

Employer Employee Death Claim Form

नियोक्ता कर्मचारी मृत्यू दावा फॉर्म

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

(ग्रुप पॉलिसीधारक (जीपीएच) आणि नॉमिनी सर्व गट विमा योजनांसाठी पूर्ण करणे)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

या प्रपत्रासह देणे आवश्यक असलेली कागदपत्रे अशाप्रकारे आहेत:

Mandatory Documents अनिवार्य दस्तऐवज	Additional documents* to be submitted सादर करावयाची अतिरिक्त कागदपत्रे*
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority स्थानिक प्राधीकरणाद्वारे निर्गमित केलेल्या वैध मृत्यू प्रमाणपत्राची प्रत</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH नामनिर्देशितीचा जीपीएचद्वारा साक्षात्कृत फोटो ओळख पुरावा</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH नामनिर्देशितीचा जीपीएचद्वारा साक्षात्कृत सध्याच्या पत्त्याचा पुरावा</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुकाची प्रत</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee पॅन नंबर / नामनिर्देशित व्यक्तीचा फॉर्म 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee नामनिर्देशितीच्या गैरहजेरीत कायेदशीर वारस/उत्तराधिकार प्रमाणपत्र</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 येथे प्राप्त झालेल्या दाव्यांसाठी दाव्याची सूचना तिसऱ्या पक्षामार्फत मिळालेली असल्यास दावेदाराकडील अधिकार पत्र</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request टीप: विनंती बरोबर केवायसीच्या पुरावा म्हणून आधार कार्ड सादर केले असेल तर कृपया आधार कार्डचे पहिले 8 अंक झाका</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims वरील दस्तऐवज नोंदणीच्या हेतूसाठी आवश्यक आहेत, कंपनी दाव्याच्या प्रक्रियेसाठी अतिरिक्त दस्तऐवज मागू शकेल.</p>	<p>Natural death/ death due to illness नैसर्गिक मृत्यू/आजारपणामुळे मृत्यू</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 पूर्वी किंवा मृत्यूच्या वेळी घेतलेल्या कोणत्याही उपचारासाठी जीपीएचद्वारा साक्षात्कृत संपूर्ण वैद्यकीय नोंदी (दाखल केल्याची नोट व डिस्चार्ज/मृत्यू गोपवारा व चाचणी/अन्वेषण अहवाल वगैरे)</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) सक्रिय काम कलम लागू (इवई प्रकरण) असेल त रघुप टर्म लाइफ दाव्यासाठी तपशील सोडा</p> <p>Accidental Death अपघाती मृत्यू</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* एफआयआर, पंचनामा, चौकशी अहवाल, शवविच्छेदन अहवालाची* प्रत</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* मृत्यूलेख/वर्तमानपत्राचे कात्रण (उपलब्ध असल्यास) *</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* व्हिसेरा/रासायनिक पृथक्करण अहवाल (लागू असल्यास)*</p> <p>4. Final police investigation report* पोलीसांचा अंतिम तपासणी अहवाल*</p> <p>*Attested by GPH * पोलीसांद्वारे साक्षात्कृत</p>

Part A / भाग A:

- 1) Group Policy No/ ग्रुप पॉलिसी संख्या: _____
- 2) Member ID/संभासद आयडी: _____
- 3) Employee ID/ कर्मचारी आयडी: _____
- 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
मृत सदस्याचे वर्तमान पद/गट/ग्रेड: _____
(ईएफएफ डटीच्या तारखेसह) लागू होणाऱ्या कोटनुसार आवश्यक आहे
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / ग्रुप पॉलिसी धारकाचे नाव: _____
- 6) Name of Group Policyholder / ग्रुप पॉलिसी धारकाचे नाव: _____
- 7) Date of Birth of Insured / विमा उतरवलेल्याची जन्म तारीख: _____
- 8) Date of Joining the Service / सेवेमध्ये सामील होण्याची तारीख: _____
- 9) PAN No./ Form 60 / पॅन नंबर / फॉर्म 60: _____
- 10) Date of Death / मृत्यूची तारीख: _____
- 11) Place and Cause of Death / मृत्यूचे ठिकाण आणि कारण: _____
- 12) Cause of Death/ मृत्यूचे 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) मिळालेला अंतिम पगार: (जीटीएल/ एफएफएल योजनेसाठी अनिवार्य कृपया एफएएसएल दाव्यासाठी मूलभूत वेतन द्या. कृपया लागू कोटया अंतर्गत आवश्यक असलेले वेतन नमूद करा)	Monthly मासिक	Annual वार्षिक

- 14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention मागील एक वर्षात / कार्यक्रमाच्या तारखेपासून कर्मचार्याने घेतलेल्या सुट्यांचे तपशील. कृपया उल्लेख करा

From Date या तारखेपासून	To Date या तारखेपर्यंत	No. of Days दिवसांची संख्या	Type of Leave सुट्टीचा 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 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

- 15) Sum Assured / आश्वसित रक्कम: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/ विमा उतरवलेल्या सदस्याचा पीएफ खाते क्रमांक: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/ (शुद्धी दाव्यासाठी अनिवार्य)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent Contractual
कृपया मृत्यूच्या तारखेस कर्मचाऱ्याची नोकरीची स्थिती निश्चित करा: स्थायी कंत्राटी
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
कृपया सामील होण्याच्या तारखेला कर्मचारी सक्रियपणे कामावर होता का याची पुष्टी करा: होय नाही
- 19) Last working date/ कामाचा शेवटचा दिवस: _____

Declaration and authorization by Group policy holder

ग्रुप पॉलिसी धारकाद्वारे घोषणापत्र आणि अधिकार

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.

मी / आम्ही, उपरोक्त नामांकित दावेदार जाहीरपणे घोषित करतो, की वरील सर्व विधाने सत्य आहेत आणि कंपनीद्वारे दिल्या गेलेल्या या फॉर्ममध्ये किंवा इतर पुरवणी फॉर्ममध्ये अशी कोणतीही कबूली नाही की यातील कोणाचेही जीवन विम्याद्वारे संरक्षित केले आहे किंवा अधिकार वा संरक्षण माफ केले आहे. सदस्याचे वैद्यकीय उपचार / तपासणी दरम्यान मिळवलेली गुप्त माहिती पुरविण्यावर प्रतिबंध करणाऱ्या कोणत्याही कायद्याशी किंवा वापराशी संबंधित नाही

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.

मी/आम्ही अशा कोणत्याही डॉक्टर किंवा इतर व्यक्ती किंवा कोणत्याही हॉस्पिटल, सॅनेटोरियम, वैद्यकीय व्यावसायिक, हॉस्पिटल किंवा इतर वैद्यकीय देखभाल संस्था, विमा सहाय्य संस्था, फार्मसी, सरकारी संस्था, विमा कंपनी, नियोक्ता, लाभ योजना प्रशासक, अकाउंटंट किंवा आर्थिक सल्लागार, यांना याद्वारे अधिकृत करतो. अन्य संस्था पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंशुरन्स कंपनी लिमिटेड, यापैकी कोणतेही एफएफआय किंवा कायद्याचे न्यायालय किंवा कोणतीही अन्वेषण संस्था किंवा तिच्या वतीने कार्यरत स्वतंत्र प्रशासक, रोजगार, फायदे, किंवा विमा, सल्ला किंवा विमाधारकाला प्रदान केलेल्या उपचारांविषयीची माहिती प्रदान करण्यासाठी इतर संस्था सदस्य किंवा विमाधारक सदस्याच्या आरोग्यासंबंधी आवश्यक असलेली कोणतीही माहिती, मानसिक आजार, ड्रग्सचा उपयोग, दारू चा वापर, एचआयव्ही (एड्स) आणि / किंवा लैंगिक संक्रमित रोगांच्या माहितीसह. या अधिकृततेची एक फोटो प्रत मूळ प्रत म्हणून प्रभावी व 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/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.

मी/आम्ही यापुढे आणखी पीएनबी मेटलाइफला माझी/आमची संकलित केलेली किंवा पीएनबी मेटलाइफपाशी असलेली व्यक्तीगत आणि संवेदनशील माहिती (या विवरणपत्रात/अर्जात असलेली किंवा अन्यथा प्राप्त केलेली), ज्यात रिड्युशर्स, दावा तपास एजन्सीज, विक्रेते आणि उद्योग असोशिएशन्स/फेडरेशन्स यांनी या दाव्याच्या, अर्जाच्या प्रक्रियेच्या हेतूसाठी आणि/किंवा त्यानंतरच्या सेवा, ज्यात दाव्याच्या तडजोडीतून उद्भवणाऱ्या सेवांचा समावेश असेल, पुरवण्यासाठी पीएनबी मेटलाइफशी सहयोगी, संलग्न असलेल्या किंवा त्यांनी गुंतवलेल्या कोणत्याही व्यक्ती/संस्था/एककांना केवायसी दस्तऐवजांचा समावेश असू शकेल, वापरण्यासाठी आणि उघड करण्यासाठी संमती आणि अधिकार देत आहेत.

Declaration by Group Policy Holder

ग्रुप पॉलिसी धारकाची 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.

आम्ही मान्य करतो की, वर नमूद केलेल्या विमाधारक सदस्याची तपशीलवार माहिती आमच्या ज्ञानानुसार आणि विश्वासाहतेनुसार आणि आमच्या कार्यालयीन नोंदीनुसार दिलेली आहे.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

मुख्य पॉलिसी धारकाचे स्वाक्षरीसह कंपनीच्या अधिकृत स्वाक्षरीदाराची स्वाक्षरी आणि शिक्का

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
नाव व पदनाम: _____ संपर्क क्रमांक: _____ तारीख: _____

Part B / भाग B:

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

कृपया सब नामांकित के लेल बैंक खाता नंबर आ पैन नंबर/ फॉर्म 60 उपलब्ध करावी:

Particulars मागील	Nominee 1 नामांकित 1	Nominee 2 नामांकित 2	Nominee 3 नामांकित 3	Nominee 4 नामांकित 4	Nominee 5 नामांकित 5
Name नाव					
Bank Account Number बैंक खाते क्रमांक					
IFSC Code आयएफसी 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 नोंदीद्वारे लाइफ इन्शुरन्स बेनिफिटसाठी नॉमिनीस संबंधित खालील तपशील प्रदान करा:

SL. No. अनु. क्रमांक	Nominee Name नामांकित नाव	Relationship नाते	Benefit Share in % सामायिक फायदे मध्ये %	Address of Nominee उमेदवाराचा पत्ता

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 इंशुरन्स 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

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

आजारपण किंवा अनैसर्गिक कारणाने मृत्यू झाल्यास खालील गोष्टी आवश्यक आहेत:

Types of illness and date of diagnosis आजाराचा प्रकार आणि निदानाची तारीख	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment दिलेल्या उपचारांचा तपशील आणि रुग्णालयाचा तपशील जिथे विमाधारकाला दाखल केले होते	
Details of accident (for unnatural death) अपघाताचा तपशील (अनैसर्गिक मृत्यूसाठी)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted हॉस्पिटलचे नाव व पत्ता जेथे पोस्टमार्टम केले गेले	
Name and address of police station to which accident was reported पोलिस स्टेशनचे नाव व पत्ता जेथे अपघात नोंदवला होता	

Declaration and authorization by Beneficiary

नामाधीन्याद्वारे जाहीरनामा आणि अधिकृतता

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.

मी / आम्ही, उपरोक्त नामांकित दावेदार जाहीरपणे घोषित करतो, की वरील सर्व विधाने सत्य आहेत आणि कंपनीद्वारे दिल्या गेलेल्या या फॉर्ममध्ये किंवा इतर पुरवणी फॉर्ममध्ये अशी कोणतीही कबूली नाही की यातील कोणाचेही जीवन विम्याद्वारे संरक्षित केले आहे किंवा अधिकार वा संरक्षण माफ केले आहे. सदस्याचे वैद्यकीय उपचार / तपासणी दरम्यान मिळवलेली गुप्त माहिती पुरविण्यावर प्रतिबंध करणाऱ्या कोणत्याही कायद्याशी किंवा वापराशी संबंधित नाही.

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.

मी/आम्ही अशा कोणत्याही डॉक्टर किंवा इतर व्यक्ती किंवा कोणत्याही हॉस्पिटल, सॅनेटोरियम, वैद्यकीय व्यावसायिक, हॉस्पिटल किंवा इतर वैद्यकीय देखभाल संस्था, विमा सहाय्य संस्था, फार्मसी, सरकारी संस्था, विमा कंपनी, नियोक्ता, लाभ योजना प्रशासक, अकाउंटंट किंवा आर्थिक सल्लागार, यांना याद्वारे अधिकृत करतो. अन्य संस्था पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्युरन्स कंपनी लिमिटेड, यापैकी कोणतेही एफएफआय किंवा कायद्याचे न्यायालय किंवा कोणतीही अन्वेषण संस्था किंवा तिच्या वतीने कार्यरत स्वतंत्र प्रशासक, रोजगार, फायदे, किंवा विमा, सल्ला किंवा विमाधारकाला प्रदान केलेल्या उपचारांविषयीची माहिती प्रदान करण्यासाठी इतर संस्था सदस्य किंवा विमाधारक सदस्याच्या आरोग्यासंबंधी आवश्यक असलेली कोणतीही माहिती, मानसिक आजार, इत्साचा उपयोग, दारू चा वापर, एचआयव्ही (एड्स) आणि / किंवा लैंगिक संक्रमित रोगांच्या माहितीसह. या अधिकृततेची एक फोटो प्रत मूळ प्रत म्हणून प्रभावी व 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/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.

मी/आम्ही यापुढे आणखी पीएनबी मेटलाइफला माझी/आमची संकलित केलेली किंवा पीएनबी मेटलाइफपाशी असलेली व्यक्तीगत आणि संवेदनशील माहिती (या विवरणपत्रात/अर्जात असलेली किंवा अन्यथा प्राप्त केलेली), ज्यात रिझ्युम, दावा तपास एजन्सीज, विक्रेते आणि उद्योग असोसिएशन्स/फेडरेशन्स यांनी या दाव्याच्या, अर्जाच्या प्रक्रियेच्या हेतूसाठी आणि/किंवा त्यानंतरच्या सेवा, ज्यात दाव्याच्या तडजोडीतून उद्भवणाऱ्या सेवांचा समावेश असेल, पुरवण्यासाठी पीएनबी मेटलाइफशी सहयोगी, संलग्न असलेल्या किंवा त्यांनी गुंतवलेल्या कोणत्याही व्यक्ती/संस्था/एककांना केवायसी दस्तऐवजांचा समावेश असू शकेल, वापरण्यासाठी आणि उघड करण्यासाठी संमती आणि अधिकार देत आहोत.

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

मूळ पॉलिसी बॉन्ड आणि दस्तऐवजाच्या बदल्यात दावेदाराकडून नुकसानभरपाई/उपक्रम/वारंटी आणि प्रतिनिधित्व

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.

मी कंपनीला अपरिवर्तनीयपणे स्वीकारतो, कबूल करतो, प्रतिनिधित्व करतो आणि वचन देतो की मूळ पॉलिसी बॉन्ड/दस्तऐवज हे तारण, गहाण, नियुक्त केलेले नाहीत किंवा अन्यथा पॉलिसीधारक किंवा कायदेशीर वारसांनी त्यावर कोणतेही प्रतिकूल धारणाधिकार, शीर्षक, व्याज तयार केलेले नाहीत आणि मी पुढे कंपनीकडून पॉलिसी अंतर्गत दाव्याचे पूर्ण आणि अंतिम पेमेंट मिळाल्यानंतर ते रद्दवातल आणि शून्य दस्तऐवज म्हणून नष्ट करण्याचे काम हाती घ्या. मी पुढे असे वचन देतो की मूळ पॉलिसी दस्तऐवज किंवा यामधील प्रतिनिधित्व/वारंटीच्या वितरणाच्या संबंधात कोणत्याही गोष्टीमुळे उद्भवलेल्या सर्व नुकसानाविरुद्ध कंपनी माझ्याकडून नुकसानभरपाई करते. मी पूर्णपणे समजतो आणि कंपनीशी सहमत आहे की मला, नामिनी, कायदेशीर वारस किंवा पॉलिसीधारक/जीवन विमाधारकाचा वारसदार यांना पेमेंट केल्यावर या पॉलिसी/आयजमधून उद्भवलेल्या सर्व जबाबदाऱ्यांपासून ती निर्णायकपणे मुक्त होईल.

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 कबूल करतो आणि सहमत आहे की माझ्याद्वारे सादर केलेली कोणतीही चुकीची, खोटी किंवा दिशाभूल करणारी किंवा तूट माहितीचा परिणाम दावा नाकारण्यात येऊ शकतो किंवा दाव्याच्या रकमेची किंमत आणि नुकसानभरपाईसह पुनर्प्राप्ती होऊ शकते कारण केस माझ्यावरील दिवाणी आणि फौजदारी दायित्वाव्यतिरिक्त असू शकते. माझी मालमत्ता.

Signature of the Nominee of Insurance Claim

विम्याच्या दाव्याच्या नामिनी स्वाक्षरी

Particulars मागील	Nominee 1 नामांकित 1	Nominee 2 नामांकित 2	Nominee 3 नामांकित 3	Nominee 4 नामांकित 4	Nominee 5 नामांकित 5
Name of Nominee नामिनी नाव					
Signature of Nominee नामनिर्देशित व्यक्तीची स्वाक्षरी					
Contact No. संपर्क क्रमांक					
Date 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 इश्युरन्स 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

Version 2.2/Nov22

अक्टूरी 2.2/नोवेंबर22

Declaration by Group Policy Holder

गुप पॉलिसी धारकाची 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.

मी/आम्ही पुष्टी करतो की, या फॉर्ममध्ये नमूद केलेला/ले नामनिर्देशित तिच्या/तिच्या जीवन विमा लाभाना पात्र होण्याच्या हेतूसाठी कर्मचार्याने नामनिर्देशित केला/ले आहे/आहेत.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

मुख्य पॉलिसी धारकाच्या स्वाक्षरीसह कंपनीच्या अधिकृत स्वाक्षरीदाराची स्वाक्षरी आणि शिक्का

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
नाव व पदनाम: _____ संपर्क क्रमांक.: _____ 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, इमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1ला मजला, टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203