

Employer Employee Death Claim Form / नियोक्ता कर्मचारी डेथ क्लेम फॉर्म

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(सभी ग्रुप बीमा योजनाओं के लिए ग्रुप पॉलिसीधारक (जी पी एच) और नामांकित व्यक्तियों द्वारा भरा जाना चाहिए)

Part A / भाग ए:

- 1) Group Policy No / ग्रुप पॉलिसी नंबर: _____ 2) Member ID / सदस्य आईडी: _____
- 3) Employee ID / कर्मचारी आईडी: _____ 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
- मृत सदस्य का वर्तमान पद/बैंड/ग्रेड: _____
(प्रभावी तारीख के साथ) जैसा कि लागू उद्धरण के तहत आवश्यक है
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / बीमित सदस्य/नियोक्ता का पूरा नाम और पता: _____
- 6) Name of Group Policyholder / ग्रुप पॉलिसी धारक का नाम: _____
- 7) Date of Birth of Insured / बीमित की जन्मतिथि: _____ 8) Date of Joining the Service / सेवा में शामिल होने की तिथि: _____
- 9) Date of Death / मृत्यु की तिथि: _____ 10) Place and Cause of Death / मृत्यु का स्थान और कारण: _____

11) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote)	Monthly / मासिक	Annual / वार्षिक
पिछला प्राप्त वेतन: (जीटीएल/एफएसएल स्कीम के लिए अनिवार्य, कृपया एफएसएल दावे के लिए मूल वेतन दर्ज करें। कृपया लागू उद्धरण के अंतर्गत आवश्यकतानुसार वेतन का उल्लेख करें)		

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention / पिछले एक वर्ष के दौरान / घटना की तारीख से कर्मचारी द्वारा ली गई छुट्टी के विवरण। कृपया बताएं

From Date / तारीख स	To Date / तारीख तक	No. of Days / दिनों की संख्या	Type of Leave / छुट्टी के प्रकार	Reason / कारण

- 13) Sum Assured / बीमित राशि: _____
- 14) PF Account Number of Insured Member / बीमित व्यक्ति का पीएफ खाता संख्या: _____ (Mandatory for EDLI Claim) (ईडीएलआई दावे के लिए अनिवार्य)
- 15) Please confirm employment status of the employee as on date of death / कृपया कर्मचारी की मृत्यु की तारीख पर रोजगार की स्थिति की पुष्टि करें: Permanent / स्थायी
Contractual / ठेका पर
- 16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
कृपया पुष्टि करें कि क्या कर्मचारी, योगदान (जॉइनिंग) के दिनांक की तरह सक्रिय रूप से कार्य पर था: हाँ नहीं

Declaration and authorization by Group policy holder

ग्रुप पॉलिसी धारक द्वारा घोषणा और प्राधिकार दिया जाना

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

मैं/हम, उपरोक्त नामित दायाकर्ता, दृढ़तापूर्वक घोषित करता हूँ/करते हैं कि पूर्ववर्ती कथन सत्य हैं और इस तथ्य से सहमत हूँ/सहमत हैं कि कंपनी द्वारा इस फॉर्म या अन्य अनुपूरक फॉर्म के प्रस्तुतिकरण को इस तथ्य की स्वीकारोक्ति नहीं माना जाएगा कि मृतक का कोई बीमा प्रभाव में था या किसी अधिकार या बचाव का अधित्याग किया गया है। यद्यपि, कोई कानून, प्रथा या परिपाटी, सदस्य के चिकित्सा उपचार/ जांच के दौरान प्राप्त गुप्त जानकारी को प्रस्तुत करने से प्रतिबंधित करता है।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

मैं/हम एतद्वारा किसी चिकित्सक या अन्य व्यक्ति या किसी अस्पताल, आरोग्यआश्रम, चिकित्सा पेशेवर, अस्पताल या अन्य चिकित्सा देखभाल इकाई, बीमा समर्थित संगठन, फॉर्मसी, सरकारी एजेंसी, बीमा कंपनी, नियोक्ता, हितलाम योजना व्यवस्थापक, लेखाकार या वित्तीय सलाहकार या अन्य संस्थान को पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को, इसके किसी कार्यालय या न्यायालय के कानून या किसी जांच एजेंसी या इसकी ओर से कार्य करने वाले स्वतंत्र व्यवस्थापक को, बीमित व्यक्ति के नियोजन, वित्त या बीमा, सलाह, देखभाल या उसके उपचार से संबंधित जानकारी या बीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित कोई आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता हूँ/करते हैं जिसमें मानसिक बीमारी, ड्रग्स के सेवन, शराब के सेवन, एचआईवी (एड्स) और / या यौन संचारित रोग से संबंधित जानकारी शामिल है।

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

पंजीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702 और 703, 7वां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलूर - 560001, कर्नाटक, भारत का आईआरडीए की पंजीकरण संख्या 117।
सी ई नं. U66010KA2001PLC028883, हमें हमारे टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969 पर कॉल करें। वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in
या हमें इस पते पर लिखें 1हला तल, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वोर सावरकर फ्लायओवर के नीचे, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फोन: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

मैं/हम एतद्वारा पूर्णतया सहमत हैं और मेरी/हमारी कोई निजी और संवेदनशील जानकारी जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा संकलित की गई हो या उनके पास उपलब्ध हो (चाहे इस कथन/आवेदन में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो) जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से सम्बद्ध या उनके द्वारा नियुक्त किसी व्यक्ति/संगठन/स्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता (रिइश्योरर), दावा जाँच एजेंसियाँ, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संघर्ष/डिरेक्शन शामिल हैं को इस दावे, आवेदन पर कार्यवाही करने और/या अनुवर्ती सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, जिनमें दावा निपटान से उत्पन्न सेवाएं भी शामिल हैं, दिए गए केवाईसी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं, का उपयोग और प्रकटित करने के लिए पीएनबी मेटलाइफ को प्राधिकृत करते हैं।

Declaration by Group Policy Holder

ग्रुप पॉलिसी धारक के द्वारा घोषणा

We confirm that the foregoing information including the details of the insured member stated above are true to the best of our knowledge and belief and our born out from our official records.

हम इस तथ्य कि पुष्टि करते हैं कि वीमित व्यक्ति के उपरोक्त विवरण सहित पूर्ववर्ती जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है और हमारे आधिकारिक रिकॉर्ड के अनुसार प्रमाणित है।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

मास्टर पॉलिसीधारक की कंपनी की मुहर के साथ प्राधिकृत हस्ताक्षरी के हस्ताक्षर

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

नाम और पदनाम: _____ संपर्क नं.: _____ तिथि: _____

Part B / भाग बी:

1) Please provide bank account number for all the Nominees / कृपया सभी नामांकित व्यक्तियों के लिए बैंक खाता संख्या प्रदान करें:

Particulars / विवरण	Nominee 1 नामांकित व्यक्ति 1	Nominee 2 नामांकित व्यक्ति 2	Nominee 3 नामांकित व्यक्ति 3	Nominee 4 नामांकित व्यक्ति 4	Nominee 5 नामांकित व्यक्ति 5
Name / नाम					
Bank Account Number / बैंक खाता संख्या					
IFSC Code / आईएफएससी कोड					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records / कृपया जीपीएच रिकॉर्ड के अनुसार जीवन बीमा लाभ के लिए नामांकित व्यक्ति/व्यक्तियों से संबंधित निम्न विवरण प्रदान करें:

SL. No. क्रम संख्या	Nominee Name नामांकित व्यक्ति का नाम	Relationship संबंध	Benefit Share in % % साझा लाभ नामांकित	Address of Nominee व्यक्ति का पता

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following / बीमारी या अप्राकृतिक कारण से मृत्यु के मामले में निम्नलिखित की आवश्यकता होती है:

Types of illness and date of diagnosis बीमारी के प्रकार और निदान की तारीख	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment दिए गए उपचार का विवरण और अस्पताल का विवरण जहां बीमा कराया गया था	
Details of accident (for unnatural death) दुर्घटना के विवरण (अप्राकृतिक मृत्यु के लिए)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted अस्पताल का नाम और पता जहां पोस्टमॉर्टम किया गया था।	
Name and address of police station to which accident was reported दुर्घटना की रिपोर्ट करने वाले पुलिस स्टेशन का नाम और पता	

Declaration and authorization by Beneficiary

लामार्थी द्वारा घोषणा और पाधिकार देना

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

मैं/हम, उपरोक्त नामित दावाकर्ता, दृढ़तापूर्वक घोषित करता हूँ/करते हैं कि पूर्ववर्ती कथन सत्य हैं और इस तथ्य से सहमत हूँ/सहमत हैं कि कंपनी द्वारा इस फॉर्म या अन्य अनुपूरक फॉर्म के प्रस्तुतिकरण को इस तथ्य की स्वीकारोक्ति नहीं माना जाएगा कि मृतक का कोई बीमा प्रभाव में था या किसी अधिकार या बचाव का अधिव्याग किया गया है। यद्यपि, कोई कानून, प्रथा या परिपाटी, चिकित्सा उपचार/सदस्य की जांच के दौरान प्राप्त गुप्त जानकारी को प्रस्तुत करने से प्रतिबंधित करता है।

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

पंजीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702 और 703, 7वां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलूर - 560001, कर्नाटक, भारत का आईआरडीए की पंजीकरण संख्या 117।

सी ई नं. U66010KA2001PLC028883, हमें हमारे टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969 पर कॉल करें। वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in
या हमें इस पते पर लिखें 1हला तल, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के नीचे, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फोन: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

Version 2.0 / Feb'20
संस्करण 2.0 / फरवरी 20

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV/AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

मैं/हम एतद्वारा किसी चिकित्सक या अन्य व्यक्ति या किसी अस्पताल, आरोग्यआश्रम, चिकित्सा पेपेवर, अस्पताल या अन्य चिकित्सा देखभाल इकाई, बीमा समर्थित संगठन, फॉर्मैसी, सरकारी एजेंसी, बीमा कंपनी, नियोक्ता, हितलाभ योजना व्यवस्थापक, लेखाकार या वित्तीय सलाहकार या अन्य संस्थान को पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को, इसके किसी कार्यालय या न्यायालय के कानून या किसी जांच एजेंसी या इसकी ओर से कार्य करने वाले स्वतंत्र व्यवस्थापक को, बीमित व्यक्ति के नियोजन, वित्त या बीमा, सलाह, देखभाल या उसके उपचार से संबंधित जानकारी या बीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित कोई आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता हूँ/करते हैं जिसमें मानसिक बीमारी, ड्रग्स के सेवन, शराब के सेवन, एचआईवी (एड्स) और / या यौन संचारित रोग से संबंधित जानकारी शामिल 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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

मैं/हम एतद्वारा पूर्णतया सहमत हैं और मेरी/हमारी कोई निजी और संवेदनशील जानकारी जो पीएनबी मेटलाइफ द्वारा संकलित की गई हो या उनके पास उपलब्ध हो (चाहे इस कथन-आवेदन में निहित हो या अन्य प्रकार से प्राप्त की गई हो) जिसमें पीएनबी मेटलाइफ से सम्बद्ध या उनके द्वारा नियुक्त किसी व्यक्ति-संगठन-स्था जिसमें पुनर्बीमाकर्ता (रिइश्योरर), दावा जांच एजेंसियां, सेवाप्रदाता और औद्योगिक संघर्ष-डेरेशन शामिल हैं को इस दावे, आवेदन पर कार्यवाही करने और/या अनुवर्ती सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, जिनमें दावा निपटान से उत्पन्न सेवाएं भी शामिल हैं, दिए गए कवाईसी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं, का उपयोग और प्रकटित करने के लिए पीएनबी मेटलाइफ को प्राधिकृत करते हैं।

Signature of the Nominee of Insurance Claim / बीमा दावा के नामांकित व्यक्ति के हस्ताक्षर

Particulars / विवरण	Nominee 1 नामांकित व्यक्ति 1	Nominee 2 नामांकित व्यक्ति 2	Nominee 3 नामांकित व्यक्ति 3	Nominee 4 नामांकित व्यक्ति 4	Nominee 5 नामांकित व्यक्ति 5
Name of Nominee नामांकित व्यक्ति का नाम					
Signature of Nominee नामांकित व्यक्ति के हस्ताक्षर					
Contact No. संपर्क नंबर					
Date दिनांक					

Declaration by Group Policy Holder

ग्रुप पॉलिसी धारक के द्वारा घोषणा

We confirm that, the Nominee/s mentioned in this form is/are as nominated by the employee for the purpose of vesting of his/her life Insurance benefits.

हम इस तथ्य की पुष्टि करते हैं कि इस फॉर्म में उल्लिखित नामित व्यक्ति अपने बीमा हितलाभों के उद्देश्य के तहत कर्मचारी द्वारा किए गए नामांकन के अनुसार है।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

मास्टर पॉलिसीधारक की कंपनी की मुहर के साथ प्राधिकृत हस्ताक्षर के हस्ताक्षर

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

नाम और पदनाम: _____ संपर्क नं.: _____ तिथि: _____

Documents required

आवश्यक दस्तावेज

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder
नगर प्राधिकरण ६ ग्राम पंचायत द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल या प्रतिलिपि ग्रुप पॉलिसीधारक द्वारा विधिवत रूप से सत्यापित
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book
रद्द चेक की लीफ या पासबुक की प्रति के साथ नामांकित व्यक्ति का बैंक विवरण
- In case of Unnatural death (like Suicide, Accidental Death). Copy of FIR, Post Mortem Report and Police Inquest Report (duly attested by GPH) would be required
अप्राकृतिक मृत्यु की स्थिति में (जैसे कि आत्महत्या, दुर्घटनावश मृत्यु)। एफआईआर, पोस्टमार्टम की प्रति, रिपोर्ट और पॉलिसी अन्वीक्षण रिपोर्ट (जीपीएच द्वारा समुचित सत्यापित) आवश्यक होगी
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH
नामांकित व्यक्ति की आईडी और पते का प्रमाण, जीपीएच द्वारा समुचित सत्यापित

Note: Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims

नोट: उक्त दस्तावेज पंजीकरण के उद्देश्य से आवश्यक होंगे। दावों पर कार्यवाही के लिए कंपनी अतिरिक्त दस्तावेज माँग सकती है।

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

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नं. 701, 702 और 703, 7वां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलूर - 560001, कर्नाटक, भारत का आईआरडीए की पंजीकरण संख्या 117।
सी ई नं. U66010KA2001PLC028883, हमें हमारे टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969 पर कॉल करें। वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in
या हमें इस पते पर लिखें 1हला तल, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के नीचे, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फोन: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

Version 2.0 / Feb'20
संस्करण 2.0 / फरवरी 20