

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

ಮರಣದ ಕ್ಷಮ್ಬಮೂಗಾಗಿ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೇಳಿಕೆ (ಎಸ್‌ಎಸ್‌ಜಿ ಮತ್ತು ಅಫಿನಿಟಿ)

Group Policy Number ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ													
Group Policy Holder Name ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿ ಹೊಂದಿರುವವರ ಹೆಸರು													
Member number ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ													
Date of Joining the Policy ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ													
Certificate Number ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ													
Loan disbursal date ಸಾಲ ವಿತರಣೆಯ ದಿನಾಂಕ													
Outstanding loan as of date of death of member ಸದಸ್ಯರ ಮರಣದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಬಾಕಿ ಇದ್ದ ಸಾಲ													
Details of the Insured Member: ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರಗಳು:													
Full name ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು													
Residential Address ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ, ವಾಸಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ													
<input type="checkbox"/> Form 60 ಫಾರ್ಮ್ 60	<input type="checkbox"/> PAN No. ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Gender ಲಿಂಗ	<input type="checkbox"/> Male ಗಂಡು	<input type="checkbox"/> Female ಹೆಣ್ಣು	Age at death: ಸಾವಿನಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸು:										
Nature of occupation ಉದ್ಯೋಗದ ಸ್ವರೂಪ													
Date of birth (as per records) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ)													
Date of death and Time of Death ಸಾವಿನ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಾವಿನ ಸಮಯ													
Cause of death ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣ													
Place of death ಸಾವಿನ ಸ್ಥಳ													
In case of death due to illness ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಸಾವು ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ													
When and where did the insured member give first indication of falling ill ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಸದಸ್ಯರು ಯಾವಾಗ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆನ್ನುವ ಮೊದಲ ಸೂಚನೆ ನೀಡಿದರು													
Date and type of illness ಅನಾರೋಗ್ಯದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಕಾರ													
Treatment given ನೀಡಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ													

Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness ಕೊನೆಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಸಮಾಲೋಚಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಕೊನೆಯ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents
ಅಪಘಾತದಿಂದ ಸಾವು ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ: ಕ್ಲೇಮ್ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಮತ್ತು ಪಿಎಂಆರ್ (ಜಿಪಿಹೆಚ್ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರಬೇಕು) ಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು

Date and Time of accident ಅಪಘಾತದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ	
Details of accident ಅಪಘಾತದ ವಿವರಗಳು	
Address of Police Station to which the accident was reported ಅಪಘಾತ ವರದಿ ಮಾಡಿದ ಪೊಲೀಸ್ ಠಾಣೆಯ ವಿಳಾಸ	
FIR number ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಸಂಖ್ಯೆ	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	
Details of Claimant/Nominee ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು/ನಾಮಿನಿಯ ವಿವರಗಳು	
Name of the claimant ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಹೆಸರು	
Relationship with the insured and % of Share ವಿಮಾದಾರರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ಹಂಚಿಕೆಯ %	
Address of the claimant ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ವಿಳಾಸ	
Contact details Email and phone number ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು ಇಮೇಲ್ ಮತ್ತು ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
Claimant/Nominee's Bank details ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು/ನಾಮಿನಿಯ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು	
Bank Name and complete address ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ	
Account type ಖಾತೆಯ ಪ್ರಕಾರ	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current ಉಳಿತಾಯ ಚಾಲ್ತಿ
Bank account number ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ	
MICR code: ಎಮ್‌ಐಸಿಆರ್ ಕೋಡ್:	IFSC Code: ಐಐಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್:

Declaration from Claimant / Nominee

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು / ನಾಮಿನಿಯ ಫೋಷಣೆ

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.

ನಾನು / ನಾವು _____ ಈ ಮೂಲಕ ಫೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನಾನು / ನಾವು ಮೇಲಿನ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ, ವಿಮಾದಾರರಾದ ದಿವಂಗತ ಶ್ರೀ / ಶ್ರೀಮತಿ _____ ಅವರ ನಾಮಿನಿ/ಗಳು / ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ/ಗಳಾಗಿದ್ದೇವೆ.

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.

ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರ, ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್. ಮೇಲಿನ ಪಾಲಿಸಿಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಮೃತ ಸದಸ್ಯರ ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತನ್ನ ಎಲ್ಲಾ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗಳಿಂದ ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿ ಮುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆಂದು ನಾನು / ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಮಾರ್ಪಡಿಸಲಾಗದಂತೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಮೇಲೆ ಮೃತಪಟ್ಟ / ಯಾವುದೇ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ರೋಗಕ್ಕೆ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಂಡ ಅಥವಾ ಅವರನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಅಥವಾ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ / ವೈದ್ಯರು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ, ಮೇಲೆ ಹೇಳಲಾದ ಮರಣಿಸಿದ/ಗಾಯಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ, ಜೀವ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರ ಪ್ರಸ್ತುತ / ಹಿಂದಿನ ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಅಥವಾ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರ ವ್ಯಾಪಾರ ಸಹವರ್ತಿಗಳಿಗೆ, ಜನನ ಮತ್ತು ಮರಣಗಳ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ಅವರಿಗೆ, ವಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರು ವೈಯಕ್ತಿಕ / ಅಧಿಕೃತ / ವಿಮೆ ಸಂಬಂಧಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಮರಣ ಹೊಂದಿದವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಅವರ ಬಳಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಜ್ಞಾನ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ ಅಥವಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನಿಂದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡುವ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ಅವರು ಪಡೆದಿರಬಹುದಾದ ಇತರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಅಥವಾ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು / ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ. ಈ ದೃಢೀಕರಣದ ಫೋಟೋಕಾಪಿಯನ್ನು ಮೂಲ ಹಾಗೂ ಮಾನ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ದಿವಂಗತ _____ ಅವರು ಬಾಕಿ ತೀರಿಸಲು ಮತ್ತು ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ _____ ಬ್ಯಾಂಕ್ / ಹಣಕಾಸು ಸಂಸ್ಥೆ / ಜಿಪಿಹೆಚ್‌ನಿಂದ ಅವನು / ಅವಳು ಪಡೆದ ಸಾಲದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಈ ಕವರೇಜ್ ಅನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ, ನಾನು / ನಾವು ನಿಮಗೆ ಬ್ಯಾಂಕ್ / ಹಣಕಾಸು ಸಂಸ್ಥೆ / ಜಿಪಿಹೆಚ್‌ಗೆ ಸಾಲದ ಬಾಕಿಯನ್ನು ನೀಡಲು / ಭಾಗಶಃ ನೀಡಲು ರೂ. _____ ಅನ್ನು ನೀಡುವಂತೆ ಕೇಳಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರ ಉಳಿದಿರಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಬಹುದು.

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.

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಈ ಪರಿಣಾಮಕ್ಕೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಖಾತೆಗೆ ಜಮಾ ಆಗಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ನಾನು / ನಾವು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ವಿವರಗಳು ನಿಜವಾಗಿವೆ, ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆಯೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನು/ನಾವು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ಗೆ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಡೇಟಾವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರಬಹುದಾದ (ಈ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿರಲಿಲ್ಲ) ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಒಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದು ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು ಇದು ಮರು ವಿಮೆಗಾರರು, ಕ್ಲೇಮ್ ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಸಂಘಗಳು / ಫೆಡರೇಷನ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಘಟಕಕ್ಕೆ ಕೆವೈಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತಿದ್ದು ಅದು ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ, ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s _____ Date: _____
ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು _____ ದಿನಾಂಕ: _____

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular
ಹಕ್ಕುದಾರನು ಅವನ / ಅವಳ ಹೆಬ್ಬೆರಳು ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ಅಂಟಿಸಿರುವ / ವರ್ನಾಕ್ಯೂಲರ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಫೋಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು

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.

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು ಅವರ ಹೆಬ್ಬೆರಳು ಗುರುತನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಲ್ಲಿ / ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಮಾಡಬೇಕಾದ ಫೋಷಣೆ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಫೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಈ ಅರ್ಜಿಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರಿಗೆ _____ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಹಾಗೂ ಅವರು ಮತ್ತು ನನಗೆ ಒದಗಿಸಿದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನಿಜವಾಗಿಯೂ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ. ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು ನನ್ನ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವರ ಹೆಬ್ಬೆರಳು ಗುರುತಿಗೆ ಸಹಿ ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ / ಲಗತ್ತಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ಫೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

Name: _____ Contact No. _____
ಹೆಸರು: _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ _____

Signature _____
ಸಹಿ _____

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER

ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೋಲ್ಡರ್ ಘೋಷಣೆ

a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಡವರ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	
b) Original amount of Loan ಸಾಲದ ಮೂಲ ಮೊತ್ತ	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ಸಾಲಕ್ಕೆ ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೋಲ್ಡರ್ ಮಾಡಿದ ವಸೂಲಿಗಳ ವಿವರಗಳು	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member ಸದಸ್ಯರ ಮರಣದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಬಾಕಿ ಇರುವ ಸಾಲದ ಮೊತ್ತ	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ಬಾಕಿಯಿರುವ ಕ್ಲೈಮ್ ಮೊತ್ತ (ನಾಮಿನಿಗೆ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತ)	

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.

ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ದಿವಂಗತ, ಅವರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಅವರು ಮೇಲೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಿದ್ದರು. ಮೇಲೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾದ ವಿವರಗಳು ನಿಜವಾಗಿವೆ, ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆಯೆಂದು ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇವೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಮ್ಮ ಖಾತೆಗೆ ಜಮಾ ಆಗಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ನಾವು ಒಪ್ಪಿಲ್ಲುತ್ತೇವೆ.

Verified & Recommended by

ಪರಿಶೀಲಿಸಿದವರು ಮತ್ತು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಿದವರು

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿ ಹೊಂದಿರುವವರ ಹೆಸರು [ಕಂಪನಿ ಸೀಲ್]

Name:

ಹೆಸರು:

Signature of the official

ಅಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ

Date:

ದಿನಾಂಕ: