

Claimant Statement for Credit Life Claims

ØfMv ykbQ nls ds fy, nls d r kZ d k foj . k

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

दावाकर्ता विवरण फॉर्म को दावाकर्ता / लाभार्थी / नियुक्त व्यक्ति/ पॉलिसी के तहत कानूनी रूप से प्रबुद्ध व्यक्ति द्वारा भरा जाना चाहिए

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

इस फॉर्म को एक ही व्यक्ति के द्वारा एक ही रंग की स्याही से भरा जाना चाहिए

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

दावे की कार्यविधि के लिए सभी आवश्यक दस्तावेजों को नीचे दिए गए पृष्ठ में वर्णित "दावा इकाई" पर भेजा जाना चाहिए

All supporting documents to be self - attested by nominee

नामांकित व्यक्ति के द्वारा सभी सहायक दस्तावेजों को स्व - प्रमाणित किया जाना चाहिए

Documents to be Submitted t ek fd, t kus okys nLrkt	
Mandatory Documents vfuoK ZnLrkt	Additional documents* to be submitted t ek fd, t kus okys vfrfjä nLrkt **
<p>1. Copy of death certificate issued by local municipal authority स्थानीय नगरपालिका प्राधिकरण द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) डॉक्टर का प्रमाण पत्र (परिवार के चिकित्सक या उपचार करने वाले डॉक्टर से प्राप्त)</p> <p>3. Original policy document मूल पॉलिसी दस्तावेज</p> <p>4. Current address proof वर्तमान पता प्रमाण</p> <p>5. Photo identity proof फोटो पहचान प्रमाण</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook रद्द चेक/बैंक पासबुक की कॉपी</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party तीसरे पक्ष के माध्यम से दावा जानकारी प्राप्त होने की स्थिति में दावाकर्ता से प्राप्त प्राधिकरण पत्र</p> <p>8. Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official मृत्यु दिनांक तक बैंक के बकाया लोन के विवरण का प्रमाणन बैंक अधिकारी द्वारा किया जाएगा</p>	<p>Natural death/ death due to illness ek frd eR @clckjh ds dlj . k eR q</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 पहले या मृत्यु के समय किसी भी उपचार का पूरा मेडिकल रिकॉर्ड (प्रवेश नोट्स और छुट्टी / मृत्यु के विवरण एवं परीक्षण / जांच रिपोर्ट आदि)</p> <p>Accidental Death nqkZuk eaeR q</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report एफआईआर की कॉपी, पंचनामा, पूछताछ रिपोर्ट, पोस्टमॉर्टम रिपोर्ट</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) शोक समाचार/अखबार की कटिंग (यदि उपलब्ध हो)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) विसेरा/रासायनिक विश्लेषण रिपोर्ट (यदि लागू हो)</p> <p>4. Final police investigation report अंतिम पुलिस जांच रिपोर्ट</p>

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

* पीएनबी मेटलाइफ को नीचे दिए गए किसी भी अतिरिक्त दस्तावेज / साक्ष्य के अलावा आवश्यक होने पर कॉल करने का अधिकार सुरक्षित है।

1. POLICY NUMBER/S

i.fyl huaj _____

2. DETAILS OF THE CLAIMANT

nls d r kZ d k foj . k

Name: _____ Date of Birth:

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

 Gender: Male Female
नाम: _____ जन्म तिथि: _____ लिंग: पुरुष महिला

Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____
बीमित के साथ संबंध: _____ मोबाइल / लैंडलाइन नंबर: _____

Current Address: _____
वर्तमान पता: _____

City: _____ State: _____ Pin Code: _____
शहर: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

Email ID: _____
ईमेल आईडी: _____

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

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

पैन नं./ फार्म 60: _____ *आधार नंबर: _____

*Only last 4 digits to be mentioned.

*केवल आखिरी 4 अंक दर्ज करें

3. BANKING DETAILS

csclx foj . k

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____
बैंक खाता संख्या: _____ खाताधारक का नाम: _____

Name of the Bank: _____ Address of the Bank: _____
 बैंक का नाम: _____ बैंक का पता: _____
 _____ State: _____ PIN Code: _____
 _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

MICR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] IFSC: [] [] [] [] [] [] [] [] []
 एमआईसीआर: _____ आईएफएससी: _____

4. LIFE INSURED DETAILS

Name of the life insured: _____ Date of Death: [D] [D] [M] [M] [Y] [Y] [Y] [Y]
 बीमित व्यक्ति का नाम: _____ मृत्यु की तिथि

Time of Death: [H] [H] [M] [M] AM/PM Place of Death: Home Hospital Office
 मृत्यु का समय: सुबह/षाम मृत्यु का स्थान: घर अस्पताल कार्यालय
 अन्य (कृपया अन्य/अस्पताल का नाम बताएं)

Cause of Death: Accident Murder Suicide Natural Illness Others (please specify) _____
 मृत्यु का कारण: दुर्घटना हत्या आत्महत्या प्राकृतिक बीमारी अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS

Date of Diagnosis निदान की तिथि
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> Malignancy <input type="checkbox"/> Others (please specify) _____ <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> अस्थमा <input type="checkbox"/> आईएचडी <input type="checkbox"/> असाध्यता <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____
<input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tobacco <input type="checkbox"/> Drugs- if yes, duration of consumption _____ Quantity consumed _____ (Per-Day/Week/Month). <input type="checkbox"/> धूम्रपान <input type="checkbox"/> शराब <input type="checkbox"/> तंबाकू <input type="checkbox"/> ड्रग्स- यदि हाँ, तो खपत की अवधि _____ मात्रा का सेवन किया _____ (प्रतिदिन /सप्ताह/माह).

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

Last Employer's name/Business/Occupation: _____
 पिछले नियोजक का नाम/व्यापार/व्यवसाय: _____

Nature of work/designation: _____
 कार्य की प्रकृति/पद: _____

Employment/Business/Occupation Address: _____
 रोजगार/व्यापार/व्यवसाय का पता: _____

State: _____ PIN Code: _____ Mobile / Landline number: _____
 राज्य: _____ पिन कोड: _____ मोबाइल / लैंडलाइन नंबर: _____

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

Name of Doctor/ Hospital डॉक्टर/अस्पताल का नाम	Address and Contact Details पता एवं संपर्क विवरण	Disease /Condition Treated For रोग/उपचार की स्थिति	Treatment Dates (From- To) उपचार तिथियां (–से–)

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

Name of Life Insurance Company जीवन बीमा कंपनी का नाम	Policy Number/s पॉलिसी संख्याएं	Policy Commencement Date पॉलिसी शुरू होने की तिथि	Coverage Amount (Rs.) कवरेज राशि (₹)	Claim Submitted दावा प्रस्तुति

Declaration and Authorization

११११११ १११ ११/१११.१

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 PNBMetLife has not admitted any liability or waived any of its rights.

मैं / हम, उपरोक्त दावाकर्ता, दृढ़तापूर्वक घोषणा करते हैं कि उपरोक्त उत्तर और विवरण सभी मामलों में सही हैं, और मैं / हम इस बात से भी सहमत हैं कि दावा करने वाले फॉर्म में पीएनबी मेटलाइफ ने कोई दायित्व स्वीकार नहीं किया है या अपने अधिकार का अधिभोग नहीं किया है।

I/We hereby authorized the physician/Doctors or hospitals, medical centers, who as attended upon or examine or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Company which 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 or other details which he/they may have acquire whether before and after the policy was issued by PNB MetLife. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original. Since the said coverage was procured by Late _____ for the purpose of securing outstanding under a load availed by him/her from _____

Bank/GPH, I request you to pay Rs. _____ to Bank/GPH towards the load outstanding as on the date of death. Any balance after payment of the outstanding may be paid in my name.

मैंने/हमने एतद्वारा फिजिशियन/चिकित्सकों या अस्पतालों, चिकित्सा केंद्रों को, जिसने उक्त मृत व्यक्ति/बीमित को किसी विकार या बीमारी के लिए देखा है या उसकी जांच की है या उपचार किया है या अन्य बीमा कंपनी जिसने उक्त मृत व्यक्ति/बीमित के लिए पॉलिसी जारी की है, वर्तमान/पूर्व नियोक्ता या बीमित का बिजनेस एसोसिएट, जन्म व मृत्यु पंजीयक, नैदानिक केंद्र जिसमें बीमित व्यक्ति के निजी/कार्यालयीन/बीमा संबंधी परीक्षण हुए हैं, उन्हें मृत व्यक्ति के स्वास्थ्य की अवस्था या अन्य विवरण की जानकारी या सूचना या दस्तावेज साझा करने के लिए अधिकृत किया है जिसे उसने छठ डमजरपमि की पॉलिसी से पहले या बाद में हासिल किया हो। इस प्राधिकारी की फोटोकॉपी को मूल प्रति के समान प्रभावी और वैध माना जाएगा। उक्त कवरेज स्वर्गीय; _____ द्वारा बैंक / जीपीएच से लिए गए ऋण के तहत बकाया लेने के लिए उद्देश्य से किया गया था, मैं आपसे मृत्यु दिनांक तक बकाया ऋण को _____ को भुगतान करने का अनुरोध करता/करती हूँ। बकाए के भुगतान के बाद किसी भी अधिषेप का भुगतान मेरे नाम से किया जा सकता है।

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/organisation/entity associated or affiliated with or engaged by PNBMetLife including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services

इसके अलावा, इस दावा और / या अनुवर्ती सेवा प्रदान करने के लिए, मैं/हम एतद्वारा सज़ पीएनबी मेटलाइफ को मेरी/हमारी एकत्र या पीएनबी मेटलाइफ (चाहे वह जानकारी इस स्टेटमेंट में दी गई हो या कहीं से प्राप्त की गई हो) पर उपलब्ध किसी कर्मचारी / संगठन / संस्थान से संबंधित या पीएनबी मेटलाइफ से संबद्ध केवाईसी दस्तावेज सहित निजी और संवेदनशील जानकारी का इस्तेमाल करने के लिए सहमति देता हूँ/देते हैं और प्राधिकृत करता हूँ/करते हैं जिसमें बीमाकर्ता, दावा जांच एजेंसिया, विक्रेता और उद्योग संघ / परिषद शामिल हैं।

Signature/ Left Thumb impression of Claimant _____ Date _____
व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान _____ दिनांक _____

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)

११११११ १११ ११/१११.१ १/१११ १११ ११/१११.१ १/१११ १११ ११/१११.१

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

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने दावा फार्म की विषयवस्तु के बारे में दावाकर्ता को उसे समझ में आने वाली भाषा में पूरी तरह से समझा दिया है। उसे उसके द्वारा पूर्णतया समझ लिया गया है और दावाकर्ता द्वारा दी गई सूचनाओं के अनुसार उत्तर रिकार्ड किए गए हैं और उत्तर पढ़कर सुनाए गए हैं जो दावाकर्ता द्वारा पूरी तरह समझे गए हैं और पुष्टि की गई है।

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

फार्म और दस्तावेज की विषयवस्तु मुझे पूरी तरह से समझा दी गई है और यह कि मैंने इसमें उल्लिखित विषयवस्तु को तथा प्रस्तावित दावे के लिए इसके महत्व को पूरी तरह से समझ लिया है।

DATE दिनांक	PLACE स्थान	Signature of the Declarant घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान दावाकर्ता नामित
Name of Witness: _____	Signature of Witness: _____		
xolg dk ule: _____	xolg ds gLrk[kj: _____		
Address of Witness: _____			
xolg dk irk _____			
Date: _____	Place: _____		
fnukd: _____	LFku: _____		

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

मृतक दावा अभिस्वीकृति पर्ची

Policy number(s) _____, _____, _____, _____

पॉलिसी संख्या (ए) _____

Name of claimant _____

दावाकर्ता का नाम _____

Branch name & code _____

शाखा का नाम और कोड _____

Date: _____ Employee name & Code _____

दिनांक: _____ कर्मचारी का नाम और कोड _____

Documents Submitted: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Claimant's Current address Proof

दस्तावेज जमा किया गया: मूल पॉलिसी दस्तावेज दावाकर्ता का फोटो पहचान प्रमाण दावाकर्ता का वर्तमान पते का प्रमाण

Cancelled cheque / Copy of bank passbook Copy of death certificate issue by local municipal authority

निरस्त किया गया चौक / बैंक पासबुक की प्रति स्थानीय पालिका प्राधिकारी द्वारा निर्गत मृत्यु प्रमाणपत्र की प्रति

Medical Documents (if any) Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)

चिकित्सा दस्तावेज (यदि कोई हो) डॉक्टर का प्रमाणपत्र (पारिवारिक चिकित्सक या उपचार करने वाले डॉक्टर द्वारा)

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

दावाकर्ता की ओर से प्राधिकार पत्र और व्यक्ति का वेबकैम फोटो यदि दावा प्रस्तुति सूचना तीसरी पार्टी के माध्यम से प्राप्त की गई हो

Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official

मृत्यु की दिनांक तक के अनुसार बैंक का बकाया ऋण विवरण जो बैंक अधिकारी द्वारा सत्यापित किया गया हो

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.

यह अभिस्वीकृति पर्ची दावे को स्वीकार करना नहीं मानी जाएगी। दावा कार्यवाही का निर्णय लेने के लिए कोई अतिरिक्त दस्तावेज मांगने आवश्यक अपेक्षाओं का अधिकार कंपनी के पास सुरक्षित है।

Company Seal & Stamp with Date and time कंपनी की सील और मुहर दिनांक और समय के साथ

Terms and Conditions:

fu; e vls 'lra

1) The submission of the filled up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be constructed 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.

अनिवार्य दस्तावेज के साथ भरे हुए दावा प्रपत्र को जमा करने को पॉलिसी के तहत हमारी कंपनी की देयता स्वीकारोक्ति नहीं माना जाएगा। किसी एजेंट/मध्यवर्ती संस्था को कंपनी की ओर से देयता स्वीकार करने के लिए अधिकृत नहीं किया गया है।

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.

आवश्यक अनिवार्य दस्तावेजों के साथ इस फॉर्म को जल्दी जमा करना, जैसा कि नीचे दिया गया है, हमें आपके दावे को तेजी से संसाधित करने में सक्षम करेगा। पीएनबी मेटलाइफ अपूर्ण दावा प्रपत्र और/या अनिवार्य दस्तावेज के जमा न होने पर दावे की प्रक्रिया में देरी के लिए किसी भी तरह से उत्तरदायी नहीं होगा।

For Office Use Only
do y dk lky: mi: lx ds fy. A

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

शाखा को **fnukd vls l e; dh LVk** को ओएसवी/एएसवी के विवरण के साथ शाखा सर्विस एसोसिएट के हस्ताक्षर

Application No.: _____

आवेदन संख्या.: _____

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

एचओ, दावा दिनांक की मोहर यहां चिपकाएँ।

(समय, यदि प्रत्यक्ष रूप से प्राप्त किया गया हो।)

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालयक युनिट नंबर 701, 702 और 703, 7 वीं मंजिल, वेस्ट विंग, राहेजा टावर्स, 26/27, म जी रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक। IRDA of India पंजीकरण संख्या 117, CI No- U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 पर हमें टोल-फ्री कॉल करें, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in पर या हमें पहली मंजिल पर लिखें 1,

टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, ऑफ वीर सावरकर फ्लाईओवर, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062- फोन: + 91- 22- 41790000, फैक्स: + 91-22-41790203

Credit Account Statement Form

(Below points should be mandatorily filled by the Bank official)

ØsMV [k r k f o o j . k Q , e Z

f u f u y f [k r f c t h y k d l s c d l v f / k d l j h d s } k j k v f u o k Z : i l s H j k t k u k p k g , ½

S No. Øe l a	Particulars f o o j . k	Filled by GPH t h i h p } k j k H j k x ; k
1	Name of the Group Master Policy Holder गुप मास्टर पॉलिसी धारक का नाम	
2	Group Master Policy Number गुप मास्टर पॉलिसी संख्या	
3	Name of Insured Member बीमित सदस्य का नाम	
4	Risk-commencement Date जोखिम शुरू होने की तिथि	
5	Sum Assured बीमित राशि	
6	Original amount of Loan ऋण की मूल राशि	
7	Outstanding Loan balance amount as on the date of death मृत्यु की तारीख पर बकाया ऋण शेष राशि	
8	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) षेघ दावा राशि (मृत्यु की तारीख के अनुसार बीमित राशि और बकाया राशि में अंतर)	
9	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) ऋण के प्रति मास्टर पॉलिसी धारक द्वारा की गई वसूलियों का विवरण। (ऋण खाते में की गई डेबिट और क्रेडिट प्रविष्टियाँ)	

We hereby declare that the below mentioned information's are verified for accuracy.

ge , r i o j k ? k k k d j r s g u l p s m f y y f [k r t k u d j h l v i d r k d s f y , l R k i r d h x b Z g k

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

c d l v f / k d l j h d h e l g j] r j h i k v l s g l r k k j

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंसुरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालयक युनिट नंबर 701, 702 और 703, 7 वीं मंजिल, वेस्ट विंग, रहेजा टावर्स, 26/27, म जी रोड, बंगलोर -560001, कर्नाटक। IRDA of India पंजीकरण संख्या 117, CI No- U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 पर हमें टोल-फ्री कॉल करें, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in पर या हमें पहली मंजिल पर लिखें 1, टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, ऑफ वीर सावरकर फ्लाईओवर, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062- फोन: + 91- 22-41790000, फैक्स: + 91-22-41790203