

**Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity)**  
**मृतक दावे के लिए दावाकर्ता का वक्तव्य (एसएसजी और एफिनिटी)**

Group Policy Number ग्रुप पॉलिसी संख्या											
Group Policy Holder Name ग्रुप पॉलिसी स्वामी का नाम											
Member number सदस्य संख्या											
Date of Joining the Policy पॉलिसी में शामिल होने की तिथि											
Certificate Number प्रमाणपत्र संख्या											
Loan disbursement date ऋण वितरण की तिथि											
Outstanding loan as of date of death of member सदस्य की मृत्यु की तिथि तक बकाया ऋण											
<b>Details of the Insured Member:</b>											
<b>बीमित सदस्य के विवरण:</b>											
Full name पूरा नाम											
Residential Address आवासीय पता											
<input type="checkbox"/> Form 60 <input type="checkbox"/> PAN No.											
फार्म 60      पैन नं.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Gender लिंग	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female पुरुष      महिला										
	Age at death: मृत्यु के समय आयु:										
Nature of occupation व्यवसाय की प्रकृति											
Date of birth (as per records) जन्मतिथि (रिकार्ड के अनुसार)											
Date of death and Time of Death मृत्यु का दिनांक और मृत्यु का समय											
Cause of death मृत्यु का कारण											
Place of death मृत्यु का स्थान											
<b>In case of death due to illness</b>											
<b>बीमारी के कारण मृत्यु के मामले में</b>											
When and where did the insured member give first indication of falling ill बीमित सदस्य पहली बार कब और कहां बीमार पड़ा											
Date and type of illness बीमारी का दिनांक और प्रकार											
Treatment given किया गया उपचार											

Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness डॉक्टर का नाम, पता और फोन नंबर, जिससे बीमित व्यक्ति ने पिछली बीमारी के दौरान परामर्श लिया	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness अस्पताल का नाम और पता जहां बीमित व्यक्ति का पिछली बीमारी के दौरान उपचार हुआ	

<b>In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents</b> <b>दुर्घटना के कारण मृत्यु के मामले में: एफआईआर और पीएमआर (जीपीएच द्वारा प्रमाणित) दावा दस्तावेजों के साथ भरा जाए</b>	
Date and Time of accident दुर्घटना का दिनांक और समय	
Details of accident दुर्घटना के विवरण	
Address of Police Station to which the accident was reported पुलिस स्टेशन का पता, जहां दुर्घटना की रिपोर्ट की गई	
FIR number एफआईआर संख्या	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted अस्पताल का नाम और पता, जहां पोस्टमार्टम किया गया	
<b>Details of Claimant/Nominee</b> <b>दावाकर्ता/नामिती के विवरण</b>	
Name of the claimant दावाकर्ता का नाम	
Relationship with the insured and % of Share बीमित व्यक्ति से संबंध और हिस्से का %	
Address of the claimant दावाकर्ता का पता	
Contact details Email and phone number संपर्क विवरण, ईमेल और फोन नंबर	
<b>Claimant/Nominee's Bank details</b> <b>दावाकर्ता/नामिती का बैंक विवरण</b>	
Bank Name and complete address बैंक का नाम और पूरा पता	
Account type खाते का प्रकार	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current बचत                      चालू
Bank account number बैंक खाता संख्या	
MICR code: एमआईसीआर कोड:	IFSC Code: आईएफएससी कोड:

**Declaration from Claimant / Nominee****दावाकर्ता/नामिती द्वारा घोषणा**

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.

मैं/हम \_\_\_\_\_ एतद्वारा घोषणा करते हैं कि, मैं/हम स्वर्गीय श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ के नामिती/कानूनी वारिस हैं, जो उक्त पॉलिसी में जीवन बीमित थे।

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.

मैं/हम एतद्वारा अपरिवर्तनीय रूप से सहमत हैं और यह जिम्मेदारी स्वीकार करते हैं कि पॉलिसी के अंतर्गत देय धनराशि के भुगतान पर पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लि। उक्त पॉलिसी के कारण उत्पन्न मृतक सदस्य के बीमा कवर के संबंध में अपनी समस्त देयताओं से पूर्णतया निवृत्त हो जाएगा। मैं/हम एतद्वारा फिजीशियन/चिकित्सक/कों, अस्पतालों, चिकित्सा केंद्रों आदि जिन्होंने उक्तकृत मृतक व्यक्ति/बीमित का किसी विकार या बीमारी के लिए देखभाल या परीक्षण या उपचार किया, बीमा कंपनी जिसने उक्तकृत मृतक व्यक्ति/बीमित को पॉलिसियां निर्गत कीं, जीवन बीमित के वर्तमान/पूर्व नियोक्ता या व्यावसायिक सहयोगियों, जन्म और मृत्यु के पंजीकरणकर्ता, निदान केंद्र जहां जीवन बीमित के निजी/आधिकारिक/बीमा संबंधी चिकित्सकीय परीक्षण हुए को उनके यहां मृतक की स्वास्थ्य की स्थिति के संबंध में उपलब्ध कोई ज्ञान या सूचना या दस्तावेज या अन्य विवरण जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा पॉलिसी निर्गत करने से पहले या बाद में उनके द्वारा अर्जित किए गए हो सकते हैं, प्रकटित या साझा करने के लिए प्राधिकृत करते हैं। इस प्राधिकार की एक फोटोप्रति मूल के समान वैध मानी जाएगी। चूंकि उक्त कवरेज स्वर्गीय \_\_\_\_\_ द्वारा \_\_\_\_\_ बैंक/वित्तीय संस्थान/जीपीएच से प्राप्त किए गए ऋण के अंतर्गत देय और बकाया को सुरक्षित करने के प्रयोजन से उनके द्वारा प्राप्त की गई थी, मैं/हम बकाया ऋण के समाशोधन/आंशिक समाशोधन हेतु बैंक/वित्तीय संस्थान/जीपीएच को रु. \_\_\_\_\_ का भुगतान करने का अनुरोध करते हैं। उक्त बकाया के भुगतान के बाद बची किसी शेषराशि का भुगतान मेरे/हमारे नाम से किया जा सकता है।

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 reinsures, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services.

मैं/हम मेरे/हमारे खाते में किसी भी समय, किसी भी कारण से और इस सीमा तक, अतिरिक्त के रूप में या जो मुझ/हम पर देय न हो, नामे होने वाली कोई राशि रिफंड करने की जिम्मेदारी स्वीकार करते हैं। मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूं कि यहां उल्लिखित विवरण सत्य, सही और सभी प्रकार से पूर्ण हैं। इसके अलावा मैं/हम इस दावे को संसाधित करने के प्रयोजन से तथा/या अनुवर्ती सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, एतद्वारा पीएनबी मेटलाइफ को ऐसी कोई जानकारी उपयोग और प्रकटित करने के लिए सहमति प्रदान करते हैं तथा प्राधिकृत करते हैं जिसमें संवेदनशील और निजी सूचनाएं या मेरी/हमारी संकलित या पीएनबी मेटलाइफ के पास उपलब्ध जानकारी (चाहे इस वक्तव्य में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो), शामिल है और जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से संबद्ध या जुड़े किसी व्यक्ति/संगठन/संस्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता, दावा विवेचना एजेंसियां, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संगठन/संघ शामिल हैं, के पास मेरे/हमारे केवाईसी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: \_\_\_\_\_

दावाकर्ता/ओं के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक: \_\_\_\_\_

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

**दावाकर्ता द्वारा अपने अंगूठे का निशान लगाए जाने/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए जाने की स्थिति में तीसरे व्यक्ति द्वारा घोषणा की जाए.**

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.

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूं कि मैंने इस आवेदन फॉर्म की विषयवस्तु को दावाकर्ता/ओं को \_\_\_\_\_ भाषा में जो उसे/उन्हें ज्ञात है, समझा दिया है और मुझे दिए गए उत्तर सत्यतापूर्वक रिकार्ड किए हैं। इसके अलावा मैं घोषणा करता/करती हूं कि दावाकर्ता ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं/अपने अंगूठे का निशान लगाया है।

Name: \_\_\_\_\_

Contact No. \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

संपर्क नं. \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

**DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER**

मास्टर पॉलिसी धारक द्वारा घोषणा

a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy बीमांकित राशि जिसके लिए बीमित व्यक्ति ग्रुप पॉलिसी के अंतर्गत कवर था	
b) Original amount of Loan ऋण की मूल राशि	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ऋण के लिए मास्टर पॉलिसी धारक द्वारा की गई वसूलियों के विवरण	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member सदस्य की मृत्यु की तिथि तक के अनुसार बकाया ऋण राशि	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) शेष दावा राशि (नामिती को देय राशि)	

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.

हम एतद्वारा घोषित करते हैं कि स्वर्गीय ....., जिनका मृत्यु प्रमाणपत्र इसके साथ संलग्न है, उक्त संदर्भित ग्रुप पॉलिसी का एक सदस्य था। हम एतद्वारा पुष्टि करते हैं कि उक्त उल्लेखित विवरण सत्य, सही और सभी प्रकार से पूर्ण हैं। हम हमारे खाते में किसी भी समय, किसी भी कारण से, अतिरिक्त के रूप में या जो मुझ/हम पर देय न हो, नामे होने वाली कोई राशि रिफंड करने की जिम्मेदारी स्वीकार करते हैं।

Verified & Recommended by

इनके द्वारा सत्यापन और अनुशंसित किया गया

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ग्रुप पॉलिसी धारक का नाम [कंपनी की मुहर]

Name:

नाम:

Date:

दिनांक:

Signature of the official

अधिकारी के हस्ताक्षर