

Claimant Statement for Credit Life Claims

ലൈഫ് ക്ലെയിമുകൾ ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിനുള്ള അവകാശിയുടെ പ്രസ്താവന

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy
അവകാശിയുടെ പ്രസ്താവന ഫോം പോളിസി പ്രകാരമുള്ള അവകാശി/ഗുണഭോക്താവ്/ അപ്പോയിന്റീ/ നിയമപരമായി നിഷ്കർഷിക്കുന്ന വ്യക്തി പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only
ഈ ഫോം ഒരു വ്യക്തി തന്റെ ഒറ്റ നിറത്തിൽ ഉള്ള മഷി കൊണ്ട് പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below
ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് ആവശ്യമായ എല്ലാ രേഖകളും താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന പേജിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന "ക്ലെയിംസ് എന്റിറ്റി" യിലേക്ക് അയയ്ക്കണം.

All supporting documents to be self - attested by nominee
പിന്തുണയ്ക്കുന്ന എല്ലാ രേഖകളും നോമിനി സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

Documents to be Submitted സമർപ്പിക്കേണ്ടതായിട്ടുള്ള രേഖകൾ

Mandatory Documents നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾ	Additional documents* to be submitted സമർപ്പിക്കേണ്ടതായ അധിക രേഖകൾ*
<ol style="list-style-type: none"> Copy of death certificate issued by local municipal authority പ്രാദേശിക മുനിസിപ്പൽ അധികാരി നൽകിയ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (കുടുംബ ഡോക്ടർ അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറിൽ നിന്ന്) Original policy document ഒറിജിനൽ പോളിസി രേഖ Current address proof നിലവിലെ മേൽവിലാസത്തിന്റെ തെളിവ് Photo identity proof ഫോട്ടോ ഐഡന്റിറ്റി പ്രൂഫ് Cancelled cheque/ Copy of bank passbook ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക്/ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ് Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party ക്ലെയിം അറിയിപ്പ് മൂന്നാംകക്ഷിയിലൂടെയാണ് ലഭിക്കുന്നതെങ്കിൽ, അവകാശിയിൽ നിന്നുള്ള അധികാരപ്പെടുത്തൽ കത്ത് Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official ബാങ്ക് ഊദ്യോഗസ്ഥൻ ഒപ്പിട്ട ബാങ്കിൽ നിന്നുള്ള മരണദിനത്തിലുള്ള വായ്പാ കുടിശ്ശിക സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ് 	<p>Natural death/ death due to illness സ്വാഭാവിക മരണം/അസുഖം മൂലമുള്ള മരണം</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 കഴിഞ്ഞ കാലത്തോ അല്ലെങ്കിൽ മരണസമയത്തോ സ്വീകരിച്ച ചികിത്സയുടെ പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകൾ (അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ, ഡിസ്ചാർജ്/മരണസംഗ്രഹം, ടെസ്റ്റ്/പരി ഫ ശാധനാനിഫപാർട്ടുകൾ മുതലായവ) <p>Accidental Death അപകട മരണം</p> <ol style="list-style-type: none"> Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report എഫ് ഐ ആറിന്റെ പകർപ്പ്, പഞ്ചനാമ, ഇൻക്വസ്റ്റ് റിപ്പോർട്ട്, പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട് Obituary/ Newspaper cutting (if available) ചരമക്കുറിപ്പ്/ന്യൂസ് പേപ്പർ കട്ടിംഗ് (ലഭ്യമാണെങ്കിൽ) Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ആന്തരാവയവ/കെമിക്കൽ അനാലിസിസ് റിപ്പോർട്ട് (ബാധകമാണെങ്കിൽ) Final police investigation report അന്തിമ പോലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്

*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required.
*ആവശ്യമെങ്കിൽ താഴെ പറയുന്നവ കൂടാതെ ഏതെങ്കിലും അധിക രേഖകൾ / തെളിവുകൾ ആവശ്യപ്പെടാൻ.

1. POLICY NUMBER/S _____
പോളിസി നമ്പറുകൾ _____

2. DETAILS OF THE CLAIMANT

ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നയാളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Name: _____ Date of Birth:

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

 Gender: Male Female
പേര്: _____ ജനനത്തീയതി: _____ ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ

Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____
പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം: _____ മൊബൈൽ/ലാൻഡ് ലൈൻ നമ്പർ: _____

Current Address: _____
ഇപ്പോഴത്തെ വിലാസം: _____

City: _____ State: _____ Pin Code: _____
നഗരം: _____ സംസ്ഥാനം _____ പിൻകോഡ്: _____

Email ID: _____
ഇ-മെയിൽ ഐ ഡി: _____

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

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

പാൻ നമ്പർ / ഫോം 60: _____ *ആധാർ നമ്പർ: _____

*Only last 4 digits to be mentioned.
*അവസാന 4 അക്കങ്ങൾ മാത്രം പരാമർശിക്കുക.

3. BANKING DETAILS

ബാങ്കിംഗ് വിശദാംശങ്ങൾ

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: _____ അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര്: _____

Name of the Bank: _____ Address of the Bank: _____
ബാങ്കിന്റെ പേര്: _____ ബാങ്കിന്റെ വിലാസം: _____

State: _____ PIN Code: _____
സംസ്ഥാനം: _____ പിൻകോഡ്: _____

MICR:

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

 IFSC:

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

എംഐസിആർ: _____ ഐഎഫ്എസ്സി: _____

4. LIFE INSURED DETAILS

പോളിസി ഉടമയുടെ വിവരങ്ങൾ

Name of the life insured: _____ Date of Death:

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

പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്: _____ മരണം നടന്ന തീയതി:

Time of Death:

H	H
---	---

M	M
---	---

 AM/PM Place of Death: Home Hospital Office Others (please Specify Others / Hospital name)

മരണസമയം: എ എം/ പി എം മരണസ്ഥലം: വീട് ആശുപത്രി ഓഫീസ് മറ്റുള്ളവ (മറ്റുള്ളവ/ആശുപത്രിയുടെ പേര് വ്യക്തമാക്കുക) _____

Cause of Death: Accident Murder Suicide Natural Illness Others (please specify) _____

മരണ കാരണം: അപകടം കൊലപാതകം ആത്മഹത്യ സ്വാഭാവികം രോഗം മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക) _____

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS രോഗാവസ്ഥയുടെയും ശീലങ്ങളുടെയും സ്വഭാവം	Date of Diagnosis രോഗനിർണ്ണയ തീയതി
<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"/> ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം <input type="checkbox"/> പ്രമേഹം <input type="checkbox"/> ആസ്മ <input type="checkbox"/> ഐ എച്ച് ഡി <input type="checkbox"/> അർബുദം <input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക)	
<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"/> പുകവലി <input type="checkbox"/> മദ്യം <input type="checkbox"/> പുകയില <input type="checkbox"/> മയക്കുമരുന്നുകൾ - അതെ എന്നാണെങ്കിൽ ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന കാലാവധിയും _____ ഉപയോഗിച്ചിരുന്ന അളവും _____ (ദിനം/വാതം/മാസം).	

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

തൊഴിൽദാതാവ് / ബിസിനസ് / ജോലി വിശദാംശങ്ങൾ

Last Employer's name/Business/Occupation: _____

അവസാനത്തെ തൊഴിൽദാതാവിന്റെ പേര് / ബിസിനസ് / ജോലി: _____

Nature of work/designation: _____

ജോലി / തസ്തികയുടെ സ്വഭാവം: _____

Employment/Business/Occupation Address: _____

ജോലി / ബിസിനസ് / തൊഴിൽ മേൽവിലാസം: _____

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

സംസ്ഥാനം: _____ പിൻകോഡ്: _____ മൊബൈൽ / ലാൻഡ് ലൈൻ നമ്പർ: _____

7. NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL/DOCTORS/HOSPITAL WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH			
മരണത്തിന് മുമ്പുള്ള അവസാന 5 വർഷത്തിൽ പോളിസി ഉടമ ചികിത്സിച്ച എല്ലാ / ഡോക്ടർമാരുടെയും / ആശുപത്രികളുടെയും പേരും മേൽവിലാസവും ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിവരങ്ങളും			
Name of Doctor/ Hospital ഡോക്ടറുടെ / ആശുപത്രിയുടെ പേര്	Address and Contact Details വിലാസവും ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിവരങ്ങളും	Disease /Condition Treated For ചികിത്സിച്ച രോഗം / അവസ്ഥ	Treatment Dates (From- To) ചികിത്സാതീയതികൾ (മുതൽ - വരെ)

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

പോളിസി ഉടമയുടെ മറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Name of Life Insurance Company ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ പേര്	Policy Number/s പോളിസി നമ്പറുകൾ	Policy Commencement Date പോളിസി ആരംഭിച്ച തീയതി	Coverage Amount (Rs.) കവരേജ് തുക (രൂപ)	Claim Submitted സമർപ്പിച്ച ക്ലെയിം

**Declaration and Authorization
(പ്രഖ്യാപനവും അംഗീകാരവും)**

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.
ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മുകളിൽ പറയപ്പെടുന്ന അവകാശി (കൾ), മേൽപറഞ്ഞ ഉത്തരങ്ങളും പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും ശരിയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സഗൗരവം പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. കൂടാതെ ക്ലെയിം പോം സമർപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഒരു ബാധ്യതയും അംഗീകരിക്കുന്നില്ല അല്ലെങ്കിൽ അതിൽ ഒരു അവകാശവും ഒഴിവാക്കുന്നില്ല എന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു.

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.
മുൻപറഞ്ഞ മരണപ്പെട്ട വ്യക്തി/പോളിസിയുടെ ഉടമയെ എന്തെങ്കിലും അസുഖത്തിനോ രോഗത്തിനോ ആയി അറ്റൻഡ് ചെയ്ത അല്ലെങ്കിൽ പരിശോധിച്ച അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സിച്ച പിസിഎസ്/ഡോക്ടർ, മെഡിക്കൽ സെന്ററുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ പറഞ്ഞ മരണപ്പെട്ട വ്യക്തി/പോളിസിയുടെ ഉടമയ്ക്ക് പോളിസികൾ നൽകിയ മറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി, പോളിസിയുടെ ഉടമയുടെ ഇപ്പോഴത്തെ/മുമ്പത്തെ തൊഴിൽദാതാക്കൾ അല്ലെങ്കിൽ ബിസിനസ് പങ്കാളികൾ, ജനന-മരണ രജിസ്ട്രാർ, പോളിസിയുടെ ഉടമയെ പരിശോധന നടത്തിയ വ്യക്തി/ഔദ്യോഗിക/ഇൻഷുറൻസുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗനിർണ്ണയ കേന്ദ്രങ്ങൾ എന്നിവയെ മരണപ്പെട്ടയാളുടെ ആരോഗ്യവസ്ഥയെക്കുറിച്ചുള്ള അല്ലെങ്കിൽ പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് പോളിസി ഇഷ്യൂ ചെയ്യുന്നതിനു മുമ്പോ അതിനു ശേഷമോ നേടിയ മറ്റു വിവരങ്ങൾ എന്നിവ വെളിപ്പെടുത്തുവാൻ അല്ലെങ്കിൽ പങ്കുവയ്ക്കുവാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. _____ ബാങ്ക് / ജി പി എഫിൽ നിന്നും വായ്പ എടുക്കുന്നതിനായി മരണപ്പെട്ട _____ മുകളിൽ പറഞ്ഞ കവരേജ് നൽകിയിട്ടുള്ളതിനാൽ, ആയതിൽ മരണപ്പെട്ട തീയതിയിൽ കുടിശ്ശികയായിട്ടുള്ള രൂപ ബാങ്കിന് /ജി പി എഫിന് നൽകുവാൻ ഞാൻ താങ്കളോട് അപേക്ഷിക്കുന്നു. ശേഖരിച്ച _____ അല്ലെങ്കിൽ പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫിന് ലഭ്യമായിട്ടുള്ള ഈ പ്രസ്താവനയിൽ അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റുവിധത്തിൽ ലഭിച്ചതോ ആയ) എൻ്റെ/ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗതവും സെൻസിറ്റീവുമായ വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുവാനും വെളിപ്പെടുത്തുവാനും പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫിന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

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 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 അതിൽ ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ് ചെയ്യുന്നതിനായി കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനായി ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും/സ്ഥാപനത്തിനും/റി-ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം അന്വേഷിക്കുന്ന ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, ഇൻഡസ്ട്രി അസോസിയേഷനുകൾ/ഫെഡറേഷൻസ് എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് അസോസിയേറ്റ് ചെയ്യുന്ന അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്യുന്ന അല്ലെങ്കിൽ ഏർപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള സ്ഥാപനത്തിനും നൽകുന്ന ഏതൊരു കൈ വൈ സി രേഖകളും ഉൾപ്പെടുത്താം.

Signature/ Left Thumb impression of Claimant _____ Date _____
 അവകാശവാദിയുടെ ഒപ്പ് / അവകാശവാദിയുടെ വിരലടയാളം _____ തീയതി _____

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)
ക്ലെയിം ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രഖ്യാപനം. (ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻറേസ്റ്റ് ക്ലെയിം ഫോം അപേക്ഷാ ഫോമിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായ ഭാഷയിൽ പൂരിപ്പിക്കുകയോ ഒപ്പിടുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ)

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 ഈ ക്ലെയിം ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ അവകാശിക്ക് അവൻ/ അവൾക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ച് നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഇത് അവർ / അവൾ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും അവകാശി നൽകിയ വിവരമനുസരിച്ച് മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തുകയും ഈ മറുപടികൾ അവകാശിക്ക് വായിച്ചു കൊടുക്കുകയും പൂർണ്ണമായി അവർ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തു.
 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 ഫോമിന്റെയും ഡോക്യുമെന്റിന്റെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു, കൂടാതെ ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ച ഉള്ളടക്കവും നിർദ്ദിഷ്ട ക്ലെയിമിനുള്ള അതിന്റെ പ്രാധാന്യവും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തു.

DATE തീയതി	PLACE സ്ഥലം	Signature of the Declarant പ്രഖ്യാപനം നടത്തുന്ന ആളുടെ ഒപ്പ്	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee അവകാശി / നോമിനിയുടെ ഒപ്പും ഇടതു പെരു വിരലടയാളവും
Name of Witness: _____ സാക്ഷിയുടെ പേര്: _____		Signature of Witness: _____ സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്: _____	
Address of Witness: _____ സാക്ഷിയുടെ വിലാസം: _____			
Date: _____ തീയതി: _____		Place: _____ സ്ഥലം: _____	

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP
ഡെത്ത് ക്ലെയിം അംഗീകരിക്കുന്നതിനുള്ള സ്ലിപ്പ്

Policy number(s) _____, _____, _____
 പോളിസി നമ്പർ (കൾ)
 Name of claimant _____
 ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ പേര്
 Branch name & code _____
 ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേരും കോഡും:
 Date: _____
 തീയതി: _____

Employee name & Code _____
 ജീവനക്കാരുടെ പേരും കോഡും

Company Seal & Stamp
 with Date and time
 കമ്പനി സീലും
 സ്റ്റാമ്പും തീയതിയും
 സമയവും സഹിതം.

- Documents Submitted: ഡോക്യുമെന്റ് സമർപ്പിച്ചത്:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Original Policy Document ഒറിജിനൽ പോളിസി ഡോക്യുമെന്റ് | <input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof അവകാശിയുടെ ഫോട്ടോ ഐഡന്റിറ്റി പ്രൂഫ് | <input type="checkbox"/> Claimant's Current address Proof അവകാശിയുടെ നിലവിലെ വിലാസ രേഖകൾ |
| <input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് / ബാങ്ക് പാസ്പുക്കിന്റെ പകർപ്പ് | <input type="checkbox"/> Copy of death certificate issue by local municipal authority പ്രാദേശിക മുനിസിപ്പൽ അതോറിറ്റി നൽകിയ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് | |
| <input type="checkbox"/> Medical Documents (if any) മെഡിക്കൽ ഡോക്യുമെന്റ്സ് (എന്തെങ്കിലുമുണ്ടെങ്കിൽ) | <input type="checkbox"/> Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor) ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ഫാമിലി ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ) | |
| <input type="checkbox"/> Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party തേർഡ് പാർട്ടി വഴി ആണ് ക്ലെയിം അറിയിപ്പ് ലഭിക്കുന്നതെങ്കിൽ അവകാശിയിൽ നിന്നുള്ള അനുമതി കത്തും വ്യക്തിയുടെ വെബ്കാമ ഫോട്ടോയും ആവശ്യമാണ്. | | |
| <input type="checkbox"/> Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official ബാങ്കിൽ നിന്ന്, മരണ തീയതി വരെയുള്ള വായ്പ കുടിശ്ശിക, ബാങ്ക് ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്. | | |

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. ഈ അംഗീകാര സ്ലിപ്പ് ക്ലെയിം സ്വീകരിക്കുന്നതായി കണക്കാക്കുകയില്ല. ക്ലെയിം നടപടികൾ തീരുമാനിക്കുന്നതിന് അധിക രേഖകൾ, വിവരങ്ങൾ, ആവശ്യമായ മറ്റ് രേഖകൾ എന്നിവ വിളിക്കാൻ കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടായിരിക്കും

Terms and Conditions:

ചട്ടങ്ങളും നിബന്ധനകളും:

- 1) The submission of the filled up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed 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.
പൂരിപ്പിച്ച ക്ലെയിം ഫോം. നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്നത്. പോളിസി പ്രകാരം ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി ബാധ്യത ഏറ്റെടുക്കുന്നതായി വ്യാഖ്യാനിക്കേണ്ടതില്ല. കമ്പനിക്ക് വേണ്ടി യാതൊരു ബാധ്യതയും അംഗീകരിക്കാൻ ഒരു ഏജന്റിനെയും/ഇടനിലക്കാരനെയും അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.
- 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.
ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്നതുപോലെ, നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം ഈ ഫോം എത്രയും വേഗം സമർപ്പിക്കുന്നത്. നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം വേഗത്തിൽ പ്രോസസ് ചെയ്യുവാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കും. അപൂർണ്ണമായ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കൽ കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ നിർബന്ധമായും ആവശ്യമുള്ള രേഖകൾ സമർപ്പിക്കാതിരിക്കൽ മൂലം ക്ലെയിം പ്രോസസ് ചെയ്യുന്നതിൽ ഉണ്ടാകുന്ന ഏതൊരു കാലതാമസത്തിനും പി എൻ ബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഉത്തരവാദിയായിരിക്കുന്നതല്ല.

For Office Use Only
ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിനു മാർതം

Branch to Affix the **date and time stamp** here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate
ബ്രാഞ്ച് സർവീസ് അസോസിയേറ്റിന്റെ ഒപ്പോടു കൂടി, ഒ എസ് വി/എ എസ് വി വിശദാംശങ്ങളോടെ ബ്രാഞ്ച് ഇവിടെ **തീയതിയും സമയവുമടങ്ങിയ സ്റ്റാമ്പ്** പതിപ്പിക്കണം.

HO, Claims to Affix the date seal here.
(Time, if received directly.)
ക്ലെയിംസ് ഇവിടെ ഡേറ്റ് സ്റ്റാമ്പ് പതിപ്പിക്കണം
(സമയം, നേരിട്ട് ലഭിച്ചതാണെങ്കിൽ)

Application No.: _____
അപേക്ഷ നമ്പർ: _____

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

പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, 7-ാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ-560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക ടോൾ ഫ്രീ നമ്പർ 1-800-425-6969, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക 1-ാം നില, ടെക്നിലെക്സ്-1, ടെക്നിലെക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർകർ ഫ്ലൈഓവർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: + 91-22-41790000, ഫാക്സ്: + 91-22-41790203

Credit Account Statement Form

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

ക്രെഡിറ്റ് അക്കൗണ്ട് സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റ് ഫോം

(താഴെയുള്ള പോയിന്റുകൾ നിർബന്ധമായും ബാങ്ക് ഉദ്യോഗസ്ഥൻ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്)

S No. ക്രമ നമ്പർ	Particulars വിശദാംശങ്ങൾ	Filled by GPH ജി പി എച്ച് പൂരിപ്പിച്ചത്
1	Name of the Group Master Policy Holder ഗ്രൂപ്പ് മാസ്റ്റർ പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്	
2	Group Master Policy Number ഗ്രൂപ്പ് മാസ്റ്റർ പോളിസി നമ്പർ	
3	Name of Insured Member ഇൻഷുറേഡ് അംഗത്തിന്റെ പേര്	
4	Risk-commencement Date റിസ്ക് - ആരംഭിക്കൽ തീയതി	
5	Sum Assured അശ്ചര്യത്വ തുക	
6	Original amount of Loan വായ്പയുടെ യഥാർത്ഥ തുക	
7	Outstanding Loan balance amount as on the date of death മരണപ്പെട്ട തീയതിയിലെ കൂടിശ്ശികയായ ബാലൻസ് വായ്പതുക	
8	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന ബാലൻസ് തുക (സം അശ്ചര്യത്വം മരണപ്പെട്ട തീയതിയിൽ കൂടിശ്ശികയായിരുന്ന തുകയും തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം)	
9	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) വായ്പയിന്മേൽ മാസ്റ്റർ പോളിസി ഹോൾഡർ നടത്തിയ റിക്കവറികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ (വായ്പ അക്കൗണ്ടിലെ ഡെബിറ്റ്, ക്രെഡിറ്റ് എൻട്രികൾ)	

We hereby declare that the below mentioned information's are verified for accuracy.
താഴെ പരാമർശിച്ച വിവരങ്ങൾ പരിശോധിച്ച് കൃത്യത വരുത്തി എന്ന് ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

ബാങ്ക് ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ സ്റ്റാമ്പ്, തീയതി, ഒപ്പ്

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

പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, 7-ാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രാജേജ് ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ-560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക ടോൾ ഫ്രീ നമ്പർ 1-800-425-6969, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക 1-ാം നില, ടെക്നിലെക്സ്-1, ടെക്നിലെക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർകർ ഫ്ലൈഓവർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203