

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 കുടിശ്ശികയുള്ള വായ്പ				
Details of the Insured Member: ഇൻഷുർ ചെയ്ത അംഗത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ:				
Full name പൂർണ്ണമായ പേര്				
Residential Address താമസ സ്ഥല വിലാസം				
PAN No./ Form 60 പാൻ നമ്പർ / ഫോം 60				
Gender ലിംഗഭേദം	<table border="0"> <tr> <td>Male പുരുഷൻ</td> <td>Female സ്ത്രീ</td> <td>Age at death: മരണ സമയത്തെ പ്രായം:</td> </tr> </table>	Male പുരുഷൻ	Female സ്ത്രീ	Age at death: മരണ സമയത്തെ പ്രായം:
Male പുരുഷൻ	Female 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	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Murder <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> COVID 19 <input type="checkbox"/> Natural Calamity <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Others (please specify) _____ <input type="checkbox"/> അപകടം <input type="checkbox"/> കൊലപാതകം <input type="checkbox"/> ആത്മഹത്യ <input type="checkbox"/> കോവിഡ് 19 <input type="checkbox"/> വ്രക്യതി ദുരന്തം <input type="checkbox"/> ഹൃദ്രോഗം <input type="checkbox"/> വൃക്കരോഗം <input type="checkbox"/> കരൾ രോഗം <input type="checkbox"/> ക്ഷയരോഗം <input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക) _____			
Place of death മരണ സ്ഥലം	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> വീട് <input type="checkbox"/> ആശുപത്രി <input type="checkbox"/> ഓഫീസ് <input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവ (മറ്റുള്ളവ/ആശുപത്രിയുടെ പേര് വ്യക്തമാക്കുക) _____			
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				
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				
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness അവസാന അസുഖത്തിന് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയനായ ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും				

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

Details of Claimant/Nominee അവകാശി/നോമിനിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ	
Name of the claimant അവകാശിയുടെ പേര്	
Relationship with the insured and % of Share ഇൻഷുർ ചെയ്തയാളുമായുള്ള ബന്ധവും ഓഹരിയുടെ % വും	
Address of the claimant അവകാശിയുടെ വിലാസം	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) പാൻ നമ്പർ / ഫോം 60 (നിർബന്ധമായും ആവശ്യമായ)	
Email and phone number ഇമെയിൽ, ഫോൺ നമ്പർ	
Claimant/Nominee's Bank details അവകാശി/നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ	
Bank Name and complete address ബാങ്കിന്റെ പേരും പൂർണ്ണ വിലാസവും	
Account type അക്കൗണ്ട് തരം	Savings സേവിംഗ്സ് Current കറന്റ്
Bank account number ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	
MICR code: എംഐസിആർ കോഡ്:	IFSC Code: ഐഎഫ്ഐസി കോഡ്:

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.

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 / ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ ഏതെങ്കിലും അസുഖത്തിനോ രോഗത്തിനോ പരിചരിക്കുകയോ പരിശോധിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്ത ഫിസിഷ്യൻ / ഡോക്ടർ / ആശുപത്രികൾ, മെഡിക്കൽ സെന്ററുകൾ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ പരേതനായ / ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്ക് പോളിസികൾ നൽകിയ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ, ലൈഫ് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ നിലവിലുള്ള / മുൻകാല തൊഴിലുടമകൾ അല്ലെങ്കിൽ ബിസിനസ്സ് അസോസിയേറ്റുകൾ, ജനനമരണ രജിസ്ട്രാർ, ലൈഫ് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തി വ്യക്തിഗത / ഔദ്യോഗിക / ഇൻഷുറൻസുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മെഡിക്കൽ പരിശോധനകൾക്ക് വിധേയമായ രോഗനിർണയ കേന്ദ്രങ്ങൾ എന്നിവരെ, പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് പോളിസി ഇഷ്യൂ ചെയ്യുന്നതിന് മുമ്പോ ശേഷമോ അവർ സായത്തമാക്കിയ പരേതനായ ആളുടെ അവസ്ഥയെക്കുറിച്ച് എന്തെങ്കിലും അറിവോ വിവരങ്ങളോ രേഖകളോ അവരുടെ പക്കൽ ലഭ്യമായ പരേതന്റെ ആരോഗ്യ വിവരങ്ങളോ വെളിപ്പെടുത്താനോ പങ്കിടാനോ ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അംഗീകാരം നൽകുന്നു.

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.

ഈ അംഗീകാരത്തിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോകോപ്പി യഥാർത്ഥവും സാധുവായി കണക്കാക്കും. _____ ബാങ്ക് / ഫിനാൻഷ്യൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ / ജിപിഎച്ചിൽ നിന്ന് പരേതനായ _____ എടുത്ത വായ്പയുടെ കുടിശ്ശിക അടയ്ക്കേണ്ട ആവശ്യത്തിനാണ് അദ്ദേഹം / അവർ ഈ കവറേജ് എടുത്തിട്ടുള്ളതിനാൽ, രൂപ _____ ബാങ്കിന് / ഫിനാൻഷ്യൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ / 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 reinsurers, 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, ഏതു കാരണത്താലും എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്തപ്പോൾ എന്തെങ്കിലും തുക എന്ത് സമയത്തും തിരികെ നൽകാൻ ഞാൻ / ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു. ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ച വിവരങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യമാണെന്നും ശരിയാണെന്നും പൂർണ്ണമാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ കൈവെടി രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ, പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫിൽ ലഭ്യമായതോ ശേഖരിച്ചതോ ആയ (ഈ പ്രസ്താവനയിൽ അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതും അല്ലെങ്കിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും 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 എജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എൻറിറ്റിയ്ക്ക് ഉപയോഗിക്കാനും വെളിപ്പെടുത്താനും ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

Indemnity/Undertaking/Warranty and Representations by the Claimant in lieu of original policy bond and document

ഒറിജിനൽ പോളിസി ബോണ്ടിനും പ്രമാണത്തിനും പകരമായി അവകാശിയുടെ നഷ്ടപരിഹാരം / ഏറ്റെടുക്കൽ / വാറണ്ടിയും പ്രാതിനിധ്യവും

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy contract is not pledged, mortgaged, assigned or otherwise created any adverse lien, title, interest over it either by the policyholder or by the legal heirs and I further undertake to destroy it as a null and void document post receipt of the full and final payment of the claim under the policy from the Company. I further undertake that the Company stands indemnified by me against all losses, claims whatsoever arising out of anything in relation to the dispensation of original policy contract or the representations/warranties herein. I completely understand and agree with the Company that it shall stand conclusively discharged from all the obligations arising out of this policy/ies upon making the payment to me, nominee, legal heir or successor of the policyholder/life assured.

പോളിസി ഉടമയോ അല്ലെങ്കിൽ നിയമപരമായ അവകാശികളോ ഒറിജിനൽ പോളിസി കരാർ പണയംവയ്ക്കുകയോ ഈടു വയ്ക്കുകയോ നിയോഗിക്കുകയോ മറ്റേതെങ്കിലും പ്രതികൂലമായ അവകാശമോ ശിർഷകമോ തൽപര്യമോ സൃഷ്ടിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടില്ലെന്ന് ഞാൻ കമ്പനിയെ അഖണ്ഡമായി അംഗീകരിക്കുകയും പ്രതിനിധീകരിക്കുകയും ഏറ്റെടുക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ, കമ്പനിയിൽ നിന്നുള്ള പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള ക്ലെയിമിന്റെ പൂർണ്ണവും അന്തിമവുമായ പേയ്മെന്റിനു ശേഷം ഡോക്യുമെന്റുകൾ അസാധുവാകത്തക്ക വിധത്തിൽ നശിപ്പിക്കുമെന്നും ഉറപ്പു നൽകുന്നു. ഒറിജിനൽ പോളിസി കരാറിന്റെ വിതരണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അതിന്മേലുള്ള പ്രാതിനിധ്യങ്ങൾ / വാറണ്ടികൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഉണ്ടാകുന്ന ഏതെങ്കിലും നഷ്ടം, ക്ലെയിമുകൾ അതിൽനിന്നും ഉയർന്നു വരുന്ന എന്തിനും ഞാൻ കമ്പനിക്ക് നഷ്ടപരിഹാരം നൽകുമെന്നും ഞാൻ ഉറപ്പു നൽകുന്നു. എനിക്ക്, പോളിസി ഉടമയുടെ / ലൈഫ് അഷേർഡിന്റെ നോമിനി, നിയമപരമായ അവകാശി എന്നിവർക്ക് പേമെന്റ് നടത്തിയതിനു ശേഷം അതിൽ നിന്നും ഉയർന്നു വരുന്ന എല്ലാ ബാധ്യതകളിൽ നിന്നും കമ്പനിയെ ഒഴിവാക്കുമെന്ന് ഞാൻ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

I hereby acknowledge and agree that any incorrect, false, or misleading or deficit information furnished by me may result in the rejection of claim or the recovery of claim proceeds with cost and compensation as the case may be apart from civil and criminal liability on me and my assets.

ഞാൻ നൽകിയ ഏതെങ്കിലും തെറ്റായ, വ്യാജമായ തെറ്റിദ്ധരിപ്പിക്കുന്ന അല്ലെങ്കിൽ അപര്യാപ്തമായ വിവരങ്ങൾ, എനിക്ക് അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ ആസ്തിയ്ക്കു മേൽ സിവിൽ ക്രിമിനൽ ബാധ്യതയ്ക്കു പുറമേ, സാഹചര്യം പോലെ, ക്ലെയിം നിരസിക്കാനോ ക്ലെയിം വരുമാനം വിഭജിക്കാനോ ചെലവും നഷ്ടപരിഹാരവും നൽകുന്നതിനോ കാരണമാകുമെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ അംഗീകരിക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും 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 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 തന്റെ / അവളുടെ തള്ളവിരൽ പതിച്ചു / വെർനാകുലറിൽ ഒപ്പിട്ട മൂന്നാമത്തെ വ്യക്തി പ്രഖ്യാപനം അവകാശി അദ്ദേഹത്തിന്റെ / അവരുടെ പെരുവിരൽ പതിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള / പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പു വച്ചിട്ടുള്ള, മൂന്നാം കക്ഷിയുടെ പ്രഖ്യാപനം. ഈ അപേക്ഷാ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ അവകാശിക്ക് / കൾക്ക് / അവർക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന _____ 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 _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)	
ക്രെഡിറ്റ് അക്കൗണ്ട് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ് (താഴെയുള്ള ഫീൽഡുകൾ ഗ്രൂപ്പ് മാസ്റ്റർ പോളിസി ഉടമ നിർബന്ധമായും പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്)	
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 the Insured Member (ഇൻഷുറർ ചെയ്ത അംഗത്തിന്റെ പേര്)	
4) Loan Account number (ലോൺ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ)	
5) Loan Disbursement date (ലോൺ വിതരണം ചെയ്ത തീയതി)	

6) Date of Commencement of Risk റിസ്ക് ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured ഗ്രൂപ്പ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെ അംഗം ഇൻഷുർ ചെയ്ത സം അക്ഷേർഡ്	
8) Original amount of Loan ലോണിന്റെ യഥാർത്ഥ തുക	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan മാസ്റ്റർ പോളിസി ഹോൾഡർ ലോണിലേക്ക് നടത്തിയ വീണ്ടെടുക്കലുകളുടെ വിവരങ്ങൾ	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member അംഗത്തിന്റെ മരണ തീയതിയിൽ കൂടിച്ചേർന്നുള്ള ലോൺ തുക	
11) 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 ഇതിനോടൊപ്പം അറ്റാച്ച് ചെയ്തിട്ടുണ്ട്, മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച ഗ്രൂപ്പ് പോളിസിയിലെ അംഗമായിരുന്നുവെന്ന് ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വിവരങ്ങൾ 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: _____

Documents required:

ആവശ്യമായ രേഖകൾ:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
തദ്ദേശ സ്ഥാപനം നൽകിയ സാധുവായ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്
- Current Address Proof of the Nominee
നോമിനിയുടെ നിലവിലെ വിലാസ തെളിവ്
- Photo Identity Proof of the Nominee
നോമിനിയുടെ ഫോട്ടോ ഐഡൻറിറ്റി പ്രൂഫ്
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക്/ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ്
- In case the death is due to accident, any one of the below mentioned documents needs to be submitted along with proof of death: Copy of Final police investigation report, Inquest report or Panchnama and the postmortem report
അപകടം മൂലമാണ് മരണം സംഭവിച്ചതെങ്കിൽ, മരണത്തിന്റെ തെളിവ് സഹിതം താഴെപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്: പോലീസിന്റെ അന്തിമ അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ടിന്റെ പകർപ്പ്, ഇൻക്വസ്റ്റ് റിപ്പോർട്ട് അല്ലെങ്കിൽ പഞ്ചനാമ, പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട്
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
മരണവാർത്ത/പത്ര കട്ടിംഗ് (ലഭ്യമെങ്കിൽ)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
വിസെറ / കെമിക്കൽ അനാലിസിസ് റിപ്പോർട്ട് (ബാധകമെങ്കിൽ)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
നോമിനിയുടെ അഭാവത്തിൽ നിയമപരമായ അവകാശി പിന്തുടർച്ചാവകാശ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
മരണ തീയതി പ്രകാരമുള്ള ലോൺ കൂടിച്ചേർന്ന സ്റ്റേറ്റ്മെന്റും ബാങ്കിൽ നിന്നുള്ള സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഫോർമാറ്റിലുള്ള ക്രെഡിറ്റ് അക്കൗണ്ട് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റും
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
പ്രൊപ്പോസൽ സ്റ്റേജിൽ ലൈഫ് അഷുർഡിയിൽ നിന്നുള്ള അംഗീകാരം ലഭിച്ചില്ലെങ്കിൽ സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഫോർമാറ്റിലുള്ള നോമിനീ ഡിക്ലറേഷൻ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ് (പഴയ പോളിസികൾ)
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
മരണപ്പെട്ടയാളുടെ അംഗത്വവും അവന്റെ/അവളുടെ മരണവും സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന ബന്ധപ്പെട്ട സോഷ്യൽ സെക്ടർ ഗ്രൂപ്പിൽ നിന്നുള്ള കവറിംഗ് ലെറ്റർ.
- Certificate of Insurance
ഇൻഷുറൻസ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ്
- Age proof of the Insured
ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പ്രായം തെളിയിക്കുന്ന രേഖകൾ