Milkar life aage badhaein

Employer Employee Death Claim Form

آجر ملازم وفات کے دعوے کا فارم

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

(گروپ پالیسی ہولڈر (GPH) اور تمام گروپ بیمہ اسکیموں کے لیے نامزد فرد کی جانب سے پُر کیا جائے گا)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

اس فارم کے ساتھ جمع کرائے جانے والے لازمی دستاویزات:

Mandatory Documents

لازمی دستاویزات

1. Copy of valid death certificate issued by local authority
   مقامی اتھارٹی کی طرف سے جاری کردہ موت کے درست سرٹیفکیٹ کی کاپی
2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH
   نامزد شخص کی تصویریافتہ شناختی ثبوت جو GPH سے تصدیق شدہ ہو
3. Current address proof of the nominee attested by GPH
   نامزد شخص کے موجودہ پتہ کا ثبوت جو GPH سے تصدیق شدہ ہو
4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook
   منسوخ شدہ چیک / بینک پاس بک کی کاپی
5. PAN No./ Form 60 of the nominee
   پین نمبر/ نامزد امیدوار کا فارم 60
6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
   نامزد شخص کی عدم موجودگی کی صورت میں قانونی وارث/جانشینی کا سرٹیفکیٹ
7. Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH
   برانچ / GPH میں موصول ہونے والے دعووں کے لیے تیسرے فریق کے ذریعے دعویٰ کی اطلاع موصول ہونے کی صورت میں دعویدار کی طرف سے اجازت نامہ

Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

نوٹ:- اگر درخواست کے ساتھ KYC کے ثبوت کے طور پر آدھار کارڈ جمع کیاجائے، تو براہ کرم آدھار نمبر کے پہلے 8 ہندسوں کو ڈھانپ دیں

Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims

مذکورہ بالا دستاویزات رجسٹریشن کی خاطر درکار ہیں، کمپنی دعووں پر کارروائی کے لیے اضافی دستاویزات طلب کر سکتی ہے۔

Additional documents* to be submitted

اضافی دستاویزات * جمع کرائے جائیں

Natural death/ death due to illness

فطری موت / بیماری کے سبب ہونے والی موت

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
   ماضی میں یا موت کے وقت حاصل کیے جانے والے کسی بھی علاج کے مکمل میڈیکل ریکارڈز (بھرتی کے نوٹس اور ڈسچارج / موت کا خلاصہ اور جانچ / تشخیصی رپورٹس وغیرہ) جو GPH سے تصدیق شدہ ہوں
2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case)
   اگر فعال کام کی شق (E&E کیس) قابل اطلاق ہو تو گروپ ٹرم لائف کلیمز کی تفصیلات کو چھوڑ دیں

Accidental Death

حادثاتی موت

1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report*
   ایف آئی آر کی کاپی، پنچنامہ، تفتیشی رپورٹ، پوسٹ مارٹم کی رپورٹ*
2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)*
   موت کی خبر/اخبار کی کٹنگ (اگر دستیاب ہو)*
3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)*
   ویسیرا / کیمیائی تجزیہ کی رپورٹ (اگر قابل اطلاق ہو)*
4. Final police investigation report*
   پولس تحقیقات کی حتمی رپورٹ*

*Attested by GPH

GPH کے ذریعہ تصدیق شدہ*

Part A:

حصہ A:

1) Group Policy No: ____
گروپ پالیسی نمبر: ____

2) Member ID: ____
رکن کی آئی ڈی: ____

3) Employee ID: ____
ملازم کی آئی ڈی: ____

4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: ____
(with date of effect) as required under applicable quote
موجودہ عہدہ/بینڈ/متوفی رکن کا گریڈ: ____
(نافذالعمل تاریخ کے ساتھ) مجوزہ حوالے کے تحت درکار

5) Full Name & Address of Insured Member / Employee ____
بیمہ یافتہ رکن / ملازم کا مکمل نام اور پتہ: ____

6) Name of Group Policyholder: ____
گروپ پالیسی ہولڈر کا نام: ____

7) Date of Birth of Insured: ____
بیمہ یافتہ فرد کی تاریخ پیدائش: ____

8) Date of Joining the Service: ____
ملازمت کے آغاز کی تاریخ: ____

9) PAN No./ Form 60: ____
پین نمبر / فارم 60: ____

10) Date of Death: ____
تاریخ وفات: ____

11) Place and Cause of Death: ____
وفات کی جگہ اور وجہ: ____

12) Cause of Death: ____
موت کی وجہ: ____

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) آخری ملی ہوئی تنخواہ: (جی ٹی ایل/ایف ایس ایل اسکیم کے لئے لازمی، براہ کرم ایف ایس ایل کے دعوے کے لیے بنیادی تنخواہ فراہم کریں۔ براہ کرم قابل اطلاق حوالہ کے تحت مطلوبہ تنخواہ کا ذکر کریں)	**Monthly** **ماہانہ**	**Annual** **سالانہ**

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention

گزشتہ سال کے دوران / واقعے کی تاریخ کے بعد سے ملازم کی جانب سے حاصل کردہ چھٹیوں کی تفصیلات۔ براہِ کرم بیان کریں

From Date **اس تاریخ سے**	**To Date** **آج تک**	**No. of Days** **نہیں دن کے**	**Type of Leave** **چھٹی کی نوعیت**	**Reason** **وجہ**

15) Sum Assured: ____

بیمہ یافتہ رقم: ____

16) PF Account Number of Insured Member: ___________________________ (Mandatory for EDLI Claim)

پی ایف اکاؤنٹ میں بیمہ شدہ ممبر کا نمبر: ______________________ (ای ڈی ایل آئی کلیم کے لئے لازمی)

17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent ☐ Contractual ☐

براہ کرم وفات کی تاریخ پر ملازم کی ملازمتی کیفیت کی تصدیق کریں: مستقل ☐ معاہداتی ☐

18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes ☐ No ☐

براہ کرم تصدیق کریں کہ ملازم اپنی ملازمت کے آغاز کی تاریخ پر فعال انداز میں کام کر رہا تھا: ہاں ☐ نہیں ☐

19) Last working date: ____

کام کرنے کی آخری تاریخ: ____

Declaration and authorization by Group policy holder

گروپ پالیسی ہولڈر کی جانب سے اعلامیہ اور مجاز نامہ

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.

میں/ہم، مذکورہ بالا دعوی' کنندہ/کنندگان، حلفاً اس بات کا اعلان کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ کمپنی کی جانب سے یہ فارم، یا اس سے منسلکہ کوئی اور فارم پیش کرنے کا مطلب اس امر کو تسلیم کرنا ہرگز نہیں ہوگا کہ زیربحث زندگی یا کسی بھی حق یا دفاع پر کوئی بیمہ نافذالعمل تھا۔ کسی بھی قانون، دستور یا استعمال سے قطع نظر، متعلقہ رکن کے طبی علاج/تفتیشی عمل کے دوران حاصل کردہ خفیہ معلومات ظاہر کرنے کی ممانعت ہے۔

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 it 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.

میں/ہم بذریعہ ہٰذا کسی بھی ڈاکٹر یا کسی اور فرد، یا کسی بھی اسپتال، سینٹوریم، طبی ماہر، اسپتال یا طبی معالجے کے دیگر ادارے، بیمہ کے معاونتی ادارے، فارمیسی، سرکاری ایجنسی، بیمہ کمپنی، آجر، استفادی منصوبے کے منتظم، اکاؤنٹینٹ یا مالی مشیر یا دیگر ادارے کو اختیار دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ وہ بیمہ یافتہ رکن کی ملازمت، مالیات یا بیمہ، فراہم کردہ مشورہ، نگہداشت یا علاج کے حوالے سے معلومات یا کوئی بھی ایسی معلومات بشمول ذہنی مرض، دواؤں کے استعمال، الکوحل کے استعمال، HIV (ایڈز) اور/یا جنسی طور پر منتقل شدہ امراض سے متعلقہ معلومات جو بیمہ یافتہ فرد کی صحت کے حوالے سے درکار ہوں، PNB MetLife India بیمہ کمپنی لمیٹڈ، اس کے کسی بھی دفتر، یا قانونی عدالت، یا کسی بھی تحقیقاتی ایجنسی یا اس کی طرف سے عمل کرنے والے خودمختار منتظم کو فراہم کردیں۔ اس مجاز نامے کی فوٹواسٹیٹ نقل کو اصل دستاویز کی طرح مؤثر اور مستند سمجھا جائے گا۔

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.

میں/ہم بذریعہ ہٰذا اس بات پر بھی رضامند ہوں/ہیں اور PNB MetLife کو اجازت دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ وہ اس دعوے، درخواست پر عمل درآمد اور/یا مابعد خدمات کی فراہمی کی غرض سے میری/ہماری وصول کردہ یا PNB MetLife کے پاس موجود کوئی بھی ذاتی یا حساس معلومات (خواہ اس بیان نامے/درخواست میں شامل ہو یا کسی اور طرح سے حاصل کی گئی ہوں) جن میں PNB MetLife سے منسلکہ یا الحاق کردہ یا شرکتِ عمل کے حامل کسی بھی فرد/تنظیم/ادارے بشمول مکرر بیمہ یافتگان، دعوے کی تفتیشی ایجنسیوں، وینڈرز اور صنعتی ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز کو فراہم کی جانے والی KYC دستاویزات شامل ہوسکتی ہیں، استعمال اور ظاہر کرسکتا ہے۔

Declaration by Group Policy Holder

گروپ پالیسی ہولڈر کی جانب سے اعلامیہ

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.

ہم تصدیق کرتے ہیں کہ مذکورہ معلومات بشمول بیمہ یافتہ رکن کی اوپر بیان کردہ تفصیلات میرے علم اور یقین کی حد تک سچ پر مبنی ہیں اور ہمارے باضابطہ ریکارڈز سے ثابت شدہ ہیں۔

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

مجاز دستخط کنندہ کے دستخط مع ماسٹر پالیسی ہولڈر کی کمپنی کی مہر

Name and Designation: ______________________ Contact No.: ______________________ Date: ______________________

نام اور عہدہ: ______________________ رابطہ نمبر: ______________________ تاریخ: ______________________

Part B:

حصہ B :

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

براہ کرم تمام نامزد افراد کے لیے بینک اکاؤنٹ نمبر اور PAN نمبر/ فارم 60 فراہم کریں:

Particulars **تفصیلات**	**Nominee 1** **نامزد فرد 1**	**Nominee 2** **نامزد فرد 2**	**Nominee 3** **نامزد فرد 3**	**Nominee 4** **نامزد فرد 4**	**Nominee 5** **نامزد فرد 5**
Name **نام**					
Bank Account Number **بینک اکاؤنٹ نمبر**					
IFSC Code **IFSC کوڈ**					
PAN No./ Form 60 **پین نمبر / فارم 60**					

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

برائے مہربانی جی پی ایچ ریکارڈ کے مطابق لائف انشورنس بینیفٹ کے لئے نامزد افراد سے متعلق مندرجہ ذیل تفصیلات فراہم کریں:

SL. No. **نمبر شمار**	**Nominee Name** **نامزد فرد کا نام**	**Relationship** **رشتہ**	**Benefit Share in %** **میں فائدہ کا حصہ %**	**Address of Nominee** **نامزد فرد کا پتہ**

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

بیماری کے باعث یا غیر طبعی وفات کی صورت میں درج ذیل معلومات درکار ہیں:

Types of illness and date of diagnosis بیماری کی نوعیت اور تشخیص کی تاریخ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment علاج کی تفصیلات اور اس اسپتال کی تفصیلات جہاں بیمہ یافتہ فرد کا علاج کیا گیا	
Details of accident (for unnatural death) حادثے کی تفصیلات (غیر طبعی وفات کی صورت میں)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted اس اسپتال کا نام اور پتہ جہاں پوسٹ مارٹم کیا گیا	
Name and address pf police station to which accident was reported اُس پولیس اسٹیشن کا نام اور پتہ جہاں حادثے کی رپورٹ درج کروائی گئی	

Declaration and authorization by Beneficiary

مستفید ہونے والے فرد (بینیفشری) کی جانب سے اعلامیہ اور مجاز نامہ

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.

میں/ہم، مذکورہ بالا دعوی ٰ کنندہ/کنندگان، حلفاً اس بات کا اعلان کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ کمپنی کی جانب سے یہ فارم، یا اس سے منسلکہ کوئی اور فارم پیش کرنے کا مطلب اس امر کو تسلیم کرنا ہرگز نہیں ہوگا کہ زیربحث زندگی یا کسی بھی حق یا دفاع پر کوئی بیمہ نافذالعمل تھا۔ کسی بھی قانون، دستور یا استعمال سے قطع نظر، متعلقہ رکن کے طبی علاج/تفتیشی عمل کے دوران حاصل کردہ خفیہ معلومات ظاہر کرنے کی ممانعت ہے۔

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 it 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.

میں/ہم بذریعہ ہٰذا کسی بھی ڈاکٹر یا کسی اور فرد، یا کسی بھی اسپتال، سینٹوریم، طبی ماہر، اسپتال یا طبی معالجے کے دیگر ادارے، بیمہ کے معاونتی ادارے، فارمیسی، سرکاری ایجنسی، بیمہ کمپنی، آجر، استفادی منصوبے کے منتظم، اکاؤنٹینٹ یا مالی مشیر یا دیگر ادارے کو اختیار دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ وہ بیمہ یافتہ رکن کی ملازمت، مالیات یا بیمہ، فراہم کردہ مشورہ، نگہداشت یا علاج کے حوالے سے معلومات یا کوئی بھی ایسی معلومات بشمول ذہنی مرض، دواؤں کے استعمال، الکوحل کے استعمال، HIV (ایڈز) اور/یا جنسی طور پر منتقل شدہ امراض سے متعلقہ معلومات جو بیمہ یافتہ فرد کی صحت کے حوالے سے درکار ہوں، PNB MetLife India بیمہ کمپنی لمیٹڈ، اس کے کسی بھی دفتر، یا قانونی عدالت، یا کسی بھی تحقیقاتی ایجنسی یا اس کی طرف سے عمل کرنے والے خودمختار منتظم کو فراہم کردیں۔ اس مجاز نامے کی فوٹواسٹیٹ نقل کو اصل دستاویز کی طرح مؤثر اور مستند سمجھا جائے گا۔

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.

میں/ہم بذریعہ ہٰذا اس بات پر بھی رضامند ہوں/ہیں اور PNB MetLife کو اجازت دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ وہ اس دعوے، درخواست پر عمل درآمد اور/یا مابعد خدمات کی فراہمی کی غرض سے میری/ہماری وصول کردہ یا PNB MetLife کے پاس موجود کوئی بھی ذاتی یا حساس معلومات (خواہ اس بیان نامے/درخواست میں شامل ہو یا کسی اور طرح سے حاصل کی گئی ہوں) جن میں PNB MetLife سے منسلکہ یا الحاق کردہ یا شرکتِ عمل کے حامل کسی بھی فرد/تنظیم/ادارے بشمول مکرر بیمہ یافتگان، دعوے کی تفتیشی ایجنسیوں، وینڈرز اور صنعتی ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز کو فراہم کی جانے والی KYC دستاویزات شامل ہوسکتی ہیں، استعمال اور ظاہر کرسکتا ہے۔

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

اصل پالیسی بانڈ اور دستاویز کے بدلے دعویدار کی طرف سے معاوضہ/انڈر ٹیکنگ/وارنٹی اور نمائندگی

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.

میں اٹل طور پر کمپنی کو تسلیم کرتا ہوں، تسلیم کرتا ہوں، نمائندگی کرتا ہوں اور وعدہ کرتا ہوں کہ اصل پالیسی بانڈ/دستاویزات گروی، رہن، تفویض یا دوسری صورت میں پالیسی ہولڈر یا قانونی ورثاء کے ذریعہ اس پر کوئی منفی حق، عنوان، سود نہیں بنائے گئے ہیں اور میں مزید کمپنی کی جانب سے پالیسی کے تحت کلیم کی مکمل اور حتمی ادائیگی کی رسید کے بعد اسے کالعدم دستاویز کے طور پر تباہ کرنے کا عہد کریں۔ میں مزید یہ عہد کرتا ہوں کہ کمپنی میری طرف سے تمام نقصانات کے خلاف معاوضہ ادا کرتی ہے، جو بھی دعویٰ اصل پالیسی دستاویز یا اس میں موجود نمائندگی/وارنٹی کے حوالے سے کسی بھی چیز سے پیدا ہوتا ہے۔ میں کمپنی کے ساتھ مکمل طور پر سمجھتا ہوں اور اس سے اتفاق کرتا ہوں کہ وہ مجھے، نامزد، قانونی وارث یا پالیسی ہولڈر/لائف بیمہ شدہ کے جانشین کو ادائیگی کرنے پر اس پالیسی/آئیز سے پیدا ہونے والی تمام ذمہ داریوں سے مکمل طور پر بری ہو جائے گی۔

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.

میں اس کے ذریعے تسلیم کرتا ہوں اور اس سے اتفاق کرتا ہوں کہ میری طرف سے پیش کی گئی کسی بھی غلط، غلط، یا گمراہ کن یا خسارے کی معلومات کے نتیجے میں دعوی کو مسترد کیا جا سکتا ہے یا لاگت اور معاوضے کے ساتھ دعوے کی رقم کی وصولی ہو سکتی ہے کیونکہ یہ مقدمہ مجھ پر دیوانی اور فوجداری ذمہ داری کے علاوہ ہو سکتا ہے۔ میرے اثاثے۔

Signature of the Nominee of Insurance Claim

بیمہ جاتی دعوے کے نامزد فرد کے دستخط

Particulars تفصیلات	Nominee 1 نامزد فرد 1	Nominee 2 نامزد فرد 2	Nominee 3 نامزد فرد 3	Nominee 4 نامزد فرد 4	Nominee 5 نامزد فرد 5
Name of Nominee **نامزد فرد کا نام**					
Signature of Nominee نامزد فرد کے دستخط					
Contact No. رابطہ نمبر					
Date تاریخ					

Declaration by Group Policy Holder

گروپ پالیسی ہولڈر کی جانب سے اعلامیہ

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.

ہم تصدیق کرتے ہیں کہ اس فارم میں بیان کردہ نامزد فرد/افراد کی نامزدگی ملازم کی جانب سے اپنے بیمۂ زندگی کے فوائد سے اسے/انہیں مستفید کرنے کی غرض سے کی گئی ہے۔

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

مجاز دستخط کنندہ کے دستخط مع ماسٹر پالیسی ہولڈر کی کمپنی کی مہر

Name and Designation: ______________________________ Contact No.: ______________________________ Date: ______________________________

نام اور عہدہ: ______________________________ رابطہ نمبر: ______________________________ تاریخ: ______________________________