम प्रदानाच्या प्राप्तीपर्यंत 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, नामनिर्देशीतला, कायदेशीर वारसाला किंवा पॉलिसीधारकाच्या/विमाकृत जीवनाच्या उत्तराधिकाऱ्याला प्रदान केल्यावर पॉलिसी/ज् मधून उद्भवणाऱ्या सर्व जबाबदाऱ्यांपासून निर्णायक रितीने मुक्त राहील. 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.

Date / तारीख:

Place / ठिकाण: _____

SIGN HERE
इथे सही करा

Signature of Claimant
दावा करणाऱ्याची स्वाक्षरी

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

तिसऱ्या व्यक्तीने करावयाची घोषणा

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.

पॉलिसी धारकाने त्याच्या/तिच्या अंगठ्याचा ठसा उमटवला आहे/देशी भाषेत स्वाक्षरी केली आहे/अर्ज भरला नाही. मी याद्वारे घोषित करतो/ते की या अर्जातील मजकूर पॉलिसीधारकाला _____ भाषेत स्पष्ट करून सांगण्यात आला आहे आणि मला दिलेली उत्तरे मी खरेपणाने नोंदविली आहेत. मी पुढे घोषित करतो/ते की

पॉलिसीधारकाने माझ्या समक्ष स्वाक्षरी केली आहे/त्याच्या/तिच्या अंगठ्याचा ठसा उमटवला आहे.

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant: _____

घोषणा करणाऱ्याचे नाव: _____ दावा करणाऱ्याचे घोषणा करणाऱ्याशी नाते: _____

Address: _____ Contact Number of Declarant: _____

पत्ता: _____ घोषणा करणाऱ्याचा संपर्क क्रमांक: _____

Date / तारीख:

Place / ठिकाण: _____

SIGN HERE
इथे सही करा

Signature of Third person
दावा करणाऱ्याची स्वाक्षरी

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 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.

अनिवार्य दस्तऐवजांसह, पूर्ण भरलेला क्लेम फॉर्म देणे हे या फॉलिसी 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 फॉर्मची आवश्यकतेनुसार पूर्तता 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.

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

महत्त्वाची टीप: दाव्याच्या प्रक्रियेप्रती किंवा तडजोडीप्रती कंपनीच्या प्रतिनिधीसह कुणीही कोणतीही मागणी किंवा मेहेरनजरेची मागणी केल्यास, त्याची दखल घेऊ नये आणि त्याची माहिती कंपनीच्या: claimshelpdesk@pnbmetlife.com या इमेल वर ताबडतोब कंपनीला दिली पाहिजे.

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM**हे प्रपत्र भरण्यासाठी सूचना****IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)****महत्त्वाची माहिती (कृपया प्रपत्र भरण्यापूर्वी वाचा)**

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

प्रपत्र केवळ दावा करणाऱ्याने भरावे. दावा करणारा अल्पवयीन असल्यास, पालक/नियुक्त व्यक्ती प्रपत्र भरू शकेल.

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

अनेक पॉलिसीखालील दावे एकल प्रपत्र भरून आणि लागू असलेले सर्व पॉलिसी क्रमांक पुरवून नोंदता येतील.

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

एकापेक्षा जास्त दावा करणारे असल्यास, प्रत्येक दावा करण्यासाठी वेगळे प्रपत्र भरणे आवश्यक आहे.

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

कृपया घोषणापत्रे काळजीपूर्वक वाचावीत आणि दावा करणाऱ्याने दावा प्रपत्रावर सर्वसाधारणपणे तुम्ही तुमच्या धनादेशावर स्वाक्षरी करता त्याच पद्धतीने स्वाक्षरी करावी.

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

पॉलिसीच्या सर्व अटी आणि शर्तीच्या पूर्ततेच्या अधीन दावा प्रदेय आहे.

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

या दाव्याची प्रक्रिया करण्यासाठी कुणालाही शुल्क किंवा कमिशन प्रदान करू नये.

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

तुमचा पत्ता, दूरध्वनी क्रमांक आणि इमेल आयडीज् चालू आणि सक्रिय असल्याची खात्री करा कारण पत्रव्यवहार केवळ त्यांच्या मार्फतच होईल.

8. Asterisk (*) refers to mandatory information.

तारा (*) बंधनकारक माहिती सूचित करतो.

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM**ग्राहकाला पोचपावतीची प्रत- व्यक्तीगत मृत्यू दावा प्रपत्र**

Policy No.: _____

Claimant Name: _____

पॉलिसी क्र.:

दावा करणाऱ्याचे नाव:

Branch Name / Intimation Number: _____

Claimant Client ID: _____

शाखेचे नाव/माहिती क्रमांक:

दावा करणाऱ्या ग्राहकाचा आयडी:

Employee Name: _____

Date: _____

कर्मचाऱ्याचे नाव:

तारीख:

Employee Signature: _____

Employee Code: _____

कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी:

कर्मचाऱ्याचे कोड:

IRDAI Registration No. _____

आयआरडीएआय नोंदणी क्र.

Branch Stamp
शाखेचा शिक्का

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)**वैध ओळख आणि पत्त्याचा पुरावा (कृपया सादर केलेल्या दस्तऐवजावर खूण करा)****PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)****फोटो ओळख पुरावा (कोणताही एक)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Claimant's PAN CARD
दावा करणाऱ्याचे पॅन कार्ड | <input type="checkbox"/> Valid Passport
वैध पारपत्र |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
आधार कार्ड* | <input type="checkbox"/> Valid Driving License
वैध वाहन चालक परवाना |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
स्टॅप मारलेला फोटोग्राफ असलेले बँकेचे पासबुक (6 महिन्यापेक्षा जास्त जुने नको) आयडी | |
| <input type="checkbox"/> Card Issued by Central/State Govt. to employees
केंद्र/राज्य सरकारने कर्मचाऱ्याला दिलेले कार्ड | |
| <input type="checkbox"/> Any other Central/State Govt. issued ID
केंद्र/राज्य सरकारने दिलेले इतर कोणतेही आयडी | |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
मतदार ओळखपत्र | |

ADDRESS PROOF (ANY ONE)**पत्त्याचा पुरावा (कोणताही एक)**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Valid Passport
वैध पारपत्र |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
मतदार ओळखपत्र |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
आधार कार्ड* |
| <input type="checkbox"/> Valid Driving License
वैध वाहन चालक परवाना |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
स्टॅप मारलेला फोटोग्राफ असलेले बँकेचे पासबुक (6 महिन्यापेक्षा जास्त जुने नको) |

*I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd

*मी पीएनबी मेटलाईफ इन्शुरन्स कं. लि. द्वारा केवायसी अनुपालनाप्रती ओळख तपासण्यासाठी माझा आधार वापरण्यास स्वेच्छेने संमती देतो/देते.

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

टीप: दावा करणाऱ्याचा एनइएफटी आदेश/बँक खात्याचा तपशील

- 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.

एनइएफटी आदेशासमवेत खाते क्र. आणि आयएफएससी असलेला रद्द केलेला व्यक्तीगत धनादेश सादर करावा. धनादेश व्यक्तीगत केलेला नसेल तर, अलिकडचे बँक खाते विवरणपत्र किंवा पासबुकाची नकल (ज्यावर खाते क्रमांक आणि आयएफएससी नमूद केलेला असेल) आदेशासमवेत सादर करणे आवश्यक आहे.

- 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.

हा आदेश, प्रक्रिया केल्यावर, ग्राहकाने पीएनबी मेटलाइफ इन्शुरन्स कंपनी लि. कडे धारण केलेल्या, सर्व पॉलिसीज साठी कोणत्याही पूर्वी एनइएफटी टॅग केलेल्या आदेशांना अधिलिखित करेल.

- 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.

एनइएफटी अयशस्वी होण्याच्या बाबतीत किंवा आदेशावर प्रलंबित कोणत्याही पुढील आवश्यकतांच्या बाबतीत, नवीन एनइएफटी आदेश प्राप्त होईपर्यंत पेआउट स्थगित ठेवले जाईल. त्यासाठीची माहिती तुम्हाला पाठवली जाईल.

*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.

#एनआरई खात्यात परतचावा (पूर्ण किंवा यथाप्रमाण) एनआरई खात्यातून प्रकटमान केलेल्या प्रिमियम(म्स)च्या प्रमाणाच्या अर्थीन असेल. कृपया एनआरई खात्यातून प्रदान केलेल्या प्रिमियम(म्स) चा पुरावा म्हणून बँक खाते विवरणपत्र किंवा बँकेचे पुष्टीकरण पत्र सादर करा.

In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.

यथाप्रमाण पेआउटच्या बाबतीत, कृपया दोन एनइएफटी आदेश पुरवा, म्हणजे एनआरई खात्यासाठी आणि बिगर-एनआरई खात्यासाठी.

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

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, इमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला, टेक्निप्लेक्स, 1, टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

BWARE 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.

बेगडी/फसवणूकीच्या कॉलपासून सावध रहा:आयआरडीएआय विमा पॉलिसी विकणे, बोनस किंवा प्रिमियम्सची गुंतवणूकीची घोषणा करणे सारख्या कार्यात सामील होत नाही. असे दूरध्वनी कॉल्स परीस होणाऱ्या जनतेला पोलीसांकडे तक्रार दाखल करण्याची विनंती केली जाते.