

Claimant Statement for Death Claim – Form A

মৃত্যু দাবীর জন্য দাবীকারীর বিবৃতি - ফর্ম A

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy

পলিসির অধীনে দাবীকারীর বিবৃতির ফর্মট অবশ্যই দাবীকারী/দাবীকারী কর্তৃক নিয়োজিত ব্যক্তি/আইনগতভাবে দাবী পেশ করতে পারে এরাপ ব্যক্তি দ্বারা পূরণ করা আবশ্যিক।

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only

ফর্মটি একজন ব্যক্তি কর্তৃক একটি রঙের কালির কলম দিয়ে পূরণ করতে হবে।

All documents required to process the claim should be sent to “Claims Entity” mentioned in the page below

দাবিটি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত নথি নীচের পৃষ্ঠায় উল্লিখিত "দাবি সত্তা" এ প্রেরণ করা উচিত।

All supporting documents to be self - attested by nominee

সমস্ত সমর্থনকারী কাগজপত্র মনোনীত ব্যক্তি কর্তৃক স্ব-প্রত্যয়িত হতে হবে

Documents to be Submitted

বেসব কাগজপত্র জমা দিতে হবে

Mandatory Documents বাধ্যতামূলক কাগজপত্র	Additional documents* to be submitted অতিরিক্ত ডকুমেন্টস* জমা দিতে হবে
<p>1. Copy of death certificate issued by local municipal authority স্থানীয় পৌর কর্তৃপক্ষ কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যু সার্টিফিকেটের অনুলিপি</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ডাক্তারী সার্টিফিকেট (পারিবারিক চিকিৎসক বা চিকিৎসা প্রদানকারী ডাক্তার থেকে)</p> <p>3. Original policy document মূল পলিসির কাগজ</p> <p>4. Current address proof বর্তমান ঠিকানার প্রমাণ</p> <p>5. Photo identity proof ফটো পরিচয় প্রমাণ</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook বাতিলকৃত চেক/ ব্যাংকের পাশবই এর কপি</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party দাবিপত্রটি তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে গ্রহণ করার ক্ষেত্রে দাবিদার থেকে অনুমোদন পত্র</p>	<p>Natural death/ death due to illness স্বাভাবিক মৃত্যু/ অসুস্থতার কারণে মৃত্যু</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 পূর্বে বা মৃত্যুর সময়ে নেওয়া যেকোনো চিকিৎসার সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড (ভর্তি ও ছাড়া পাওয়া সংক্রান্ত তথ্য/ মৃত্যু সম্পর্কিত বর্ণনা ও পরীক্ষা-নিরীক্ষা/তদন্ত প্রতিবেদন ইত্যাদি)</p> <p>Accidental Death দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report এজাহার, পঞ্চনামা, লাশের সুরতহাল প্রতিবেদন, ময়নাতদন্ত রিপোর্টের অনুলিপি</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) মৃত্যুসংবাদ/সংবাদপত্রে মৃত্যু সংবাদ প্রকাশিত হলে তার প্রমাণ (যদি থাকে)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ভিসেরা (Viscera) / রাসায়নিক বিশ্লেষণ রিপোর্ট (যদি প্রযোজ্য হয়)</p> <p>4. Final police investigation report পুলিশের চূড়ান্ত তদন্ত রিপোর্ট</p>

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

*পিএনবি মেটলাইফ যদি প্রয়োজন হয় তবে উপরোক্ত প্রদত্ত ব্যতীত অতিরিক্ত কোনও দলিল /প্রমাণের জন্য কল করার অধিকার সংরক্ষণ করে।

1. POLICY NUMBER/S

পলিসির নম্বর/এস

2. DETAILS OF THE CLAIMANT

দাবীকারী সম্পর্কে বিবরণ

Name: _____ Date of Birth:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 Gender: Male Female

উপনাম: _____ জন্ম তারিখ: _____ লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা

Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____

বীমাকারীর সঙ্গে সম্পর্ক: _____ মোবাইল / ফোন নম্বর: _____

Current Address: _____

বর্তমান ঠিকানা: _____

City: _____ State: _____ Pin Code: _____

শহর: _____ রাজ্য: _____ পিনকোড: _____

Email ID: _____

ইমেইল আইডি: _____

PAN No./ Form 60: _____ *Aadhaar number:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

প্যান (PAN) নং/ফর্ম 60: _____ *আধার নং: _____

*Only last 4 digits to be mentioned.

*উল্লেখ করার জন্য কেবল শেষ 4 টি সংখ্যা

3. BANKING DETAILS

ব্যাংক সম্পর্কিত বিবরণ

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____

ব্যাংক আয়াকাউন্ট নম্বর: _____ ব্যাংকের নাম: _____

Name of the Bank: _____ Address of the Bank: _____

বেঙ্ক নাম: _____ হিসাব ধারকের নাম: _____

State: _____ PIN Code: _____

রাজ্য: _____ পিনকোড: _____

MICR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

এমআইসিআর:

IFSC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

আইএফএসসি:

Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)

পেমেন্টের বিকল্প: লামসাম পরিমাণ অর্থ নিয়মিতভাবে প্রদান করা বার্ষিক (বিকল্পসমূহ পলিসির প্রযোজ্য শর্তাবলী সাপেক্ষে।)

4. LIFE INSURED DETAILS

জীবন বীমা গ্রহীতার সম্পর্কে বিস্তারিত বিবরণ

Name of the life insured: _____ Date of Death:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

জীবন বীমা গ্রহীতার নাম: _____ মৃত্যুর তারিখ: _____

Time of Death:

H	H	M	M
---	---	---	---

 AM/PM Place of Death: Home Hospital Office
 Others (please Specify Others / Hospital name) _____মৃত্যুর সময়: _____ পূর্বাহ্ন/প্রধানমন্ত্রী মৃত্যুবরণ এর স্থান: আত্মহত্যা স্বাভাবিক মৃত্যু অসুস্থতা
 অনার্ন (দয়া করে অনার্ন/হাসপাতালের নাম উল্লেখ করুন) _____Cause of Death: Accident Murder Suicide Natural Illness Others (please specify) _____
মৃত্যুর কারণ: দুর্ঘটনা হত্যা আত্মহত্যা স্বাভাবিক মৃত্যু অসুস্থতা অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন) _____**5. NATURE OF ILLNESS & HABITS**

অসুস্থতা ও অভ্যাসের প্রকৃতি

Date of Diagnosis

নির্ণয়ের তারিখ

 Hypertension Diabetes Asthma IHD Malignancy Others (please specify) _____ হাইপারটেনশন ডায়াবেটিস এজমা আইএইচডি মেলিগ্নেপ্সি অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন) _____ Smoking Alcohol Tobacco Drugs- if yes, duration of consumption _____

Quantity consumed _____ (Per-Day/Week/Month).

 ধূমপান এলকোহল তামাক মাদক- যদি হ্যাঁ হয়, সেবনের সময়কাল _____

পরিমাণ সেবনকৃত _____ (প্রতি দিন/সপ্তাহ/মাস)।

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

নিয়োগকর্তার/ ব্যবসায়/ পেশা সম্পর্কিত বিবরণ

Last Employer's name/Business/Occupation: _____

সর্বশেষ নিয়োগকর্তা/ব্যবসায়/পেশার নাম: _____

Nature of work/designation: _____

কাজ/পদবীর প্রকৃতি: _____

Employment/Business/Occupation Address: _____

কর্মসংস্থান/ব্যবসায়/পেশার ঠিকানা: _____

State: _____ PIN Code: _____ Mobile / Landline number: _____

রাজ্য: _____ পিনকোড: _____ মোবাইল/ফোন নম্বর: _____

7. NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL/DOCTORS/HOSPITAL WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEDING THE DEATH

নাম, ঠিকানা এবং সমস্ত / চিকিৎসক / হাসপাতালের তথ্যের যোগাযোগ যেখানে জীবন বীমা করা হয়েছিল সর্বশেষ 5 বছরের মৃত্যুর পূর্বে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয়েছিল

Name of Doctor / Hospital ডাক্তার / হাসপাতালের নাম	Address and Contact Details ঠিকানা এবং যোগাযোগের তথ্য	Disease / Condition Treated For রোগ / পরিস্থিতি যার জন্য চিকিৎসা করা হয়	Treatment Dates (From- To) চিকিৎসার তারিখ (থেকে-থেকে)

8. DETAILS OF OTHER LIFE INSURANCE POLICIES OF THE LIFE INSURED

বীমাকৃত ব্যক্তির অন্য জীবনবীমা পলিসির বিস্তারিত বিবরণ

Name of Life Insurance Company জীবন বীমা কোম্পানির নাম	Policy Number/s পলিসি নম্বর	Policy Commencement Date পলিসি শুরু তারিখ	Coverage Amount (Rs.) কভারেজ মূল্য (রুপি)	Claim Submitted দাবী জমা দেওয়া হয়েছে
				Yes/No হ্যাঁ/না
				Yes/No হ্যাঁ/না
				Yes/No হ্যাঁ/না

Declaration and Authorization

ঘোষণা ও অনুমোদন

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.

আমি/আমরা, উপরে উল্লেখিত দাবীকারী, আন্তরিকভাবে ঘোষণা করছি যে, উপরোক্ত উত্তর ও বিবৃতিসমূহ পুরোপুরি সত্য, এবং আমি/আমরা আরো সম্মতি দিচ্ছি যে, দাবীর ফর্ম পেশ করার মানে পিএনবি মেটলাইফ কোনো দায় স্বীকার করেনি বা তার কোনো অধিকার ত্যাগ করেনি।

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 Photo Copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

আমি/আমরা এই মর্মে উপরোক্ত মৃত ব্যক্তি/বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাস্থ্যপরীক্ষার বা কোনো অসুস্থতা বা রোগের চিকিৎসক / ডাক্তার বা হাসপাতাল, মেডিক্যাল সেন্টার বা উপরোক্ত মৃত ব্যক্তি/বীমাকৃত ব্যক্তিকে বীমা পলিসি ইস্যুকারী অন্য বীমা কোম্পানী, বর্তমান/অতীত নিয়োগকর্তা বা বীমাকৃত ব্যক্তির ব্যবসায়িক সহযোগী, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধনকারী, ব্যক্তিগত/কর্ম/বীমা সম্পর্কিত স্বাস্থ্য পরীক্ষা সম্পাদনকারী ডায়াগনোসিস সেন্টারকে, পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক পলিসি ইস্যুর আগে ও পরে মৃতব্যক্তি সম্পর্কে তাদের নিকট যেকোনো তথ্য/নথিপত্র বা তার শারীরিক অবস্থা বা অন্যান্য যেকোনো বিস্তারিত বিবরণ থাকলে তা প্রকাশ করার বা শেয়ার করার অনুমতি প্রদান করছি। এই অনুমোদনের ফটোকপি মূল কপি মতই কার্যকর এবং বৈধ হিসাবে বিবেচিত হবে।

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 documents to any individual / organisation / 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.

আমি/আমরা আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি ও অনুমোদন দিচ্ছি যে, পিএনবি মেটলাইফ সংগ্রহকৃত বা পিএনবি মেটলাইফ এর নিকট থাকা আমার/আমাদের যে কোনো ব্যক্তিগত ও সংবেদনশীল তথ্য (এই বিবৃতিতে অন্তর্ভুক্ত থাকুক অথবা অন্য কোনো ভাবে সংগ্রহকৃত হউক না কেনো) এবং এর মধ্যে কেওয়াইসি নথিপত্রও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, এই দাবী করতে এবং/অথবা পরবর্তী পরিষেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করতে পারবে এবং পুনঃবীমাকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা দাবী সম্পর্কিত তদন্তকারী সংস্থা, বিদ্রোহা এবং শিল্প সমিতি/ফেডারেশনসহ পিএনবি মেটলাইফ এর সাথে সংশ্লিষ্ট বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক নিয়োজিত যেকোনো ব্যক্তি/সংস্থা/প্রতিষ্ঠান এর নিকট প্রকাশ করতে পারবে।

Signature/ Left Thumb impression of Claimant _____ Date _____

স্বাক্ষর/বাঁ হাতের বুঢ়া আঙুলির টিপচহী _____ তারিখ _____

Declaration by the person filling in the Claim form. (in case the Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

দাবী ফর্ম পূরণকারী ব্যক্তির দ্বারা ঘোষণা। (যদি আবেদন ফর্মের চেয়ে আলাদা ভাষায় দাবী ফর্মটি পূরণ করা / স্বাক্ষরিত হয়)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant

আমি এখানে ঘোষণা করেছি যে আমি দাবী ফর্মের বিষয়বস্তু দাবিদারকে তার / তার দ্বারা বোঝানো ভাষায় সম্পূর্ণ ব্যাখ্যা করেছি। এটি তার / তার দ্বারা পুরোপুরি বোঝা গিয়েছে এবং দাবিগুলি দ্বারা প্রদত্ত তথ্য অনুসারে জবাবগুলি রেকর্ড করা হয়েছে এবং উত্তরগুলি দাবিদারকে পুরোপুরি বোঝা এবং নিশ্চিত করা হয়েছে

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

দস্তাবেজের সামগ্রী এবং ফর্মটি আমাকে পুরোপুরি ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি এখানে উল্লিখিত সামগ্রী এবং প্রস্তাবিত দাবির জন্য এর তাৎপর্য পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি।

DATE

তারিখ

PLACE

স্থান

Signature of the Declarant

ঘোষণাপত্রের স্বাক্ষর

Signature / Left thumb Impression Claimant/
Nominee

স্বাক্ষর/বুঢ়াঙ্গুলের ছাপ দাবীকারী/উত্তরাধিকারী

Name of Witness: _____

Signature of Witness: _____

সাক্ষীর নাম: _____

সাক্ষীর স্বাক্ষর: _____

Address of Witness: _____

সাক্ষীর ঠিকানা: _____

Date: _____

Place: _____

তারিখ: _____

স্থান: _____

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

মৃত্যু ক্লেইম প্রাপ্তিস্বীকার স্লিপ

Policy number(s) _____

পলিসি নং (গুলি)

Name of claimant _____

ক্লেইম কর্তৃতার নাম

Branch name & code _____

শাখার নাম ও কোড

Date: _____

তারিখ:

Employee name & Code _____

কর্মচারীর নাম ও কোড

Company Seal
& Stamp with
Date and time
তারিখ এবং সময়
সহ কোম্পানী
সীল ও স্টাম্প

Documents

Submitted:

নথিপত্র জমাকৃত:

Original Policy Document

আসল পলিসি নথি

Claimant's photo identity proof

দাবীকারীর সচিত্র পরিচয়পত্র

Claimant's Current address Proof

দাবীকারীর বর্তমান ঠিকানার প্রমাণ

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

ক্যানসেলকৃত চেক / ব্যাঙ্ক পাসবুক কপি

Copy of death certificate issue by local municipal authority

স্থানীয় পৌর কর্তৃপক্ষ কর্তৃক মৃত্যু শংসাপত্র ইস্যুর অনুলিপি

Medical Documents (if any)

মেডিকেল ডকুমেন্টস (যদি থাকে)

Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)

ডাক্তারের সার্টিফিকেট (পারিবারিক ডাক্তার বা চিকিৎসাকারী ডাক্তারের কাছ থেকে)

Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party

দাবী তদন্তের জন্য তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে প্রাপ্তির ক্ষেত্রে ব্যক্তির দাবিদার এবং ওয়েবক্যামের ছবি থেকে অনুমোদনের চিঠি

This acknowledgement slip should not be constructed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

এই স্বীকৃতি স্লিপটি দাবী হিসাবে গ্রহণযোগ্যতা হিসাবে তৈরি করা উচিত নয়। দাবিটি প্রক্রিয়াজাতকরণের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত নথি, তথ্য এবং প্রয়োজনীয় যে কোনও প্রয়োজনীয়তা কল করার জন্য সংশ্লিষ্ট তার অধিকার সংরক্ষণ করে।

Terms and Conditions:**চুক্তি এবং শর্তাবলী:**

- 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.

প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক নথিপত্রসহকারে বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেয়ার অর্থ এই নয় যে, পলিসির অধীনে আমাদের কোম্পানি দায় স্বীকার করে নিয়েছে। কোনো এজেন্ট/ মধ্যস্থতাকারী কোম্পানির পক্ষ থেকে কোনো দায় স্বীকার করার জন্য অনুমোদিত নয়।

- 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.

প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক কাগজপত্র সহ এই ফর্ম তাড়াতাড়ি জমা দেওয়া, নীচে প্রদত্ত হিসাবে, আমাদের আপনার দাবী দ্রুততর প্রক্রিয়া করতে সক্ষম হবে। অসম্পূর্ণ দাবি ফর্ম জমা দেওয়া এবং/অথবা বাধ্যতামূলক নথির অ-জমা করার হিসাবের উপর দাবি প্রক্রিয়াকরণ করতে পিএনবি মেটলাইফ দায়ী থাকবে না।

For Office Use Only**শুধুমাত্র অফিসকর্তৃক ব্যবহারের জন্য**

Branch to Affix **the date and time stamp** here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate

শাখা কর্তৃক এখানে **তারিখ লিখতে হবে এবং সিল** মারতে হবে সাথে ব্রাঞ্চ সার্ভিস অ্যাসোসিয়েটের স্বাক্ষরসহ উবার্ট / অবার্ট এর বিস্ফারিত বিবরণ থাকবে।

Application No.: _____

আবেদন নম্বরঃ: _____

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

HO, এইচও, বীমাদাবী এখানে তারিখ লিখবেন ও সীল প্রদান করবেন।

(সেময়, যদি সরাসরি গ্রহণ করা হয়ে থাকে।)

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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ডঅফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117।
রেজিস্ট্রেশন নম্বর 1171 সি আই নং 106601015200111-0028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠান এখানে 1ম তলা, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাজারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোরেগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203