

**INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM**  
**ব্যক্তিগত মৃত্যু দাবী প্রপত্র**

**For Official Use Only / কেবল কার্যালয়ৰ ব্যৱহাৰৰ বাবে**

Branch Name / শাখাৰ নামঃ \_\_\_\_\_ Branch Code / শাখা-ৰ কোডঃ \_\_\_\_\_  
Employee Name / কৰ্মচাৰীৰ নামঃ \_\_\_\_\_  
Employee Code / কৰ্মচাৰীৰ কোডঃ \_\_\_\_\_ Sign / চহীঃ \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ Time:  On or Before 3PM  After 3PM  
তাৰিখ: \_\_\_\_\_ সময়:  3PM ত বা আগতে  3PM ৰ পাছত

Photograph of  
Claimant  
দাবীকৰোঁতাৰ  
ফটোগ্রাফ

**DOCUMENTS TO BE SUBMITTED**

**জমা কৰিবলগীয়া দস্তাবেজ**

**Mandatory Documents**

**বাঞ্ছনীয় দস্তাবেজ**

- Copy of valid death certificate issued by local authority  
স্থানীয় কৰ্তৃপক্ষৰ দ্বাৰা জাৰী কৰা বৈধ মৃত্যু প্রমাণপত্ৰৰ প্রতিলিপি
  - Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format  
চিকিত্সকৰ প্রমাণপত্ৰ (পৰিয়ালৰ চিকিৎসক বা চিকিত্সা কৰি থকা চিকিত্সকৰ পৰা) পি এন বি মেটলাইফৰ মানক ফৰ্মেটত হ'লে ভাল
  - Current address proof of the nominee  
মনোনীত ব্যক্তিৰ বৰ্তমান ঠিকনা প্রমাণ
  - PAN Card or Form 60 of the nominee  
নমিনীৰ পেন কাৰ্ড বা ফৰ্ম 60
  - Photo identity proof of the nominee  
মনোনীত ব্যক্তিৰ ফটো পৰিচয় প্রমাণ
  - Cancelled cheque / Copy of bank passbook  
বাতিল কৰা চেক/বেংকৰ পাছবুক
  - Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH  
শাখা/জিপিএইচ.ত প্রাপ্ত দাবীৰ বাবে তৃতীয় পক্ষৰ জৰিয়তে দাবী বখাৰ ক্ষেত্ৰত দাবীকৰ্তাৰ পৰা অনুমোদন পত্ৰ
  - Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee  
বৈধ বংশধৰ/উত্তৰাধিকাৰীৰ প্রমাণপত্ৰ, যদি নমিনী নাথাকে
- Note: - Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request  
বিঃদ্রঃ - যদি আধাৰ কাৰ্ড কে ৱাই চি প্রমাণ হিচাপে দাখিল কৰিছে তেন্তে অনুৰোধৰ সৈতে আধাৰ নম্বৰৰ প্ৰথম ৮ টা অংক অজ্ঞাত ৰাখক

**Additional documents\* to be submitted**

**জমা দিব লগীয়া অতিৰিক্ত দস্তাবেজ\***

- Natural death/ death due to illness**  
**প্ৰাকৃতিক মৃত্যু/ৰোগৰ বাবে হোৱা মৃত্যু**
- Complete Medical records (Admission notes & Discharge / Death summary & Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death  
সম্পূৰ্ণ চিকিৎসা ৰিপৰ্ট (ভৰ্তি হোৱা আৰু ডিচাৰ্জ হোৱাৰ টোকা / মৃত্যুৰ টোকা আৰু পৰীক্ষা / অনুসন্ধান ৰি পৰ্ট আদি) অতীত বা মৃত্যুৰ সময়ত লোৱা যিকোনো চিকিৎসাৰ বাবে
- Accidental Death**  
**দুৰ্ঘটনামৃত্যু**
- Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report  
এজাহাৰ, শপত্ৰামাৰ প্ৰতি লিপি, আইনি অনুসন্ধান ৰি পৰ্ট, পষ্টমৰ্টে ম ৰি পৰ্ট
  - Obituary/ Newspaper cutting (if available)  
শোক প্ৰস্তাৱ/বাতৰি কাকতৰ কাটিং (যদি উপলব্ধ)
  - Viscera / Chemical analysis report (if applicable)  
অস্থি/ৰাসায়নিক পৰীক্ষাৰ ৰিপৰ্ট (যদি প্ৰয়োজন হ'য়)
  - Final police investigation report  
অন্তিম পুলিচ অনুসন্ধান ৰিপৰ্ট

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

\*ওপৰত উল্লেখিত সমূহৰ বাহিৰেও পিএনবি মেটলাইফে যিকোনো ধৰণৰ আন দস্তাবেজ/প্ৰমাণ বিচৰাৰ অধিকাৰ থাকিব। যদি প্ৰয়োজন হ'য়।

**\*SECTION A - POLICY DETAILS**

**\*খণ্ড A - পলিচীৰ বিৱৰণ**

Policy Number(s): \_\_\_\_\_  
পলিচী নম্বৰ(সমূহ): \_\_\_\_\_  
(Please Mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co.Ltd)  
(অনুগ্রহ কৰি পিএনবি মেটলাইফে ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কো.লি.ৰ ওচৰত থকা সকলো পলিচীৰ নম্বৰসমূহ উল্লেখ কৰক)

**\*SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)**

**\*খণ্ড B- জীৱন বীমাকৃত গৰাকীৰ বিৱৰণ (এল.এ.)**

Name of Life Assured:  Mr.  Ms.  শ্ৰী  শ্ৰীমতী  
জীৱন বীমাকৃতজনৰ নাম: \_\_\_\_\_  
F I R S T \_\_\_\_\_ M I D D L E \_\_\_\_\_ L A S T \_\_\_\_\_  
Father's Name: \_\_\_\_\_  
দেউতাকৰ নাম: \_\_\_\_\_  
F I R S T \_\_\_\_\_ M I D D L E \_\_\_\_\_ L A S T \_\_\_\_\_  
Date of Death: \_\_\_\_\_  
মৃত্যুৰ তাৰিখ: \_\_\_\_\_  
D D M M Y Y Y Y  
Place of Death:  Hospital\*  Clinic\*  Residence  Office  Other (Please specify) \_\_\_\_\_  
মৃত্যুৰ স্থান: \_\_\_\_\_  
হস্পিতেল\* ক্লিনিক\* আৱাস কাৰ্যালয় অন্য (অনুগ্রহ কৰি উল্লেখ কৰক) \_\_\_\_\_  
\*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name  
\*যদি চিকিৎসালয়/ ক্লিনিক বাছনি কৰা হয়, অনুগ্রহ কৰি চিকিৎসালয়/ ক্লিনিকৰ নাম উল্লেখ কৰক \_\_\_\_\_  
Family Doctor: Name: \_\_\_\_\_  
পৰিয়ালৰ ডাক্তাৰ: নাম: \_\_\_\_\_  
Registration No.: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ PAN No./ Form 60: \_\_\_\_\_  
পঞ্জীয়ন নং.: \_\_\_\_\_ ফোন নং.: \_\_\_\_\_ পান নং./ফৰ্ম 60: \_\_\_\_\_  
Last treated/attended Doctor: Name: \_\_\_\_\_  
অন্তিম চিকিৎসা কৰা ডাক্তাৰজন: নাম: \_\_\_\_\_  
Registration No.: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_  
পঞ্জীয়ন নং.: \_\_\_\_\_ ফোন নং.: \_\_\_\_\_  
Last Employer details (If applicable):  
অন্তিম নিয়োগকৰ্তাৰ বিৱৰণ (যদি প্ৰযোজ্য হয়):  
Name of the Company: \_\_\_\_\_ Name of contact person: \_\_\_\_\_ Last working day of Life Assured: \_\_\_\_\_  
D D M M Y Y Y Y

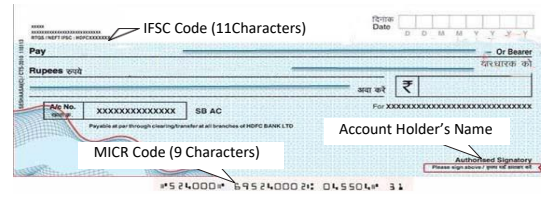
কোম্পানীৰ নাম: \_\_\_\_\_ যোগাযোগ কৰিবলগীয়া ব্যক্তিজনৰ নাম: \_\_\_\_\_ জীৱন বীমাকৃতজনৰ অন্তিম কৰ্মৰত দিন: \_\_\_\_\_  
 Nature of work and designation: \_\_\_\_\_  
 কামৰ প্ৰকৃতি আৰু পদবী: \_\_\_\_\_  
 Nature of Death:  Natural  Suicide  Accident  Murder  Medical (If Medical, pls. specify the illness) \_\_\_\_\_  
 মৃত্যুৰ প্ৰকৃতি: প্ৰাকৃতিক আত্মহত্যা দুৰ্ঘটনা হত্যা মেডিকেল (যদি মেডিকেল, অনুগ্রহ কৰি। ৰোগটো নিৰ্দিষ্ট কৰক) \_\_\_\_\_  
 Cause of Death: \_\_\_\_\_  
 মৃত্যুৰ কাৰণ: \_\_\_\_\_

SECTION C - NATURE OF ILLNESS AND HABIT OF THE INSURED শাখা C - ৰোগৰ প্ৰকৃতি আৰু বীমাকৃতৰ অভ্যাস			Date of diagnosis of illness ৰোগ ধৰা পৰাৰ তাৰিখ
<input type="checkbox"/> Hypertension হাইপাৰটেন্সন	<input type="checkbox"/> Diabetes মধুমেহ	<input type="checkbox"/> Heart disease হৃদৰোগ	
<input type="checkbox"/> Kidney disease বৃক্কৰোগ	<input type="checkbox"/> Cancer কেঞ্চাৰ	<input type="checkbox"/> Other _____ অন্য _____	
<input type="checkbox"/> Smoking ধূমপান	<input type="checkbox"/> Tobacco ধাঁপাত	<input type="checkbox"/> Drugs ড্ৰাগছ	
<input type="checkbox"/> Asthma হাপানী	<input type="checkbox"/> Tuberculosis যক্ষ্মা	<input type="checkbox"/> If yes, Duration of Consumption _____ যদি হয়, সেৱন কৰাৰ অৱধি _____	
& Quantity Consumed _____ আৰু পৰিমাণে সেৱন কৰিছিল _____			

SECTION D - OTHER INSURANCE DETAILS: (LIFE/MEDICLAIM/HEALTH) শাখা D - বীমাৰ অন্যান্য বিৱৰণ: (জীৱন/মেডিক্লেইম/স্বাস্থ্য)			
Policy No. পলিচী নং:	Company Name কোম্পানীৰ নাম	Sum Assured চাম এছিয়াৰ্ড	Status (Active/Lapsed/Applied/Matured) স্থিতি (সক্ৰিয়/লেপচ/প্ৰয়োগ/পৰিপক্ক)

SECTION E - DETAILS OF CLAIMANT শাখা E - দাবীকৰ্তাৰ বিৱৰণ			
Claimant Name: দাবীকৰ্তাৰ নাম:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> শ্ৰী <input type="checkbox"/> শ্ৰীমতী	F I R S T _____ M I D D L E _____ L A S T _____	
Date of Birth: জন্মৰ তাৰিখ:	D D M M Y Y Y Y _____		
Address: ঠিকনা:	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: ফোন নং:	RESIDENCE: আৱাসিক:	MOBILE: মোবাইল:
Office &/ or Personal Email id: কাৰ্যালয় আৰু/বা ব্যক্তিগত ইমেইল আইডি:			
Relation with the Life Assured: জীৱন বীমাকৃতজনৰ সৈতে সম্বন্ধ:	<input type="checkbox"/> Spouse দম্পতি	<input type="checkbox"/> Children সন্তান	<input type="checkbox"/> Parents পিতৃ-মাতৃ
Claimant's Title: দাবীকৰ্তা কোন:	<input type="checkbox"/> Nominee নমিনী	<input type="checkbox"/> Executor নিষ্পাদক	<input type="checkbox"/> Trustee ন্যাস
Claimant's PAN details: দাবীকৰ্তাৰ পেনৰ বিৱৰণ:	<input type="checkbox"/> Yes হয়	<input type="checkbox"/> No নহয়	<input type="checkbox"/> Others (Please specify) _____ অন্য (উল্লেখ কৰক) _____
Politically exposed person: ৰাজনৈতিকভাৱে জ্ঞাত ব্যক্তি:	<input type="checkbox"/> Yes হয়	<input type="checkbox"/> No নহয়	<input type="checkbox"/> Appointee নিযুক্তকাৰী
US Person: ইউ.এছ. ব্যক্তি:	<input type="checkbox"/> Yes হয়	<input type="checkbox"/> No (If Yes, please fill FATCA / CRS Questionnaire) নহয় (যদি হয়, অনুগ্রহ কৰি এফ.এটি.চি.এ./চি.আৰ.এছ. প্ৰশ্নাৱলী পূৰ কৰক)	<input type="checkbox"/> Employer নিয়োগক
			<input type="checkbox"/> Assignee এচাইনী
			<input type="checkbox"/> Beneficiary হিতাধিকাৰী
			Form 60 <input type="checkbox"/> ফৰ্ম 60

SECTION F - CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS খণ্ড F - দাবীকৰ্তা এনইএফটি মেণ্ডেট/ বেঙ্ক একাউন্টৰ বিৱৰণ	
Account No.:	একাউন্ট নং: _____
Account Holder Name:	একাউন্ট ধাৰকৰ নাম: _____
Bank Name & Branch:	বেঙ্কৰ নাম আৰু শাখা: _____
Account Type:	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> NRO <input type="checkbox"/> NRE# একাউন্টৰ <input type="checkbox"/> ছেভিংছ <input type="checkbox"/> কাৰেণ্ট <input type="checkbox"/> এনআৰআ <input type="checkbox"/> এনআৰই#
IFSC:	MICR: _____
আইএফএছটি:	এমআইচিআৰ: _____
Payout option:	<input type="checkbox"/> Lump sum <input type="checkbox"/> Regular Payment <input type="checkbox"/> Annuity



পেআউট বিকল্প:  সর্বমুঠ  নিয়মীয়া পৰিশোধ  এনুইটি

(Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)

(বিকল্পবোৰ পলিচীত প্ৰযোজ্য নিয়ম আৰু চৰ্তাৱলীৰ ওপৰত নিৰ্ভৰ কৰিব।)

**SECTION G- NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEDING THE DEATH**  
খণ্ড G- মৃত্যুৰ পূৰ্বে যোৱা 5 বছৰৰ ভিতৰত জীৱন বীমাকৃতজনৰ চিকিৎসা কৰা সকলো ডাক্তৰ / চিকিৎসালয়ৰ নাম, ঠিকনা আৰু যোগাযোগৰ বিৱৰণ

Name of Doctor/ Hospital ডাক্তৰ/ চিকিৎসালয়ৰ নাম	Address and Contact Details ঠিকনা আৰু যোগাযোগৰ বিৱৰণ	Disease /Condition Treated For চিকিৎসা কৰা ৰোগ /অৱস্থা	Treatment Dates (From- To) চিকিৎসাৰ তাৰিখ (-পৰা- লৈ)

**\*SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**

**\*খণ্ড H- ঘোষণা আৰু কৰ্তৃত্ব প্ৰদান**

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.

মই/আমি, ওপৰত উল্লেখ কৰা দাবীদাৰ(সকল), গভীৰভাৱে ঘোষণা কৰোঁ যে ওপৰৰ উত্তৰ আৰু বক্তব্যসমূহ সকলো দিশতে সত্য, আৰু মই/আমি আৰু এইটোত সন্মত যে দাবী প্ৰ-পত্ৰ প্ৰদান কৰাত পি-এনবি মেটলাইফে কোনো দায়িত্ব স্বীকাৰ কৰা নাই বা কোনো এটা ৰেহাই দিয়া নাই ইয়াৰ অধিকাৰ। মই/ আমি বুজি পাওঁ আৰু সন্মত যে এই প্ৰ-পত্ৰ জমা দিয়াৰ অৰ্থ এইটো নহয় যে অনুৰোধটো প্ৰক্ৰিয়াকৰণ কৰা হ'ব। মই/ আমি বুজো যে পলিচীৰ অধীনত যিকোনো পেআউট পলিচীৰ চৰ্ত আৰু নিয়মসমূহ কঠোৰভাৱে অনুসৰি হ'ব। যিকোনো পেমেণ্ট শেষৰ নবীকৰণ প্ৰিমিয়াম পেমেণ্টৰ বাস্তৱায়নৰ অধীনত হ'ব। এই ঘোষণাৰ ফটোকপি বৈধ আৰু কাৰ্যকৰী বুলি গণ্য কৰা হ'ব

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.

মই/আমি সেই চিকিৎসাস্বী/চিকিৎসক বা চিকিৎসালয়, যি উপৰোক্ত মৃত/বীমাধাৰী ব্যক্তি জনৰ কোনো ধৰণৰ বিসংগতি বা ৰোগৰ পৰীক্ষা বা চিকিৎসাৰ সময়ত উপস্থিত আছিল বা আন বীমা কোম্পানী যাৰ ওচৰত মানুহ জনৰ বীমা আছিল তেওঁক, বীমাকৃত ব্যক্তি জনৰ বৰ্তমান/অতীতৰ নিয়োগকাৰী বা ব্যৱসায় সহযোগী, জন্ম আৰু মৃত্যু ৰেজিষ্টাৰ, স্বাস্থ্য পৰীক্ষা কেন্দ্ৰ য'ত বীমাকৃত ব্যক্তি জনে ব্যক্তিগত/কৰ্মসম্বন্ধিত/ বীমা সম্বন্ধীয় চিকিৎসা পৰীক্ষা কৰাইছিল বা মৃত ব্যক্তি জনৰ স্বাস্থ্যৰ অৱস্থাৰ বা আন কোনো বিৱৰণ যি ব্যক্তি জনক পি-এনবি মেটলাইফে পলিচি খন প্ৰদান কৰাৰ আগত বা পাছত কোনোধৰণৰ তথ্য বা দস্তাবেজ অদান-প্ৰদান কৰিছিল তেওঁলোকক স্বিকৃতি প্ৰদান কৰিছোঁ।এটা প্ৰতিলিপি এই অনুমোদনৰ প্ৰকৃততৰ দৰেই প্ৰভাৱী আৰু মান্য হিচাপে গণ্য কৰা হ'ব।

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.

মই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পি-এনবিৰ লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/ আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অনুমোদন প্ৰদান কৰিছোঁ (সঁহিয়া এই দস্তাবেজত থকায়েই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) য'ত হয়তো অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত, প্ৰতিষ্ঠানগত/ পি-এনবি মেটলাইফৰ সৈতে সংযুক্ত হৈ থকা ন্দ্র দস্তাবেজ। যেনে ৰিহক্ৰাৰ, দাবী অনুসন্ধান এজেণ্চি, ভেন্ডাৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰি, সংস্থাস্থ ফেডাৰেচন, যি এই দাবী প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়াব।

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

**মূল পলিচী ব-ও আৰু নথিৰ পৰিৱৰ্তে দাবীদাৰৰ দ্বাৰা ক্ষতিপূৰণ/জামান/ৱাৰেণ্টী আৰু প্ৰতিনিধিত্ব**

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.

মই কোম্পানীৰ বাবে অপৰিৱৰ্তনীয়ভাৱে পঞ্জীভূত, স্বীকাৰ, প্ৰতিনিধিত্ব কৰি মন্তি হওঁ যে মূল পলিচী চুক্তিৰ প্ৰতিশ্ৰুতি দিয়া হোৱা নাই, মৰ্টগেজত ৰখা হোৱা নাই, সঁপি দিয়া হোৱা নাই বা অন্যথা কোনো প্ৰতিকূল গ্ৰহণাধিকাৰ, টাইটেল, তাৰ ওপৰত সুদ বা পলিচীধাৰকৰ দ্বাৰা বা বৈধ উত্তৰাধিকাৰীৰ দ্বাৰা বনোৱা হৈছে আৰু মই লগতে কোম্পানীৰ পলিচীৰ অধীনৰ ক্লেইমৰ সম্পূৰ্ণ আৰু চূড়ান্ত পৰিশোধৰ এক নিষ্ক্ৰিয় তথ্য শূন্য কৰি পেলোৱা দস্তাবেজ পোষ্ট ৰচিদৰ ৰূপত ইয়াক নষ্ট কৰি পেলোৱাৰ কাম কৰোঁ। মই লগতে এইটোও কওঁ যে কোম্পানীয়ে সকলো লোকচান, ক্লেইমৰ বিপৰীতে মোৰ দ্বাৰা ক্ষতিপূৰণৰ স্থিতিত আছে, যি নেকি মূল পলিচী চুক্তি বা ইয়াৰ প্ৰতিনিধিত্বসমূহ ৱাৰেণ্টীসমূহৰ ব্যৱস্থাসমূহৰ লগত জড়িত কোনোবা বিষয়ৰ পৰা উদ্ভূত হয়। মই কোম্পানীক সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছোঁ আৰু সন্মত হৈছোঁ যে, এই পলিচীসমূহৰ পৰা উপলব্ধ সকলো দায়বদ্ধতাৰ পৰা মোক মুক্তি দিয়া হ'ব, যি মোক পলিচীধাৰক/জীৱন বীমাকৃতৰ নমিনী, বৈধ উত্তৰাধিকাৰ বা উত্তৰাধিকাৰীক পৰিশোধ কৰাৰ আশ্বাস দিয়া হৈছিল। মই ইয়াৰ দ্বাৰা স্বীকাৰ কৰিছোঁ আৰু সন্মত হৈছোঁ যে মোৰ দ্বাৰা দাখিল কৰা যিকোনো অশুদ্ধ, ভুৱা, বা বিপথে পৰিচালিত কৰা বা অসম্পূৰ্ণ দস্তাবেজৰ পৰিণতি স্বৰূপে ক্লেইম নাকচ হ'ব পাৰে বা ক্লেইমৰ উদ্ধাৰ প্ৰক্ৰিয়া ব্যৱহুল তথা ক্ষতিপূৰণমূলক হ'ব পাৰে কিয়নো মোৰ আৰু মোৰ সম্পত্তিৰ ওপৰত ফৌজদাৰী বা অপাধমূলক দায়বদ্ধতাৰ বাহিৰেও গোচৰ হ'ব পাৰে।

Date / তাৰিখ:

Place / স্থান: \_\_\_\_\_

SIGN HERE  
ইয়াত স্বাক্ষৰ কৰক

Signature of Claimant  
দাবীকৰ্তাৰ স্বাক্ষৰ

**DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON**

**এজন তৃতীয় ব্যক্তিয়ে কৰা ঘোষণা**

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.

পলিচীধাৰকে তেওঁৰ টিপচহী মাৰিছে/স্থানীয় ভাষাত স্বাক্ষৰ কৰিছে/আবেদন পূৰণ কৰা নাই। মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰিছোঁ যে এই আবেদন প্ৰপত্ৰৰ সমল পলিচী ধাৰকক মই \_\_\_\_\_ ভাষাত বৰ্ণনা কৰি দিছিলো আৰু মোক যোগান ধৰা উত্তৰবোৰ মই সত্যতাৰে অভিলেখবদ্ধ কৰিলোঁ। মই লগতে ঘোষণা কৰোঁ যে পলিচী ধাৰকে মোৰ উপস্থিতিত তেওঁ স্বাক্ষৰ/সংলগ্ন কৰিছে/বুঢ়া আঙুলিৰে টিপচহী মাৰিছে।

Name of the Declarant: \_\_\_\_\_ Claimant relation with Declarant: \_\_\_\_\_

ঘোষণাকাৰীৰ নাম: \_\_\_\_\_ ঘোষণাকৰ্তাৰ সৈতে দাবীকৰ্তাৰ সম্বন্ধ: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Contact Number of Declarant: \_\_\_\_\_

ঠিকনা: \_\_\_\_\_ ঘোষণাকাৰীৰ ফোন নম্বৰ: \_\_\_\_\_

Date / তাৰিখ:

Place / স্থান: \_\_\_\_\_

SIGN HERE  
ইয়াত স্বাক্ষৰ কৰক

Signature of Third person  
তৃতীয় ব্যক্তিৰ স্বাক্ষৰ

**Terms and Conditions:****চৰ্তাৱলী আৰু নিয়মাৱলী:**

- 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.  
পূৰ কৰা দাবী ফৰ্ম খন:প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ সমূহৰ সৈতে জমা কৰাতো পলিচিখনৰ অধীনত আমাৰ কোম্পানীৰ দ্বায়িত্ব হিচাপে ধৰা নহব। কোনো এজেণ্টৰ মধ্যস্থতাকাৰীক কোম্পানীৰ ফালৰ পৰা দ্বায়িত্ব লবলৈ স্বকৃতি প্ৰদান কৰা নহয়।
  - 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.  
তলত প্ৰদান কৰাৰ দৰে প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ সমূহৰ সৈতে এই ফৰ্ম খনৰ সোনকালে জমা কৰা কাৰ্যই আমাক দাবী প্ৰক্ৰিয়া ত্বৰাশিত কৰাত সুবিধা প্ৰদান কৰে। অসম্পূৰ্ণ দাবী ফৰ্ম আৰু প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ সমূহ জমা নকৰাৰ বাবে দাবী নিবাৰণ প্ৰক্ৰিয়াত হোৱা পলমৰ বাবে পিএনবি লাইফ কোনো প্ৰকাৰে দায়ী নহব।
- 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](mailto:claimshelpdesk@pnbmetlife.com)  
গুৰুত্বপূৰ্ণ জাননী: দাবী প্ৰক্ৰিয়াকৰণ বা নিষ্পত্তিৰ দিশত কোম্পানীৰ প্ৰতিনিধিকে ধৰি যিকোনো ব্যক্তিয়ে জনোৱা যিকোনো দাবী বা অনুগ্ৰহৰ ক্ষেত্ৰত, তাৰ প্ৰতি সঁহাৰি দিব নালাগে আৰু সেয়া কোম্পানীৰ ইমেইল আইডি ত লগে লগে কোম্পানীক জনাব লাগিব: [claimshelpdesk@pnbmetlife.com](mailto:claimshelpdesk@pnbmetlife.com)

**INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM****পপত্ৰখন পূৰ কৰাৰ সম্পৰ্কে নিৰ্দেশনা****IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)****গুৰুত্বপূৰ্ণ তথ্য (পপত্ৰখন পূৰণ কৰাৰ আগতে অনুগ্ৰহ কৰি পঢ়ক)**

- The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form.  
পপত্ৰখন কেৱল দাবীকৰ্তাই পূৰ কৰিব। যদি দাবীকৰ্তা এজন নাবালক হয়, তেন্তে অভিভাৱক/নিয়োগকৰ্তাই পপত্ৰখন পূৰ কৰিব পাৰে।
- Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers.  
একাধিক পলিচীৰ অধীনত দাবীবোৰ ক্ষেত্ৰত এখন একক পপত্ৰ পূৰণ কৰি তথা আটাইবোৰ পলিচীৰ প্ৰযোজ্য নম্বৰ প্ৰদান কৰি পঞ্জীয়ন কৰিব পাৰে।
- In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant.  
একাধিক দাবীদাৰৰ ক্ষেত্ৰত, প্ৰতিজন দাবীদাৰৰ বাবে পৃথক পপত্ৰ পূৰণ কৰিব লাগিব।
- Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in the same manner as you normally sign your cheque.  
অনুগ্ৰহ কৰি ঘোষণাবোৰ মনোযোগেৰে পঢ়ক আৰু দাবীকৰ্তাই দাবী পপত্ৰখনত, আপুনি সাধাৰণতে আপোনাৰ চেকত স্বাক্ষৰ কৰাৰ দৰে একে ধৰণে স্বাক্ষৰ কৰিব লাগে।
- Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy.  
আঁচনিখনৰ সকলো নিয়ম আৰু চৰ্তাৱলী পূৰণ সাপেক্ষেহে দাবী পৰিশোধ যোগ্য হ'ব।
- No fee or commission should be paid to anyone to process this claim.  
এই দাবীটো প্ৰক্ৰিয়াকৰণৰ ক্ষেত্ৰত কাৰো কোনো মাচুল বা কমিছন পৰিশোধ কৰিব নালাগে।
- Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the correspondence will happen through this only.  
নিশ্চিত কৰিব যে আপোনাৰ ঠিকনা, ফোন নম্বৰ আৰু ইমেইল আইডি যেন বৰ্তমানৰ হয় আৰু সক্ৰিয় হৈ থাকে, কিয়নো যোগাযোগ কেৱল ইয়াৰ জৰিয়তে কৰা হ'ব।
- Asterisk (\*) refers to mandatory information.  
এষ্টেৰিক্ (\*) মানে বাধ্যতামূলক তথ্য।

**CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM****গাহকৰ প্ৰাপ্তি স্বীকাৰ প্ৰতিলিপি-ব্যক্তিগত মৃত্যু দাবী পপত্ৰ**

Policy No.: \_\_\_\_\_  
পলিচী নম্বৰ: \_\_\_\_\_  
Branch Name / Intimation Number: \_\_\_\_\_  
শাখাৰ নাম / অৱগত সংখ্যা: \_\_\_\_\_  
Employee Name: \_\_\_\_\_  
কৰ্মচাৰীৰ নাম: \_\_\_\_\_  
Employee Signature: \_\_\_\_\_  
কৰ্মচাৰীৰ স্বাক্ষৰ: \_\_\_\_\_  
IRDAI Registration No. \_\_\_\_\_  
আইআৰডিএআই পঞ্জীয়ন নম্বৰ: \_\_\_\_\_

Claimant Name: \_\_\_\_\_  
দাবীকৰ্তাৰ নাম: \_\_\_\_\_  
Claimant Client ID: \_\_\_\_\_  
দাবীকৰ্তাৰ গ্ৰাহক আইডি: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
তাৰিখ: \_\_\_\_\_  
Employee Code: \_\_\_\_\_  
কৰ্মচাৰী কোড: \_\_\_\_\_

Branch Stamp  
শাখাৰ মোহৰ

**LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)**

বৈধ পৰিচয়ৰ আৰু ঠিকনা প্ৰমাণৰ তালিকা (অনুগ্ৰহ কৰি দাখিল কৰা নথিপত্ৰত টিক দিয়ক)

**PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)**

ফটো প্ৰমাণ পত্ৰ (যিকোনো এটা)

- Claimant's PAN CARD  
দাবীকৰ্তাৰ পেন কাৰ্ড
- Aadhar Card\*  
আধাৰ কাৰ্ড\*
- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID  
ফটো থকা আইডিডিত মোহৰৰ সৈতে বেঙ্ক পাছবুক (৬ মাহৰ অধিক পুৰণি নহয়)
- Card Issued by Central/State Govt. to employees  
কৰ্মচাৰীসকলক কেন্দ্ৰীয়/ৰাজ্য চৰকাৰে জাৰি কৰা কাৰ্ড
- Any other Central/State Govt. issued ID  
আন যিকোনো কেন্দ্ৰীয়/ৰাজ্য চৰকাৰে জাৰি কৰা আইডি
- Voter ID Card  
ভোটাৰ পৰিচয় পত্ৰ

**ADDRESS PROOF (ANY ONE)**

ঠিকনাৰ প্ৰমাণ (যিকোনো এটা)

- Valid Passport  
বৈধ পাছপোর্ট
- Voter ID Card  
ভোটাৰ পৰিচয় পত্ৰ
- Aadhar Card\*  
আধাৰ কাৰ্ড\*
- Valid Driving License  
বৈধ ড্ৰাইভিং লাইচেন্স
- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old)  
মোহৰ লগোৱা ফটোৰ সৈতে বেঙ্ক পাছবুক (৬ মাহৰ অধিক পুৰণি নহয়)

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

\*পিএনবি মেটলাইফ ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেডৰ দ্বাৰা কেৱাইচি অনুপালনৰ বাবে পৰিচয় পৰীক্ষা কৰিবৰ বাবে মই স্বৈচ্ছাই মোৰ আধাৰ ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ সন্মতি প্ৰদান কৰোঁ

**NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS****টোকা: দাবীকৰ্তা এনইএফটি মেণ্ডেট/ বেঙ্ক একাউন্টৰ বিৱৰণ**

- 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.  
একাউন্ট নম্বৰৰ সৈতে বাতিল কৰা ব্যক্তিগতকৃত চেক। আৰু আইএফএছটি এনইএফটি মেণ্ডেটৰ সৈতে দাখিল কৰিব লাগিব। যদি চেক ব্যক্তিগতকৃত নহয়, শেহতীয়া বেঙ্ক ষ্টেটমেন্ট বা পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি, য'ত একাউন্ট নম্বৰ আৰু আইএফএছটি উল্লেখ কৰা আছে) মেণ্ডেটৰ সৈতে দাখিল কৰিব লাগিব।
- 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.

এই মেণ্ডেট, প্রক্রিয়াকৰণৰ পিছত, পিএনবি মেটলাইফ ইঞ্চুৰেঞ্চ কো.লি.ৰ সৈতে গ্ৰাহকৰ দ্বাৰা ধাৰণ কৰা সকলো পলিচীৰ বাবে পূৰ্বতে টেগ কৰা এনইএফটি মেণ্ডেটৰ যিকোনো এটা অগ্ৰাহ্য কৰা হ'ব।

- 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.

এনইএফটি বিফলতা বা মেণ্ডেটৰ ওপৰত বাকী থকা যিকোনো প্ৰয়োজনীয়তাৰ ক্ষেত্ৰত, নতুন এনইএফটি মেণ্ডেট প্ৰাপ্ত নোহোৱালৈকে পৰিশোধ স্থগিত ৰখা হ'ব। ইয়াৰ বাবে আপোনালৈ খবৰ প্ৰেৰণ কৰা হ'ব।

\*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.

\*এনআৰই একাউণ্টলৈ ৰিফাণ্ড (সম্পূৰ্ণ বা আনুপাতিক) এনআৰই একাউণ্টৰ জৰিয়তে পৰিশোধ কৰা প্ৰিমিয়াম(বোৰ) অনুপাত সাপেক্ষে হ'ব। অনুগ্ৰহ কৰি এনআৰই একাউণ্টৰ জৰিয়তে পৰিশোধ কৰা প্ৰিমিয়ামৰ প্ৰমাণ হিচাপে বেঙ্ক ষ্টেটমেন্ট বা বেঙ্ক নিশ্চিতকৰণ পত্ৰ দাখিল কৰক।

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

আনুপাতিক পৰিশোধৰ ক্ষেত্ৰত, অনুগ্ৰহ কৰি দুটা এনইএফটি মেণ্ডেট প্ৰদান কৰক অৰ্থাৎ এনআৰই একাউণ্ট আৰু নন-এনআৰই একাউণ্টৰ বাবে।

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

পিএনবি মেটলাইফ ইঞ্চুৰেঞ্চ কোম্পানী লিমিটেড, ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহিজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117 CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওেবচাইট: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ইমেইল: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) অথবা 1ম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গ: ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

**BEWARE 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.

**নকল / জালিয়াতি ফোন কলৰ পৰা সাৱধান:** আইআৰিডিএআই বীমা আঁচনি বিক্ৰী কৰা, বোনাচ ঘোষণা কৰা বা প্ৰিমিয়াম বিনিয়োগ কৰাৰ দৰে কাৰ্যকলাপত জড়িত নহয়। এনে ধৰণৰ ফোন কল প্ৰাপ্ত কৰা ৰাইজক আৰক্ষীৰ ওচৰত অভিযোগ দাখিল কৰিবলৈ অনুৰোধ জনোৱা হৈছে।