

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

ഡെത്ത് ക്ലെയിമിനായി ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നവരുടെ പ്രസ്താവന (എസ്എസ്ജി, അഫിനിറ്റി)

Group Policy Number ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി നമ്പർ											
Group Policy Holder Name ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്											
Member number മെംബർ നമ്പർ											
Date of Joining the Policy പോളിസിയിൽ ചേരുന്ന തീയതി											
Certificate Number സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നമ്പർ											
Loan disbursement date വായ്പ വിതരണം ചെയ്യുന്ന തീയതി											
Outstanding loan as of date of death of member അംഗത്തിന്റെ മരണ തീയതിയിൽ കൂടിക്കയുള്ള വായ്പ											
Details of the Insured Member:											
ഇൻഷുർ ചെയ്ത അംഗത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ:											
Full name പൂർണ്ണമായ പേര്											
Residential Address താമസ സ്ഥല വിലാസം											
<input type="checkbox"/> Form 60 <input type="checkbox"/> PAN No.	<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>										
<input type="checkbox"/> Form 60 ഫോം 60	<input type="checkbox"/> PAN No. പാൻ നമ്പർ.										
Gender ലിംഗഭേദം	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female പുരുഷൻ സ്ത്രീ										
	Age at death: മരണ സമയത്തെ പ്രായം:										
Nature of occupation തൊഴിലിന്റെ സ്വഭാവം											
Date of birth (as per records) ജനനത്തീയതി (രേഖകൾ പ്രകാരം)											
Date of death and Time of Death മരണ തീയതിയും മരണ സമയവും											
Cause of death മരണ കാരണം											
Place of death മരണ സ്ഥലം											
In case of death due to illness											
അസുഖം മൂലം മരണമടഞ്ഞാൽ											
When and where did the insured member give first indication of falling ill ഇൻഷുർ ചെയ്ത അംഗം എപ്പോൾ, എവിടെയാണ് രോഗബാധിതനായതിന്റെ ആദ്യ സൂചന നൽകിയത്											
Date and type of illness രോഗത്തിന്റെ തീയതിയും തരവും											
Treatment given നൽകിയ ചികിത്സ											

<p>Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness അവസാന അസുഖ സമയത്ത് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ പരിശോധിച്ച ഡോക്ടറുടെ വിലാസം, ഫോൺ നമ്പർ എന്നിവ</p>	
<p>Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness അവസാന അസുഖത്തിന് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയനായ ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും</p>	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents
അപകടം മൂലം മരണമടഞ്ഞാൽ: ക്ലെയിം രേഖകൾക്കൊപ്പം എഫ്ഐആർ, പിഎംആർ (ജിപിഎച്ച് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്) എന്നിവ ഫയൽ ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്

<p>Date and Time of accident അപകട തീയതിയും സമയവും</p>	
<p>Details of accident അപകടത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ</p>	
<p>Address of Police Station to which the accident was reported അപകടം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്ത പോലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ വിലാസം</p>	
<p>FIR number എഫ്ഐആർ നമ്പർ</p>	
<p>Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted പോസ്റ്റ്മോർട്ടം നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും</p>	

Details of Claimant/Nominee
അവകാശി/നോമിനിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

<p>Name of the claimant അവകാശിയുടെ പേര്</p>	
<p>Relationship with the insured and % of Share ഇൻഷുർ ചെയ്തയാളുമായുള്ള ബന്ധവും ഓഹരിയുടെ % വും</p>	
<p>Address of the claimant അവകാശിയുടെ വിലാസം</p>	
<p>Contact details Email and phone number ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ ഇമെയിൽ, ഫോൺ നമ്പർ</p>	

Claimant/Nominee's Bank details
അവകാശി/നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ

<p>Bank Name and complete address ബാങ്കിന്റെ പേരും പൂർണ്ണ വിലാസവും</p>		
<p>Account type അക്കൗണ്ട് തരം</p>	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current സേവിംഗ്സ് കറന്റ്	
<p>Bank account number ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ</p>		
<p>MICR code: എംഐസിആർ കോഡ്:</p>	<p>IFSC Code: ഐഎഫ്ഐസി കോഡ്:</p>	

Declaration from Claimant / Nominee

അവകാശിയുടെ / നോമിനിയുടെ പ്രഖ്യാപനം

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.

മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ച പോളിസിയിലെ ലൈഫ് ഇൻഷുറർഡ് ആയ ശ്രീമതി / ശ്രീ _____ യുടെ നിയമപരമായ അവകാശി (കൾ) / നോമിനി(കൾ) ആണ് ഞാൻ / ഞങ്ങൾ എന്ന് ഞാൻ / ഞങ്ങൾ _____ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

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.

പോളിസി പ്രകാരം അടയ്ക്കേണ്ട തുക അടച്ചു കഴിഞ്ഞാൽ, മരണപ്പെട്ട അംഗത്തിന്റെ മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസിയിൽ നിന്നും ഉണ്ടാകുന്ന ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് അതിന്റെ എല്ലാ ബാധ്യതകളിൽ നിന്നും പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ പൂർണ്ണമായും ഒഴിവാക്കുമെന്ന് ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുകയും ഉറപ്പു നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു. മുകളിൽ പറഞ്ഞ പരേതനായ / ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ ഏതെങ്കിലും അസുഖത്തിനോ രോഗത്തിനോ പരിചരിക്കുകയോ പരിശോധിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്ത ഫിസിഷ്യൻ / ഡോക്ടർ / ആശുപത്രികൾ, മെഡിക്കൽ സെന്ററുകൾ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ പരേതനായ / ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്ക് പോളിസികൾ നൽകിയ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ, ലൈഫ് ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ നിലവിലുള്ള / മുൻകാല തൊഴിലുടമകൾ അല്ലെങ്കിൽ ബിസിനസ്സ് അസോസിയേറ്റുകൾ, ജനനമരണ രജിസ്ട്രാർ, ലൈഫ് ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തി വ്യക്തിഗത / ഔദ്യോഗിക / ഇൻഷുറൻസുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മെഡിക്കൽ പരിശോധനകൾക്ക് വിധേയമായ രോഗനിർണയ കേന്ദ്രങ്ങൾ എന്നിവരെ, പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് പോളിസി ഇഷ്യൂ ചെയ്യുന്നതിന് മുമ്പോ ശേഷമോ അവർ സ്വായത്തമാക്കിയ പരേതനായ ആളുടെ അവസ്ഥയെക്കുറിച്ച് എന്തെങ്കിലും അറിവോ വിവരങ്ങളോ രേഖകളോ അവരുടെ പക്കൽ ലഭ്യമായ പരേതന്റെ ആരോഗ്യ വിവരങ്ങളോ വെളിപ്പെടുത്താനോ പങ്കിടാനോ ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അംഗീകാരം നൽകുന്നു. ഈ അംഗീകാരത്തിന്റെ ഒരു ഹോട്ടോകോപ്പി യഥാർത്ഥവും സാധുവായി കണക്കാക്കും. _____ ബാങ്ക് / ഫിനാൻഷ്യൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ / ജിപിഎച്ചിൽ നിന്ന് പരേതനായ _____ എടുത്ത വായ്പയുടെ കുടിശ്ശിക അടയ്ക്കേണ്ട ആവശ്യത്തിനാണ് അദ്ദേഹം / അവർ ഈ കവറേജ് എടുത്തിട്ടുള്ളതിനാൽ, രൂപ _____ ബാങ്കിന് / ഫിനാൻഷ്യൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷന് / ജിപിഎച്ചിന് വായ്പ കുടിശ്ശിക തീർക്കുന്നതിന് / ഭാഗികമായി തീർക്കുന്നതിന് അടയ്ക്കുവാൻ ഞാൻ / ഞങ്ങൾ നിങ്ങളോട് അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു. പെമെന്റ് അടച്ചതിനു ശേഷം ബാക്കി വരുന്ന ഏതെങ്കിലും തുക എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ പേരിൽ അടയ്ക്കുന്നതായിരിക്കും.

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. എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് അധികമോ അല്ലെങ്കിൽ എനിക്ക് / ഞങ്ങൾക്ക് അർഹമല്ലാത്തതോ ആയ, ഏതുകാരണത്താലും എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്തപ്പോൾ ഏതെങ്കിലും തുക ഏത് സമയത്തും തിരികെ നൽകാൻ ഞാൻ / ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു. ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ച വിവരങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യമാണെന്നും ശരിയാണെന്നും പൂർണ്ണമാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ കൈവെടി രേഖകൾ ഉൾപ്പെടുന്ന, പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫിൽ ലഭ്യമായതോ ശേഖരിച്ചതോ ആയ (ഈ പ്രസ്താവനയിൽ അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതും അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരുകാരെങ്കിലും തരത്തിൽ നേടിയതും) സെൻസിറ്റീവ്, വ്യക്തിഗത ഡാറ്റ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനും കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുമായി റീ ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എന്റീറ്റിയ്ക്ക് ഉപയോഗിക്കാനും വെളിപ്പെടുത്താനും ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s _____ Date: _____
ഒപ്പ് / അവകാശിയുടെ പെരുവിരൽ അടയാളം _____ തീയതി: _____

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular
അവകാശി തന്റെ / അവളുടെ തള്ളവിരൽ പതിച്ചു / വെർനാക്യുലറിൽ ഒപ്പിട്ട മൂന്നാമത്തെ വ്യക്തി പ്രഖ്യാപനം

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. അവകാശി അദ്ദേഹത്തിന്റെ / അവരുടെ പെരുവിരൽ പതിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള / പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പു വച്ചിട്ടുള്ള, മൂന്നാം കക്ഷിയുടെ പ്രഖ്യാപനം. ഈ അപേക്ഷാ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ അവകാശിക്ക് / കൾക്ക് / അവർക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന _____ ഭാഷയിൽ ഞാൻ വിശദീകരിച്ചു നൽകുകയും അവർ എനിക്ക് നൽകിയ ഉത്തരങ്ങൾ ശരിയായി രേഖപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിലാണ് അവകാശികൾ അദ്ദേഹത്തിന്റെ / അവരുടെ / അവരുടെ ഒപ്പ്/ പെരുവിരൽ മുദ്ര പതിപ്പിച്ചിട്ടുള്ളതെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

Name: _____

Contact No. _____

പേര്: _____

ബന്ധപ്പെടേണ്ട നമ്പർ. _____

Signature _____

ഒപ്പ് _____

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER മാസ്റ്റർ പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പ്രഖ്യാപനം	
a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy (ഗ്രൂപ്പ് പോളിസിയുടെ പരിധിയിൽ വരുന്ന സം ഇൻഷുറഡ്)	
b) Original amount of Loan വായ്പയുടെ യഥാർത്ഥ തുക	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan വായ്പയ്ക്കായി മാസ്റ്റർ പോളിസി ഹോൾഡർ നടത്തിയ വീണ്ടെടുക്കലിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member അംഗത്തിന്റെ മരണ തീയതിയിലെ കുടിശ്ശിക വായ്പ തുക	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ബാലൻസ് ക്ലെയിം തുക (നോമിനീക്ക് നൽകേണ്ട തുക)	

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.

പരേതനായ _____, മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഇതിനോടപ്പം അറ്റാച്ച് ചെയ്തിട്ടുണ്ട്, മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച ഗ്രൂപ്പ് പോളിസിയിലെ അംഗമായിരുന്നുവെന്ന് ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വിശദാംശങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യമാണെന്നും ശരിയാണെന്നും പൂർണ്ണമാണെന്നും ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്ത അമിതമോ അർഹമല്ലാത്തതോ ആയ ഏതെങ്കിലും തുക, എപ്പോൾ വേണമെങ്കിലും, ഏതെങ്കിലും കാരണത്താലും, തിരികെ നൽകുമെന്ന് ഞങ്ങൾ ഉറപ്പു നൽകുന്നു.

Verified & Recommended by
പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുകയും ശുപാർശ ചെയ്യുകയും ചെയ്തത്

Group Policy Holder Name [Company Seal]
(ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഉടമയുടെ പേര് [കമ്പനി മുദ്ര])

Name:

Signature of the official

പേര്:

ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ ഒപ്പ്

Date:

തീയതി: