

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

મૃત્યુના વ્યક્તિગત ક્લેઈમનું ફોર્મ

For Official Use Only / ફક્ત સત્તાવર ઉપયોગ માટે

Branch Name / શાખાનું નામ: _____ Branch Code / શાખાનો કોડ: _____

Employee Name / કર્મચારીનું નામ: _____

Employee Code / કર્મચારીનો કોડ: _____ Sign / સહી: _____

Date: Time: On or Before 3PM After 3PM
તારીખ: _____ સમય: બપોરે ૩ વાગ્યે અથવા તે પહેલા બપોરે ૩ વાગ્યા પછી

Photograph of Claimant
દાવો કરનારનો ફોટોગ્રાફ

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED

જમા કરાવવાના દસ્તાવેજો

| Mandatory Documents ફરજિયાત દસ્તાવેજ | Additional documents* to be submitted સબમિટ કરવાના* વધારાના દસ્તાવેજો |
|---|---|
| <p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority સ્થાનિક ઓથોરિટી દ્વારા ઇશ્યુ કરાયેલ માન્ય મૃત્યુ પ્રમાણપત્રની નકલ</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format ડોક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (પારિવારિક ડોક્ટર અથવા સારવાર કરતા ડોક્ટર પાસેથી) પસંદગીરૂપ પ્રમાણિત પીએનબી મેટલાઈફ ફોર્મમાં</p> <p>3. Current address proof of the nominee નોમિનીના વર્તમાન સરનામાનો પુરાવો</p> <p>4. PAN Card or Form 60 of the nominee નોમિનીનું PAN કાર્ડ અથવા ફોર્મ 60</p> <p>5. Photo identity proof of the nominee નોમિનીનો ફોટો ઓળખનો પુરાવો</p> <p>6. Cancelled cheque / Copy of bank passbook કેન્સલ કરવામાં આવેલ ચેક/બેન્ક પાસબુકની નકલ</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ગ્રાન્ટ/જીપીએચ પર પ્રાપ્ત થયેલા દાવા માટે તૃતીય પક્ષ દ્વારા દાવાની સૂચના પ્રાપ્ત થાય તો દાવેદાર તરફથી અધિકૃતતા પત્ર</p> <p>8. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee નોમિનીની ગેરહાજરીના કિસ્સામાં કાનૂની વારસદાર/ ઉત્તરાધિકાર અંગેનું પ્રમાણપત્ર</p> <p>Note: - Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request નોંધ:- જો વિનંતી સાથે આધાર કાર્ડને કેવાયસી પુરાવા તરીકે સબમિટ કર્યું હોય તો કૃપા કરીને આધાર નંબરના પ્રથમ 8 અંકોને માર્ક કરો</p> | <p>Natural death/ death due to illness કુદરતી મૃત્યુ/માઈગ્રીના લીધે મૃત્યુ</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 ભૂતકાળમાં લીધેલી કોઈપણ સારવાર માટે અથવા મૃત્યુ સમયે જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણિત સંપૂર્ણ તબીબી રેકોર્ડ્સ (હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા સંબંધિત નોંધો અને ડિસ્ચાર્જ/મૃત્યુ સમયે અને પરીક્ષણ/તપાસ રિપોર્ટ વગેરે)</p> <p>Accidental Death આકસ્મિક મૃત્યુ</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report FIR ની નકલ, પંચનામા, ઇન્કવેસ્ટ રિપોર્ટ, પોસ્ટમોર્ટમ રિપોર્ટ</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) મૃત્યુનોંધ/સમાચારપત્રની કટિંગ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) વિસ્સેરા/રાસાયણિક પાઠ્યકરણ રિપોર્ટ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)</p> <p>4. Final police investigation report પોલિસ તપાસની અંતિમ રિપોર્ટ</p> |

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

*PNB (પીએનબી) મેટલાઈફ જો જરૂર હશે, તો નીચે આપવામાં આવેલ વિવાધના કોઈક વધારાના દસ્તાવેજો/પુરાવા માટે ક્લેવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.

***SECTION A - POLICY DETAILS**

***વિભાગ A – પોલિસીની વિગતો**

POLICY NUMBER/S: _____

પોલિસી નંબર/રો: _____

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

(કૃપા કરીને પીએનબી મેટલાઈફ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ સાથેની તમામ પોલિસીના નંબરોનો ઉલ્લેખ કરો)

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

***વિભાગ B – વિમાનુત વ્યક્તિ (એલએ) ની વિગતો**

Name of Life Assured: Mr. Ms.

વિમાનુત વ્યક્તિનું નામ: શ્રી સુશ્રી

Father's Name:

Father's Name: પિતાનું નામ: _____

Date of Death:

મૃત્યુની તારીખ: _____

Place of Death: Hospital* Clinic* Residence Office Other (Please specify) _____

મૃત્યુનું સ્થળ: હોસ્પિટલ* ક્લિનિક* ઘર ઓફિસ અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો) _____

*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name _____

*જો હોસ્પિટલ/ક્લિનિક પસંદ કરેલ હોય, તો કૃપા કરીને હોસ્પિટલ/ક્લિનિકનું નામ જણાવો _____

Family Doctor: Name: _____

કોટુંબિક નંબર: _____

Registration No.: _____ Contact No.: _____ PAN No./ Form 60: _____

રજીસ્ટ્રેશન નં.: _____ સંપર્ક નં.: _____ પાન નંબર/ ફોર્મ 60: _____

Last treated/attended Doctor: Name: _____

છેલ્લે સારવાર કરનાર /હાજર રહેનારા ડોક્ટર: _____

Registration No.: _____ Contact No.: _____

રજીસ્ટ્રેશન નં.: _____ સંપર્ક નં.: _____

Last Employer details (If applicable):

છેલ્લા નિયોક્તાની વિગતો (જો લાગુ થયું હોય તો):

Name of the Company: _____ Name of contact person: _____ Last working day of Life Assured:

કંપનીનું નામ: _____ જેમનો સંપર્ક થઈ શકે તેવી વ્યક્તિનું નામ: _____ વિમકૃત વ્યક્તિનો છેલ્લો કાર્યકારી દિવસ: _____
 Nature of work and designation: _____
 કાર્યની પ્રકૃતિ અને હોદ્દો: _____
 Nature of Death: Natural Suicide Accident Murder Medical (If Medical, pls. specify the illness) _____
 મૃત્યુનો પ્રકાર: કુદરતી આત્મહત્યા અકસ્માત હત્યા તબીબી (જો તબીબી હોય, તો કૃપા કરીને બીમારીનો ઉલ્લેખ કરો) _____
 Cause of Death: _____
 મૃત્યુનું કારણ: _____

| SECTION C - NATURE OF ILLNESS AND HABIT OF THE INSURED | | | Date of diagnosis of illness બીમારીના નિદાનની તારીખ |
|---|---|---|--|
| વિભાગ C – વિમાકૃત વ્યક્તિની બિમારીનું સ્વરૂપ અને ટેવ | | | |
| <input type="checkbox"/> Hypertension હાઈપરટેન્શન | <input type="checkbox"/> Diabetes ડયાબિટીસ | <input type="checkbox"/> Heart disease હૃદયરોગ | |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease કિડનીની બીમારી | <input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર | <input type="checkbox"/> Other _____ અન્ય _____ | |
| <input type="checkbox"/> Smoking ધૂમ્રપાન | <input type="checkbox"/> Tobacco તમાકુ | <input type="checkbox"/> Drugs If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed ડ્રગ્સ જો હા, તો સેવનનો સમયગાળો _____ અને સેવનની માત્રા _____ | |
| <input type="checkbox"/> Asthma અસ્થમા | <input type="checkbox"/> Tuberculosis ક્ષય રોગ | | |
| | | | |

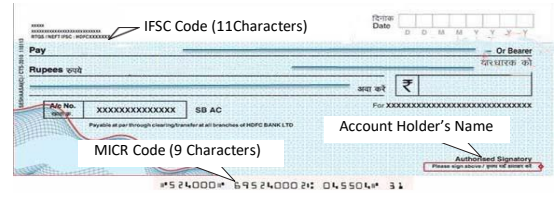
| SECTION D - OTHER INSURANCE DETAILS: (LIFE/MEDICLAIM/HEALTH) | | | |
|--|------------------------------|---------------------------|--|
| વિભાગ D – અન્ય વિમાની વિગતો: (જીવન/મેડિકલેઈમ/આરોગ્ય) | | | |
| Policy No. પોલિસી નં. | Company Name કંપનીનું નામ | Sum Assured વિમકૃત રકમ | Status (Active/Lapsed/Applied/Matured) સ્થિતિ (સક્રિય/રદબાતલ/અરજી કરવામાં આવી/પાકી ગયો) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SECTION E - DETAILS OF CLAIMANT
વિભાગ E – દાવો કરનારની વિગતો

Claimant Name: Mr. Ms. શ્રી સુશ્રી
 દાવો કરનારનું નામ: F I R S T M I D D L E L A S T
 Date of Birth: D D M M Y Y Y Y
 જન્મતારીખ:
 Address: _____
 સરનામું:
 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:
 સંપર્ક નં.: ઓફિસ: ઘર: મોબાઈલ:
 Office & / or Personal Email id: _____
 ઓફિસ અને/અથવા વ્યક્તિગત ઈ-મેઈલ આઈડી:
 Relation with the Life Assured: Spouse Children Parents Others (Please specify) _____
 વિમકૃત વ્યક્તિ સાથે સંબંધ: જીવનસાથી બાળકો વાલી અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો)
 Claimant's Title: Nominee Executor Trustee Appointee Employer Assignee Beneficiary
 દાવો કરનારનું શીર્ષક: નોમિની પ્રબંધક ટ્રસ્ટી નીમવામાં આવેલ વ્યક્તિ નિયોક્તા મુખન્યાર લાભાર્થી
 Claimant's PAN details: _____ or Form 60 _____
 દાવો કરનારના પાનની વિગતો: અથવા ફોર્મ 60
 Politically exposed person: Yes No
 રાજકીય રીતે ખુલ્લી વ્યક્તિ: હાં નાં
 US Person: Yes No (If Yes, please fill FATCA / CRS Questionnaire)
 યુ એસ વ્યક્તિ: હાં નાં (જો હાં તો, કૃપા કરીને એફટીસીએ / સીઆરએસ પ્રમાણપત્ર ભરો)

SECTION F - CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS
વિભાગ F - દાવેદારનું એનઈએફટી મેન્ડેટ/ બેંક ખાતાની વિગતો

Account No.: _____
 ખાતા નં.:
 Account Holder Name: _____
 ખાતા ધારકનું નામ:
 Bank Name & Branch: _____
 બેંકનું નામ અને શાખા:
 Account Type: Savings Current NRO NRE#
 ખાતાનો પ્રકાર: બચત ચાલું એનઆરઓ એનઆરઈ#
 IFSC: _____ MICR: _____
 આઈએફએસસી: એમઆઈસીઆર:
 Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity
ચુકવણીનો વિકલ્પ: સામટી રકમ નિયમિત ચુકવણી એન્યુઈટી
 (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
 (વિકલ્પો પોલિસીના લાગુ નિયમો અને શરતોને આધીન છે.)



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
વિભાગ G- તમામ ડોક્ટરો/હોસ્પિટલોના નામ, સરનામું અને સંપર્ક વિગતો જ્યાં મૃત્યુ પહેલાના છેલ્લા 5 વર્ષમાં વીમાધારકની સારવાર કરવામાં આવી હતી

| Name of Doctor/ Hospital ડોક્ટર/હોસ્પિટલનું નામ | Address and Contact Details સરનામું અને સંપર્ક વિગતો | Disease /Condition Treated For રોગ/સ્થિતિ માટે સારવાર | Treatment Dates (From- To) સારવારની તારીખો (થી- સુધી) |
|--|---|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

***SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**

***વિભાગ H- જાહેરનામું અને અધિકૃતિ**

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.

હું/અમે, ઉપરોક્ત નામવાળા દાવેદાર(ઓ) ગંભીરતાપૂર્વક જાહેર કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત જવાબો અને નિવેદનો તમામ રીતે સાચા છે, અને હું/ અમે વધુમાં સંમત થઈએ છીએ કે પીએનબી મેટલાઈફ દાવો રજૂ કરવામાં કોઈ જવાબદારી સ્વીકારી નથી અથવા તેના કોઈપણ અધિકારને માફ કર્યો નથી. હું/ અમે સમજીએ છીએ અને સંમત થઈએ છીએ કે આ પત્રક સુપરત કરવાનો અર્થ એ નથી કે વિનંતી પર પ્રક્રિયા કરવામાં આવશે. હું/ અમે સમજીએ છીએ કે નીતિ હેઠળ કોઈ પણ ચુકવણી ગુસ્તપણે નીતિના નિયમો અને શરતો અનુસાર રહેશે. કોઈપણ ચુકવણી છેલ્લા નવીકરણ પ્રીમિયમ ચુકવણીની પ્રાપ્તિને આધિન રહેશે. આ ઘોષણાની ફોટોકોપી માન્ય અને અસરકારક ગણવામાં આવશે.

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.

આ સાથે હું/અમે ફિઝિશિયન/ડોક્ટર્સ અથવા હોસ્પિટલો, તબીબી કેન્દ્રોને અધિકૃત કરીએ છીએ, જેમણે ઉપરોક્ત મૃત વ્યક્તિ/વીમાધારક વ્યક્તિની તપાસ કરી છે અથવા તેની તપાસ કરી છે અથવા તેની કોઈ પણ બિમારી માટે વીમો ઉતાર્યો છે અથવા અન્ય વીમા કંપનીઓ કે જેણે ઉપરોક્ત મૃત્યુ પામેલી વ્યક્તિ/વીમાધારક, વર્તમાન/ભૂતકાળના નોકરીદાતાઓ અથવા વીમાધારક, જન્મ અને મૃત્યુ રજિસ્ટ્રારને પોલિસી જારી કરી છે, નિદાન કેન્દ્રો કે જેમાં વીમાધારકે વ્યક્તિગત/ સત્તાવાર/વીમા સંબંધિત તબીબી પરીક્ષણો કરાવ્યા હોય, જેથી મૃતકની આરોગ્યની સ્થિતિ અથવા અન્ય વિગતો કે જે તેમણે/તેમણે પ્રાપ્ત કરી હોય તેવી અન્ય વિગતો પીએનબી મેટલાઈફ દ્વારા જારી કરવામાં આવેલી પોલિસી અગાઉ કે પછી કે પછી પ્રાપ્ત કરી હોય તેવી કોઈ પણ જાણકારી અથવા માહિતી અથવા દસ્તાવેજોની જાણકારી આપી શકાય કે શેર કરી શકાય. આ અધિકૃતતાની ફોટોકોપી મૂળની જેમ જ અસરકારક અને માન્ય માનવામાં આવશે.

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.

હું/અમે આ સાથે પીએનબી મેટલાઈફ (પીએનબી મેટલાઈફ) સાથે એકત્રિત કરવામાં આવેલી કે ઉપલબ્ધ મારી/અમારી એકત્રિત કરેલી અથવા પીએનબી મેટલાઈફ (પછી તે આ સ્ટેટમેન્ટમાં સમાવિષ્ટ હોય કે અન્યથા મેળવેલી હોય) કે જેમાં પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સંકળાયેલી કે તેની સાથે સંકળાયેલી કે તેની સાથે સંકળાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિ/સંસ્થાને કેવાયસી દસ્તાવેજોનો સમાવેશ થઈ શકે છે, જેમાં પુનઃનિવેશનો સમાવેશ થાય છે, તેનો ઉપયોગ કરવા અને જાહેર કરવા માટે પીએનબી મેટલાઈફને અધિકૃત કરીએ છીએ, આ દાવા પર પ્રક્રિયા કરવાના હેતુસર અને/અથવા ત્યાર પછીની સેવાઓ પૂરી પાડવાના હેતુસર તપાસ એજન્સીઓ, ચિકિત્સાઓ અને ઔદ્યોગિક સંગઠનો/ફેડરેશનોનો દાવો કરવો.

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

મૂળ પોલિસી બોન્ડ અને દસ્તાવેજના બદલામાં દાવેદાર દ્વારા ક્ષતિપૂર્તિ/અંશ્ટોકિંગ/વોરંટી અને પ્રતિનિધિત્વ

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.

હું કંપનીને અદ્વિત રીતે મદાવરો કરી આપું છું, ખાતરી આપું છું, રજૂ કરું છું અને સમર્થન કરું છું કે મૂળ પોલિસી કરાર પોલિસી ધારક અથવા કાનૂની વારસદાર દ્વારા ગિરવે મૂકાયેલ, મોર્ગેજ કરાયેલ, સોંપાયેલ અથવા અન્યકોઈ રીતે વિચન, શીર્ષક કે તેના પર કોઈ લક્ષ્ય રચવામાં આવેલ નથી અને હું વધુમાં કંપની તરફથી પોલિસી હેઠળ દાવાની પૂર્ણ અને અંતિમ ચુકવણીની પ્રાપ્તિ પછી આ પોલિસી દસ્તાવેજનો રદબાતલ અને અમાન્ય ગણીને નાશ કરવાનું હાથ ધરેલ છે. હું વધુમાં હાથ ધરું છું કે મૂળ પોલિસી કરારના વિતરણ અથવા આમાંની રજૂઆતો/વોરંટી સાથે જોડાણમાં ઉદ્ભવના કોઈપણ બાબતમાં, તમામ નુકશાન, દાવાઓ બાબતે મારા દ્વારા ક્ષતિપૂર્ણ છે. હું સંપૂર્ણપણે સમજું છું અને કંપની સાથે સંમત છું કે મને, નોમિનીને, કાનૂની વારસદારને અથવા પોલિસી ધારક/વીમિત વ્યક્તિના અનુગામીઓને ચુકવણી કર્યા બાદ આ પોલિસીઓ/ઓ માંથી ઉદ્ભવતી તમામ જવાબદારીઓમાંથી કંપની સંપૂર્ણરીતે મુક્ત રહેશે. હું અહીંથી સહમત થાઉં છું અને ખાતરી આપું છું કે મારા દ્વારા ભરવામાં આવેલી કોઈપણ ખોટી, અમાન્ય અથવા ગેરમાર્ગે દોરતી અથવા અધૂરી માહિતી મારા અને મારી મિલકતો પર આ કિસ્સો કાનૂની અને ફોજદારી જવાબદારી સિવાયનો હોઈ શકવાથી દાવાની અસ્વિકૃતતામાં પરિણમી શકે છે અથવા દાવાની વસૂલાત ખર્ચ અને વળતર સાથે આગળ વધી શકે છે.

Date / તારીખ:

Place / સ્થળ: _____

SIGN HERE
અહીં સહી કરો

Signature of Claimant
દાવેદારની સહી

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

ત્રાહિત વ્યક્તિએ કરવાનું જાહેરનામું

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.

પોલિસીધારકે તેના/તેણીના અંગૂઠાની છાપ આપી છે/તેમની પોતાની ભાષામાં સહી કરી છે/અરજી ભરી નથી. આથી હું અહીં જાહેર કરું છું કે, પોલિસીધારકને આ અરજીના વિષયવસ્તુને _____ ભાષામાં સમજાવવામાં આવ્યું છે અને મને પૂરાં પાડવામાં આવેલા ઉત્તરો મેં સાચી રીતે નોંધ્યા છે. હું આથી આગળ એ પણ જાહેર કરું છું કે, પોલિસીધારકે મારી હાજરીમાં સહી કરી છે/તેના. તેણીના અંગૂઠાની છાપ આપી છે.

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

ઉદ્દ્યોગકર્તા નામ: _____ ઉદ્દ્યોગક સાથે દાવેદારનો સંબંધ: _____

Address: _____ Contact Number of Declarant: _____

સરનામું: _____ ઉદ્દ્યોગકનો સંપર્ક નં: _____

Date / તારીખ:

Place / સ્થળ: _____

SIGN HERE
અહીં સહી કરો

Signature of Third person
ત્રાહિત વ્યક્તિની સહી

Terms and Conditions:**નિયમો અને શરતો:**

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.

ભરવામાં આવેલ ક્લેમ ફોર્મ, જોઈતા દસ્તાવેજો સહિત સબમિટ કરવાને, પોલિસી હેઠળ અમારી કંપનીની જવાબદારીઓની કબૂલાત તરીકે ગણી લેવામાં આવશે નહીં. કંપની વતી કોઈક જવાબદારીઓ પાકી કરવા કોઈ એજન્ટ/મધ્યસ્થી નથી કે અધિકૃત કરવામાં આવેલ નથી.

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.

નીચે પૂરા પાડવામાં આયા મુજબના જોઈતા દસ્તાવેજો સહિત આ ફોર્મનું વહેલું સબમિશન, અમને તમારા ક્લેમની પ્રક્રિયા વધુ ઝડપથી કરવા શક્ય બનાવશે PNB (પીએનબી) મેટલાઈફ અપૂર્ણ ક્લેમ ફોર્મ સબમિટ કરવા અથવા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સબમિટ ન કરવાના કારણે ક્લેમની પ્રક્રિયામાં વિલંબ માટે જવાબદાર નહીં હોય.

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

મહત્વની નોંધ: ક્લેમની પ્રક્રિયા હાથ ધરવા કે સેટલમેન્ટના સંદર્ભમાં કંપનીના પ્રતિનિધિ સહિત કોઈ પણ વ્યક્તિ દ્વારા કોઈપણ માંગણી કે અનુગ્રહ કરવામાં આવે તો તેને ધ્યાન પર લેવા નહીં અને આ અંગે કંપનીના ઈ-મેઈલ આઈડી: claimshelpdesk@pnbmetlife.com પર તરત જાણ કરવી.

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM**ફોર્મ ભરવા માટેની સૂચનાઓ****IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)****મહત્વની માહિતી (ફોર્મ ભરવાં પહેલાં કૃપા કરીને વાંચો)**

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

આ ફોર્મ ફક્તને ફક્ત દાવો કરનાર વ્યક્તિએ જ ભરવું. દાવો કરનાર વ્યક્તિ સગીર હોવાના કિસ્સામાં વાર્તા/નિમાણેલી વ્યક્તિ આ ફોર્મ ભરી શકે છે.

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

એકથી વધુ પોલિસી હેઠળના દાવાઓ એક જ ફોર્મભરીને તથા લાગુ થતી બધી જ પોલિસીઓના નંબરો પૂરાં પાડીને નોંધાવી શકાય.

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

એકથી વધુ દાવેદાર હોવાના કિસ્સામાં પ્રત્યેક દાવેદાર વ્યક્તિએ અલગ-અલગ ફોર્મ ભરવાના રહેશે.

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

કૃપા કરીને જાહેરનામાને કાળજીપૂર્વક વાંચી જાઓ અને દાવો કરનાર વ્યક્તિએ દાવાના ફોર્મ પર એવી જ સહી કરવી જેવી તમે સામાન્ય રીતે તમારા ચેક પર કરો છો.

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

ક્લેમ પોલિસીના તમામ નિયમો અને શરતો પૂરાં થવાને આધીન ચૂકવવાપાત્ર છે.

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

આ ક્લેમ પર પ્રક્રિયા હાથ ધરવા માટે કોઈપણ વ્યક્તિને કોઈપણ ફી કે કમિશન ચૂકવવાની જરૂર નથી.

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

તમારું સરનામું, ફોન નંબરો અને ઈ-મેઈલ આઈડી તમારા તાજેતરના હોય અને સક્રિય તેની ખાતરી કરો, કારણ કે, સંદેશાવ્યવહાર ફક્ત તેના મારફતે જ થશે.

8. Asterisk (*) refers to mandatory information.

ફૂટડીનું ચિહ્ન (*) ફરજિયાતપણે પૂરી પાડવાની માહિતી સૂચવે છે.

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM**ગ્રાહક સ્વીકૃતિ નકલ-મૃત્યુના વ્યક્તિગત ક્લેમનું ફોર્મ**

Policy No.: _____
 પોલિસી નં: _____
 Branch Name / Intimation Number: _____
 શાખાનું નામ/ઈન્ટેરેક્શન આઈડી: _____
 Employee Name: _____
 કર્મચારીનું નામ: _____
 Employee Signature: _____
 કર્મચારીની સહી: _____
 IRDAI Registration No. _____
 આઈઆરડીએઆઈ રજીસ્ટ્રેશન નં. _____

Claimant Name: _____
 દાવેદારનું નામ: _____
 Claimant Client ID: _____
 દાવો કરનારનો ક્લાયન્ટ આઈડી: _____
 Date: _____
 તારીખ: _____
 Employee Code: _____
 કર્મચારીનો કોડ: _____

Branch Stamp
 શાખા સ્ટેમ્પ

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)**માન્ય ઓળખ અને સરનામાના પુરાવાઓની સૂચિ (કૃપા કરીને સબમિટ કરેલા દસ્તાવેજ પર ટિક કરો)****PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)****ફોટો ઓળખનો પુરાવો (કોઈપણ એક)**

- Claimant's PAN CARD
 દાવેદારનું પાન કાર્ડ
- Aadhar Card*
 આધાર કાર્ડ*
- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
 સ્ટેમ્પ્ડ ફોટોગ્રાફ સાથેની બેંક પાસબુક (6 મહિનાથી વધુ જૂની નહીં) આઈડી
- Card Issued by Central/State Govt. to employees
 કર્મચારીઓને કેન્દ્ર/રાજ્ય સરકાર દ્વારા જારી કરાયેલ કાર્ડ
- Any other Central/State Govt. issued ID
 કેન્દ્ર/રાજ્ય સરકાર દ્વારા જારી કરાયેલ કોઈપણ અન્ય ID
- Voter ID Card
 મતદાર ઓળખ કાર્ડ

ADDRESS PROOF (ANY ONE)**સરનામાનો પુરાવો (કોઈપણ એક)**

- Valid Passport
 માન્ય પાસપોર્ટ
- Voter ID Card
 મતદાર ઓળખ કાર્ડ
- Aadhar Card*
 આધાર કાર્ડ*
- Valid Driving License
 માન્ય ડ્રાઈવિંગ લાઈસન્સ
- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old)
 સ્ટેમ્પ્ડ ફોટોગ્રાફ સાથેની બેંક પાસબુક (6 મહિનાથી વધુ જૂની નહીં)

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

*PNB MetLife Insurance Co. Ltd દ્વારા KYC અનુપાલન માટે ઓળખની ચકાસણી કરવા માટે હું મારા આધારનો ઉપયોગ કરવા માટે સ્વેચ્છાએ મારી સંમતિ આપું છું.

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

નોંધ: દાવેદાર એનઈએફટી મેન્ડેટ/ બેંક ખાતાની વિગતો

- 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.
એનઈએફટી મેન્ડેટની સાથે ખાતા નં અને આઈએફએસસી કોડ ધરાવતો કેન્સલ કરેલા વ્યક્તિગત ચેક જમા કરાવવાનો રહેશે. જો ચેક વ્યક્તિગત કરેલો ન હોય તો, બેંકનું તાજેતરનું સ્ટેટમેન્ટ અથવા પાસબુકની નકલ (જેના ખાતા નંબર અને આઈએફએસસીનો ઉલ્લેખ કરવામાં આવ્યો છે તે)ને મેન્ડેટ સાથે જમા કરાવવાની રહેશે.
- 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.
આ મેન્ડેટ પર પ્રક્રિયા હાથ ધરવામાં આવતાં ગ્રાહક દ્વારા PNB MetLife Insurance Co.Ltd. માં ધરાવવામાં આવતી તમામ પોલિસીઓ માટે અગાઉ ટેગ થયેલા કોઈપણ એનઈએફટી મેન્ડેટને રદ કરી નાંખશે.
- 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.
એનઈએફટી નિષ્ફળ થવાના કિસ્સામાં અથવા તો મેન્ડેટ પરની વધુ કોઈ જરૂરીયાતો પેનિંગ હોવાના કિસ્સામાં જ્યાં સુધી નવું એનઈએફટી મેન્ડેટ પ્રાપ્ત ન થાય ત્યાં સુધી ચુકવણીને અટકાવી દેવામાં આવશે. આ અંગેની માહિતી તમને મોકલી દેવામાં આવશે.
#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.
#એનઆરઈ ખાતા (સંપૂર્ણ અથવા પ્રમાણસર) માં કરવામાં આવતાં રિફંડનો આધાર એનઆરઈ ખાતા મારફતે ચુકવવામાં આવેલા પ્રીમિયમ(મો)ના ગુણોત્તર પર છે. પ્રીમિયમ(મો)ની ચુકવણી એનઆરઈ ખાતામારફતે થઈ છે તેના પુરાવા તરીકે કૃપા કરીને બેંકનું સ્ટેટમેન્ટ અથવા બેંકના પુષ્ટિકરણ પત્રને જમા કરવો.
In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.
પ્રમાણસર ચુકવણીના કિસ્સામાં કૃપા કરીને બે એનઈએફટી મેન્ડેટ પૂરાં પાડો, એટલે કે, એક એનઆરઈ ખાતા માટે અને બીજો નોન- એનઆરઈ ખાતા માટે.

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

પીએનબી મેટ લાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ રજીસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બેંગલોર - 560 001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ ઓફ ઈન્ડિયા રજીસ્ટ્રેશન નંબર 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ટોલ ફ્રી નંબર - 1-800-425-6969 ઉપર કોલ કરો, વેબ સાઈટ www.pnbmetlife.com, ઈ-મેઈલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને લખો - 1 લો માળ, ટેકનીપ્લેક્સ -1, ટેકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400 062. ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ +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.

નકલી/છેતરપિંડી ભર્યા ફોન કોલ થી ચેતો: આઈઆરડીએઆઈ વીમા પોલિસીઓ વેચવા, બોનસની જાહેરાત કરવા કે પ્રીમિયમનું રોકાણ કરવા જેવી પ્રવૃત્તિઓમાં સામેલ નથી. આ પ્રકારના ફોન કોલ પ્રાપ્ત કરનાર લોકોને પોલીસ ફરિયાદ કરવાની વિનંતી કરવામાં આવે છે.