

Claimant Statement for Death Claim – Form A

ಡೆತ್ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಾಗಿ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೇಳಿಕೆ – ಫಾರ್ಮ್ A

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy
ಹಕ್ಕುದಾರರು / ನೇಮಕ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟ ಫಲಾನುಭವಿ / ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಾನೂನುಬದ್ಧವಾಗಿ ಅರ್ಹತೆ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು, ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೇಳಿಕೆ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು.

The Form is to be filled in one color by one person in single ink only
ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಒಬ್ಬನೇ ಒಂದು ಬಣ್ಣದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪೆನ್ನಿನಿಂದ ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು.

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below
ಹಕ್ಕು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೆಳಗಿರುವ ಪುಟದಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವ "ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಎಂಟಿಟಿ" ಗೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು.

All supporting documents to be self - attested by nominee
ಎಲ್ಲಾ ಬೆಂಬಲಿತ ದಾಖಲೆಗಳು ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಲ್ಪಡಬೇಕು.

Documents to be Submitted ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು	
Mandatory Documents ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳು	Additional documents* to be submitted ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು*
<ol style="list-style-type: none"> Copy of death certificate issued by local municipal authority ಸ್ಥಳೀಯ ಪುರಸಭೆಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನೀಡಿರುವ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ನಕಲು Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ(ಕುಟುಂಬದ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ವೈದ್ಯರಿಂದ) Original policy document ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ Current address proof ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸದ ಪುರಾವೆ Photo identity proof ಫೋಟೋ ಗುರುತಿಸುವ ಪುರಾವೆ Cancelled cheque/ Copy of bank passbook ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್ ನ ನಕಲು Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಾದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುದಾರರಿಂದ ಅಧಿಕಾರ ಪತ್ರ 	<p>Natural death/ death due to illness ಸಹಜ ಸಾವು / ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಸಾವು</p> <ol style="list-style-type: none"> Complete Medical records (Admission notes & Discharge / Death summary & Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death ಈ ಹಿಂದೆ ಅಥವಾ ಮರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕುರಿತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಅಡ್ಮಿಷನ್ ನೋಟ್ಸ್ & ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ / ಡೆತ್ ಸಾರಾಂಶ ಮತ್ತು ಟೆಸ್ಟ್ / ತನಿಖಾ ವರದಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ) <p>Accidental Death ಅಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು</p> <ol style="list-style-type: none"> Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ಎಫ್‌ಐಆರ್, ಪಂಚನಾಮಾ, ತನಿಖಾ ವರದಿ, ಮರಣೋತ್ತರ ವರದಿಯ ನಕಲು Obituary/ Newspaper cutting (if available) ಮರಣ ವಾರ್ತೆ / ವ್ಯತ್ಯಾಸಪತ್ರಿಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡ ಭಾಗ (ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ) Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ವಿಸ್ವೇರಾ(ಒಳಾಂಗಗಳ ವರದಿ) / ರಾಸಾಯನಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ವರದಿ (ಅನ್ವಯಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ) Final police investigation report ಅಂತಿಮ ಪೊಲೀಸ್ ತನಿಖಾ ವರದಿ

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

*ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ, ಮೇಲೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಹೊರತಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು /ಸಾಕ್ಷ್ಯಗಳನ್ನು ಕರೆಯುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಹೊಂದಿದೆ.

1. POLICY NUMBER/S _____
ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ/ಗಳು _____

2. DETAILS OF THE CLAIMANT

ಹಕ್ಕುದಾರರ ವಿವರಗಳು

Name: _____ Date of Birth:

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

 Gender: Male Female
ಹೆಸರು: _____ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: _____ ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ ಸ್ತ್ರೀ

Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____
ವಿವೇದಾರರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ: _____ ಮೊಬೈಲ್/ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

Current Address: _____
ಸದ್ಯ ವಾಸವಿರುವ ವಿಳಾಸ: _____

City: _____ State: _____ Pin Code: _____
ನಗರ: _____ ರಾಜ್ಯ: _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____

Email ID: _____
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: _____

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

ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ / ಫಾರ್ಮ್ 60: _____ *ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

*Only last 4 digits to be mentioned.

* ಕೊನೆಯ 4 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನಮೂದಿಸಬೇಕು.

3. BANKING DETAILS

ಬ್ಯಾಂಕಿನ ವಿವರಗಳು

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ಖಾತೆದಾರನ ಹೆಸರು: _____

Name of the Bank: _____ Address of the Bank: _____
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: _____ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ವಿಳಾಸ: _____

State: _____ PIN Code: _____
ರಾಜ್ಯ: _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____

MICR:

IFSC:

Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
ಪಾವತಿಸಲು ಆಯ್ಕೆ: ಛಾಂ ಮೊತ್ತದ ಮೊತ್ತದ ನಿಯಮಿತ ಪಾವತಿ (ಆಯ್ಕೆಗಳು ಅನ್ವಯಿಸುವ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಕರಾರುಗಳಿಗೆ.)

4. LIFE INSURED DETAILS

ವಿಮಾದಾರನ ವಿವರಗಳು

Name of the life insured: _____ Date of Death:

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

ವಿಮಾದಾರನ ಹೆಸರು: _____ ಸಾವಿನ ದಿನಾಂಕ: _____

Time of Death:

H	H
---	---

M	M
---	---

 AM/PM
ಸಾವಿನ ಸಮಯ: _____ ಸೂರ್ಯಾಸ್ತ/ಅಪರಾಹ್ನ _____ ಸಾವಿಗೀಡಾಗಿರುವ ಸ್ಥಳ: ಮನೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕಚೇರಿ
 ಇತರ (ದಯವಿಟ್ಟು ಇತರ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರನ್ನು ನಮೂದಿಸಿ) _____

Cause of Death: Accident Murder Suicide Natural Illness Others (please specify) _____
ಸಾವಿನ ಕಾರಣ: ಅಪಘಾತ ಕೊಲೆ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಸಹಜ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಇತರರು (ದಯವಿಟ್ಟು ನಮೂದಿಸಿ) _____

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS

ಕಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಹವ್ಯಾಸಗಳು

Date of Diagnosis
ರೋಗನಿರ್ಣಯದ
ದಿನಾಂಕ

Hypertension Diabetes Asthma IHD Malignancy Others (please specify) _____

ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮಧುಮೇಹ ಉಬ್ಬುಸ ಐಹೆಚ್‌ಡಿ ಮಾರಣಾಂತಿಕತೆ ಇತರ (ದಯವಿಟ್ಟು ನಮೂದಿಸಿ) _____

Smoking Alcohol Tobacco Drugs- if yes, duration of consumption _____ Quantity consumed _____ (Per-Day/Week/Month).

ಧೂಮಪಾನ ಮದ್ಯಪಾನ ತಂಬಾಕು ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ ಮಾದಕವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆ- ಹೌದು, ಎಂದಾದಲ್ಲಿ ಸೇವನೆಯ ಅವಧಿ _____
ಪ್ರಮಾಣ ಸೇವಿಸಲಾಗಿದೆ _____ (ಪ್ರತಿ ದಿನ / ವಾರ / ತಿಂಗಳು)

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

ಉದ್ಯೋಗದಾತರ / ವ್ಯವಹಾರದ / ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು

Last Employer's name/Business/Occupation: _____

ಕೊನೆಯ ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು / ಉದ್ಯಮ / ಉದ್ಯೋಗ: _____

Nature of work/designation: _____

ಕೆಲಸದ ಸ್ವರೂಪ / ಹುದ್ದೆ: _____

Employment/Business/Occupation Address: _____

ಉದ್ಯೋಗದಾತರ / ಉದ್ಯಮದ / ಉದ್ಯೋಗದ ವಿಳಾಸ: _____

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

ರಾಜ್ಯ: _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____ ಮೊಬೈಲ್ / ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

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

ಎಲ್ಲಾ / ವೈದ್ಯರ / ಹಾಸ್ಟಿಟಲ್‌ನ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು ಎಲ್ಲಿ ಜೀವ ವಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೆಂದರೆ ಸಾವಿನ ಮುಂಚಿನ ಕೊನೆಯ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ

Name of Doctor/ Hospital ವೈದ್ಯರು / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು	Address and Contact Details ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು	Disease /Condition Treated For ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ರೋಗ / ಸ್ಥಿತಿ	Treatment Dates (From- To) ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ದಿನಾಂಕಗಳು (ಎಲ್ಲಿಂದ- ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ)

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

ವಿಮಾದಾರನ ಇತರ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ವಿವರಗಳು

Name of Life Insurance Company ಜೀವ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು	Policy Number/s ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ / ಗಳು	Policy Commencement Date ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ	Coverage Amount (Rs.) ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ರೂ.)	Claim Submitted ಕ್ಲೈಮ್ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆ
				YES/NO ಹೌದು/ಇಲ್ಲ
				YES/NO ಹೌದು/ಇಲ್ಲ
				YES/NO ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

Declaration and Authorization

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವಿಕೆ

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.

ಮೇಲಿನ ಹಕ್ಕುದಾರನಾ (ರಾದ ನಾನು / ನಾವು, ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿಯೂ ನಿಜವೆಂದು ಖಂಡಿತವಾಗಿ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ (ವೆ, ಮತ್ತು ನಾನು / ನಾವು ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಮಾತುಕ್ಕೆ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಒಪ್ಪಿದ್ದೇನೆ.

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.

ಮರಣ ಹೊಂದಿದವರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ ಮಾಡಿದ ಅಥವಾ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು/ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ/ವೆ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ / ವಿಮೆದಾರರ ಯಾವುದೇ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ / ಹಿಂದಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿ / ವಿಮೆ ಮಾಡಿದವರಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ ಇತರ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಉದ್ಯೋಗದಾತರು ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪಾರ ಸಹವರ್ತಿಗಳು, ಜನನ ಮತ್ತು ಮರಣ ದಾಖಲಾತಿಯ ರೆಜಿಸ್ಟ್ರಾರರು, ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರು ವೈಯಕ್ತಿಕ / ಅಧಿಕೃತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ವಿಮೆ ಸಂಬಂಧಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಮರಣಿಸಿದವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಅಥವಾ ಇತರ ವಿವರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಜ್ಞಾನ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ ಅಥವಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಅಥವಾ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನಿಂದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಮುನ್ನ ಅಥವಾ ನಂತರ ಅವನು / ಅವರು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರಬಹುದಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಥವಾ ಇತರ ವರದಿಗಳು. ಈ ಅಧಿಕಾರ ಪತ್ರದ ಸಕಲವನ್ನೂ ಹೀಗೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮೂಲ ಪತ್ರದಂತೆಯೇ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮತ್ತು ಮಾನ್ಯ.

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.

ಇಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಅನ್ನು ನನ್ನ/ ನಮ್ಮ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ / ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ನಾನು / ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ. ಕೆವೈಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ (ಈ ಹೇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅಥವಾ ಪಡೆದಿರುವ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಬಂಧಿತ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಸಂಘ ಅಥವಾ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನಿಂದ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಮರುವಿಮಾದಾರರು, ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮದ ಸಹವರ್ತಿಗಳು/ ಫೆಡರೇಶನ್‌ಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ, ಎಲ್ಲಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ.

Signature/ Left Thumb impression of Claimant _____ Date _____
 ಸಹಿ / ಎಡ ಹೆಜ್ಜೆರಳ ಗುರುತು ನಾಮಿನಿ _____ ದಿನಾಂಕ _____

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)
ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಘೋಷಣೆ. (ಒಂದು ವೇಳೆ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಅರ್ಜಿಯಿಂದ ಬೇರೆಯಾದ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ / ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ)

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

ಕ್ಲೈಮ್‌ದಾರರಿಗೆ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಇದನ್ನು ಅವರು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಕ್ಲೈಮ್‌ದಾರರು ನೀಡಿದ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಅವರಿಗೆ ಓದಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಅವರು ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ

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

ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಕಡತದ ವಿಷಯವನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಿತ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ

DATE ದಿನಾಂಕ	PLACE ಸ್ಥಳ	Signature of the Declarant ಘೋಷಣೆಗಾರರ ಸಹಿ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ಸಹಿ / ಎಡ ಹೆಜ್ಜೆರಳ ಗುರುತು ನಾಮಿನಿ
Name of Witness: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು: _____	Signature of Witness: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ: _____		
Address of Witness: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ವಿಳಾಸ: _____	Date: _____ ದಿನಾಂಕ: _____	Place: _____ ಸ್ಥಳ: _____	

ACKNOWLEDGEMENT SLIP
ಸಾಮಾನ್ಯ ಕ್ಲೈಮ್ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಚೀಟಿ

Policy number(s) _____
 ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು)

Name of claimant _____
 ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೆಸರು

Branch name & code _____
 ಶಾಖೆಯ ಹೆಸರು & ಕೋಡ್

Date: _____ Employee name & Code _____
 ದಿನಾಂಕ: _____ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕೋಡ್

Company Seal &
 Stamp with Date
 and time
 ಕಂಪನಿ ಸೀಲ್
 ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು
 ಸಮಯದೊಂದಿಗೆ
 ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್

- Documents Submitted: ದಾಖಲೆಗಳು ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆ:
- Original Policy Document
ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಕಡತ
 - Claimant's photo identity proof
ಹಕ್ಕುದಾರರ ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ
 - Claimant's Current address Proof
ಹಕ್ಕುದಾರರ ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸದ ಪುರಾವೆ
 - Cancelled cheque / Copy of bank passbook
ರದ್ದಾದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಪ್ರತಿ
 - Copy of death certificate issue by local municipal authority
ಸ್ಥಳೀಯ ಪುರಸಭೆ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ
 - Medical Documents (if any)
ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ)
 - Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)
ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ (ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರಿಂದ)
 - Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party
ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ಕ್ಲೈಮ್ ಪಡೆಯುವಿಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುದಾರರಿಂದ ಅಧಿಕೃತ ಪತ್ರ ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವೆಬ್‌ಕ್ಯಾಮ್ ಫೋಟೋ

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.

ಈ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಕ್ಲೈಮ್‌ನ ಸ್ವೀಕೃತಿಯೆಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಾರದು. ಕ್ಲೈಮ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು, ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಕಾಯ್ದಿರಿಸುತ್ತದೆ.

Terms and Conditions:

ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು:

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.

ಅಗತ್ಯವಾದ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ, ತುಂಬಿದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದನ್ನು ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗೆ ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆದಂತೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಕಂಪನಿಯ ಪರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲು ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ / ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಇಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅಧಿಕೃತ ಅಧಿಕಾರಿ ಇಲ್ಲ.

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.

ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಅವಶ್ಯಕ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೂರ್ಣವಾದ ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆಯ ಸಲ್ಲಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸದೇ ಇರುವ ಕಾರಣ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಯಾವುದೇ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

For Office Use Only

ಕಚೇರಿಯ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ

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

ಒಎಸ್‌ವಿ/ಎಎಸ್‌ವಿ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ಶಾಖಾ ಕಚೇರಿಯು ಈ ಜಾಗದಲ್ಲಿ **ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯದ ಮೊಹರನ್ನು** ಬ್ರಾಂಚ್ ಸರ್ವಿಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಟ್‌ನ ಸಹಿ

Application No.: _____

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ : _____

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

ಹಾಕಬೇಕು, ಇಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕದ ಮುದ್ರೆಯನ್ನು ಹೆಚ್‌ಒ ನ ಕ್ಲೈಮ್ ವಿಭಾಗವು ಹಾಕಬೇಕು. (ಸಮಯ, ನೇರವಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ.)

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಾಹೇಜಾ ಟೌವರ್ಸ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಧಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಗೆ ಅಥವಾಮಹಡಿ, ಟೆಕ್ ನೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರಗಾಂವ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203