

Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity)

-ডখ -কুইম বা মৃত্যুজনিত দাবীর জন্য দাবীকারীর বিবৃতি (এসএসজি ও অ্যাফিনিটি)

Group Policy Number গুপ পলিসি নম্বর	
Group Policy Holder Name গুপ পলিসিধারীর নাম	
Member number সদস্য নম্বর	
Date of Joining the Policy পলিসি-ত -যোগ -দওয়ার তারিখ	
Certificate Number সার্টিফিকেট নম্বর	
Loan disbursal date ঋণের অর্থপ্রদানের তারিখ	
Outstanding loan as of date of death of member সদস্যের মৃত্যুর তারিখ ব-কয়া ঋণের পরিমাণ	
Details of the Insured Member:	
বীমাকৃত সদস্যের বিবরণ:	
Full name পূর্ণ নাম	
Residential Address বসবাসের ঠিকানা	
<input type="checkbox"/> Form 60 ফর্ম 60	<input type="checkbox"/> PAN No. প্যান নং
	<input type="text"/>
Gender লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> Male পুরুষ
	<input type="checkbox"/> Female স্ত্রী
	Age at death: মৃত্যুকাল বয়স:
Nature of occupation -পশার ধরণ	
Date of birth (as per records) জন্মতারিখ (-রকর্ডস অনুযায়ী)	
Date of death and Time of Death মৃত্যুর তারিখ ও মৃত্যুর সময়	
Cause of death মৃত্যুর কারণ	
Place of death মৃত্যুর স্থান	
In case of death due to illness	
অসুস্থতার কারণ মৃত্যু হল	
When and where did the insured member give first indication of falling ill বীমাকৃত ব্যক্তি কবে ও কোথায় অসুস্থ হওয়ার প্রথম ইঙ্গিত দিয়েছিলেন	
Date and type of illness অসুস্থতার তারিখ ও ধরণ	
Treatment given প্রদানকৃত চিকিৎসা	
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness বীমাকৃত ব্যক্তির শেষ অসুস্থতার সময় যে ডাক্তার -দখানা হ-য়ছিল তার নাম, ঠিকানা ও -ফোন নম্বর	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness বীমাকৃত ব্যক্তিকে শেষ অসুস্থতার সময় যে হাসপাতালে চিকিৎসা করা হ-য়ছিল তার নাম ও ঠিকানা	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যুর ক্ষেত্রে: -রুইম বা দাবীর কাগজপত্রের সাথে এফআইআর ও পিএমআর (জিপিএইচ এর দ্বারা প্রত্যায়িত) ফাইলকৃত করত হ-ব		
Date and Time of accident দুর্ঘটনার তারিখ ও সময়		
Details of accident দুর্ঘটনার বিবরণ		
Address of Police Station to which the accident was reported -য পুলিশ স্টেশন-এ দুর্ঘটনাটি সম্পর্ক রিপোর্ট করা হ-য়-ছ তার ঠিকানা		
FIR number এফআইআর নম্বর		
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted -য হাসপাতাল-এ পোস্ট-মর্টেম বা ময়না তদন্ত করা হ-য়-ছ তার নাম ও ঠিকানা		
Details of Claimant/Nominee দাবীকারী / উত্তরাধিকারীর বিবরণ		
Name of the claimant দাবীকারীর নাম		
Relationship with the insured and % of Share বীমাকৃত-তার সা-থ সম্পর্ক এবং যত % -শয়ার		
Address of the claimant দাবীকারীর ঠিকানা		
Contact details Email and phone number -যোগা-যোগ-বিবরণ ই-মইল ও ফোন নম্বর		
Claimant/Nominee's Bank details দাবীকারী / উত্তরাধিকারীর ব্যাঙ্কের বিবরণ		
Bank Name and complete address ব্যাঙ্কের নাম ও সম্পূর্ণ ঠিকানা		
Account type অ্যাকাউন্ট-ধরণ	<input type="checkbox"/> Savings -সভিংস	<input type="checkbox"/> Current কা-রেন্ট
Bank account number ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর		
MICR code: এমআইসিআর -কোড:		IFSC Code: আইএফএসসি -কোড:

Declaration from Claimant / Nominee

দাবীকারী / উত্তরাধিকারীর ঘোষণা

I/We _____ hereby declare that, I am/we are the nominee/s /legal heir/s of Late Mr. / Mrs. _____ who is the life assured in the above policy.

আমি/আমরা _____ এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি/আমরা উপরোক্ত পলিসির বীমাকৃত ব্যক্তি প্রয়াত মি/মিসেস. _____ এর উত্তরাধিকারী/রা/ আইনী উত্তরাধিকারী/রা।

I/We hereby irrevocably agree and undertake that, upon payment of the amount payable under the policy, PNB MetLife India Insurance Company Ltd. shall stand conclusively discharged from all its liabilities in relation to the insurance cover of the deceased member arising out of the above policy.

I/We hereby authorize the physician/Doctor/s, hospitals, medical centers, etc. who had attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness, Insurance Companies who had issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnosis 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 available with them or other details which he/they may have acquired whether before or after the issuance of the policy by PNB MetLife.

A photocopy of this authorization shall be considered as valid as original. Since the said coverage was availed by Late _____ for the purpose of securing outstanding due and payable under a loan availed by him/her from _____ Bank/Financial Institution/GPH, I/We request you to pay Rs. _____ to Bank/Financial Institution/ GPH towards discharge/partial discharge of the loan outstanding. Any balance post payment of the said outstanding may be paid in my/our name.

আমি/আমরা এইম-র্ম অপরিবর্তনীয়ভা-বে সম্মত আছি ও গ্রহণ করছি -য, এই পলিসি অনুযায়ী প্র-দয় অর্থটি প্রদা-নের মাধ্য-ম, পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইনস্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেস উপরোক্ত পলিসি -থ-ক তৈরী হওয়া, মৃত ব্যক্তির বীমার কভার সংক্রান্ত এর সমস্ত দায়ভার থেকে সম্পূর্ণভাবে মুক্ত হচ্ছে। আমি/আমরা উপরোক্ত মৃত/বীমাকৃত ব্যক্তিকে কোন স্বাস্থ্যসমস্যা বা অসুস্থতার জন্য দেখা বা পরীক্ষা করা বা চিকিৎসা করা ফিজিশিয়ান/ডাক্তার/দের, হাসপাতাল, মেডিক্যাল সেন্টারগুলি ইত্যাদি, উপরোক্ত মৃত/বীমাকৃত ব্যক্তিকে পলিসি ইস্যুকৃত বীমা -কোম্পানীগুলি, বীমাকৃত ব্যক্তির বর্তমান/প্রাক্তন নিয়োগকারী বা ব্যবসায়িক সহযোগী, জন্ম ও মৃত্যু সংক্রান্ত রেজিস্ট্রার, বীমাকৃত ব্যক্তির ব্যক্তিগত/অফিশিয়াল/বীমা সংক্রান্ত মেডিক্যাল পরীক্ষাকারী ডায়াগনসিস সেন্টারগুলিকে মৃত ব্যক্তির স্বাস্থ্য সংক্রান্ত, তাদের কা-ছ থাকা এমন কোন জ্ঞান বা তথ্য বা কাগজপত্র বা তা-দের অর্জিত এমন -কোন বিবরণ প্রকাশ করার অনু-মোদন প্রদান করছি, তা পিএনবি -মেটলাই-ফের দ্বারা পলিসি ইস্যুর আ-গ বা প-র -য সময়ই হ-য় থাকুক। অনুমোদন প্রদানের একটি ফটোকপি আসলের মতই বৈধ হিসেবে বিবেচিত হবে। যেহেতু উপরোক্ত কভা-রজটি প্রয়াত _____ -এর দ্বারা তার দ্বারা

ব্যাঙ্ক/আর্থিক প্রতিষ্ঠান/জিপিএইচ এর কাছ -থ-ক প্রাপ্ত একটি ঋণের ব-কয়া ও প্র-দয় অর্থ-ক সুরক্ষিত রাখার জন্য অর্জিত হ-য়ছিল, -সজন্য আমি/আমরা আপনা-ক _____ টাকা বকেয়া ঋণের পূর্ণ দায়মুক্তি/আংশিক দায়মুক্তির জন্য _____ ব্যাঙ্ক/ আর্থিক সংস্থা/ জিপিএইচ কে প্রদানের অনুরোধ জানাচ্ছি। উপরোক্ত বকেয়া অর্থপ্রদানের পর কোন ব্যা-লন্স বাকী থাক-ল তা আমার/আমা-দর না-ম প্রদান করা -য়-ত পা-রা।

I/We undertake to refund any amount which is credited to my/our account either in excess or which is not due to me/us, at any time, for any reason and to this effect. I hereby confirm that the particulars mentioned here are true, correct and complete in all respects. I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the information including sensitive and personal data or information of mine/ours' collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include my/our 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 and/or for providing subsequent services.

আমি/আমরা এই ম-র্ম আ-রা সম্মতি জানাচ্ছি এবং অনু-মাদন প্রদান করছি -য়, পিএনবি মেটলাইফ আমার/আমাদের সংক্রান্ত সংবেদনশীল ও ব্যক্তিগত তথ্য বা তথ্যাবলী সহ, পিএনবি -মটলাইফ-এর সংগৃহীত বা এর কা-ছ উপলব্ধ (তা এই বিবৃতি-ত থাকুক বা অন্য ভা-ব অর্জিত যাই -হাক না -কন) -য় -কন তথ্য, যার ম-ধ্য আমার/আমা-দর -কওয়াইসি নথিগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, তা ব্যবহার করতে পারে এবং এই ক্রেইমের প্রক্রিয়াকরণ এবং/বা পরবর্তী পরিষেবাগুলি প্রদানের জন্য পিএনবি মেটলাইফের সাথে সংশ্লিষ্ট বা এর দ্বারা অনুমোদিত বা নিয়োজিত কোন ব্যক্তি/সংস্থা/প্রতিষ্ঠানকে তা প্রদান কর-ত পা-র, যার ম-ধ্য পুনর্বিমাকারী, ক্রেইম তদন্তকারী এজেন্সিগুলি, ভেডরগুলি এবং শিল্পক্ষেত্রে সহযোগী/ফেডারেশনগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

দাবীকারীর / -দর স্বাক্ষর / বৃদ্ধাঙ্গুলের ছাপ

তারিখ: _____

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular

যেখানে দাবীকারী তার বৃদ্ধাঙ্গুলের ছাপ প্রদান করেছেন / আঞ্চলিক ভাষায় স্বাক্ষর করেছেন, -সখান তৃতীয় প-ক্ষর কৃত -ঘাষণা

I hereby declare that, I have explained the contents of this application form to the claimant/s in _____ Language known to him/her/ them and have truly recorded the answers provided to me. I further declare that the Claimants has signed/affixed his/her/their thumb impression in my presence.

আমি এই ম-র্ম -ঘাষণা করছি -য়, আমি দাবীকারী-ক/-দর-ক তার/তা-দর -বাধগম্য _____ ভাষাতে এই আবেদনপত্রের বিষয়বলী ব্যাখ্যা করেছি এবং আমাকে প্রদানকৃত উত্তরগুলি একদম সঠিকভাবে -রকর্ড ক-রছি। আমি আ-রা -ঘাষণা করছি -য়, দাবীকারী/রা আমার উপস্থিতি-ত স্বাক্ষর ক-র-ছেন/তার/তাদের বৃদ্ধাঙ্গুলের ছাপ প্রদান ক-র-ছেন।

Name: _____

Contact No. _____

নাম: _____

-যাগা-যা-গর নম্বর. _____

Signature _____

স্বাক্ষর _____

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER	
মাস্টার পলিসিধারীর কাছ -থ-ক -ঘাষণা	
a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy সাম অ্যাশিওর্ড বা আশ্রাসিত রাশি, যার জন্য বীমাকৃত গ্রুপ পলিসির অন্তর্গত র-য়-ছেন	
b) Original amount of Loan ঋণের প্রকৃত পরিমাণ	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan মাস্টার পলিসিধারীর দ্বারা ঋণের ক্ষেত্রে আদায়কৃত অর্থের বিবরণ	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member সদ-স্যর মৃত্যুর তারিখ ব-কয়া ঋণের পরিমাণ	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ব্যালেন্স ক্রেইম পরিমাণ (যে পরিমাণটি উত্তরাধিকারী পাবেন)	

We hereby declare that, Late _____, whose Death Certificate is attached hereto was a member of the Group Policy referred above. We hereby confirm that, the particulars mentioned above are true, correct and complete in all respects. We undertake to refund any amount which got credited to our account either in excess or not due to us, at any time, for any reason.

আমরা এইম-র্ম -ঘাষণা করছি -য়, প্রয়াত _____, উপরোক্ত গ্রুপ পলিসির একজন সদস্য ছিলেন, যার ডেথ সার্টিফিকেট এখানে সংযুক্ত করা হ-য়-ছে। আমরা এই ম-র্ম নিশ্চিত করছি যে, উপরিলিখিত বিবরণগুলি সমস্ত দিক থেকে সত্য, সঠিক ও সম্পূর্ণ রয়েছে। আমরা এই ম-র্ম নিশ্চিত করছি -য়, -য় -কন সময়ে, যে কোন কারণে, অতিরিক্ত বা আমাদের পাওয়ার কথা নয় এরকম -কান অর্থ আমা-দর অ্যাকাউন্ট জমা পড়-ল তা ফিরি-য় -দব।

Verified & Recommended by

যাচাই ও সুপারিশ ক-র-ছেন

Group Policy Holder Name [Company Seal]

গ্রুপ পলিসিধারীর নাম [-কাম্পানী সীল]

Name:

নাম:

Signature of the official

অফিশিয়াল-দর স্বাক্ষর

Date:

তারিখ: