

## Employer Employee Death Claim Form

തൊഴിൽദായകൻ തൊഴിലാളി ഡെത്ത് ക്ലെയിം ഫോം

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)  
 (എല്ലാ ഗ്രൂപ്പ് ഇൻഷുറൻസ് സ്കീമുകൾക്കും ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറും (ജിപിഎച്ച്), നോമിനിയും പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

**Part A: / പാർട്ട് ഒരൂ:**

- 1) Group Policy No / ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി നം: \_\_\_\_\_
- 2) Member ID / മെമ്പർ ഐഡി: \_\_\_\_\_
- 3) Employee ID / എംപ്ലോയീ ഐഡി: \_\_\_\_\_
- 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: \_\_\_\_\_  
 (with date of effect) as required under applicable quote  
 മരണമടഞ്ഞ അംഗത്തിന്റെ നിലവിലെ പദവി/ബാൻഡ്/ഗ്രേഡ്: \_\_\_\_\_  
 ബാധകമായ ഉദ്ധരണി പ്രകാരം ആവശ്യമായത് പോലെ (പ്രഭാവത്തിന്റെ തീയതി)
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee: / ഇൻഷുറേഡ് അംഗം / ജീവനക്കാരന്റെ പൂർണ്ണമായ പേര് & മേൽവിലാസം: \_\_\_\_\_
- 6) Name of Group Policyholder: / ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പേര്: \_\_\_\_\_
- 7) Date of Birth of Insured: / ഇൻഷുറേഡിന്റെ ജനന തീയതി: \_\_\_\_\_
- 8) Date of Joining the Service / സർവീസിൽ ചേർന്ന തീയതി: \_\_\_\_\_
- 9) Date of Death /മരണ തീയതി: \_\_\_\_\_
- 10) Place and Cause of Death / മരണ സ്ഥലവും കാരണവും: \_\_\_\_\_

11) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote) അവസാനം വാങ്ങിയ ശമ്പളം: (ജിടിഎൽ / എഫ്.എസ്.എൽ. സ്കീമിന് നിർബന്ധം, എഫ്.എസ്.എൽ ക്ലെയിമിന് ദയവായി അടിസ്ഥാന ശമ്പളം നൽകുക. ബാധകമായ ഉദ്ധരണിയിൽ ആവശ്യപ്പെടുന്നത് പോലെ ദയവായി ശമ്പളം സൂചിപ്പിക്കുക)	<b>Monthly / പ്രതിമാസം</b>	<b>Annual / വാർഷികം</b>

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention / അവസാന വർഷത്തിൽ/ സംഭവത്തിന്റെ തീയതി മുതൽ ജീവനക്കാരൻ എടുത്ത ലീവുകളുടെ വിവരങ്ങൾ ദയവായി

From Date / തീയതി മുതൽ	To Date / തീയതി വരെ	No. of Days / ദിവസങ്ങളുടെ എണ്ണം	Type of Leave / ലീവ് തരം	Reason / കാരണം

- 13) Sum Assured /സം അശ്ശുർഡ്: \_\_\_\_\_
- 14) PF Account Number of Insured Member / ഇൻഷുറേഡ് അംഗത്തിന്റെ പിഎഫ് / അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: \_\_\_\_\_ (Mandatory for EDLI Claim)/  
 (ഇ.ഡി.എൽ.ഐ. ക്ലെയിമുകൾക്ക് നിർബന്ധം)
- 15) Please confirm employment status of the employee as on date of death / മരണപ്പെടുന്ന തീയതിയിലെ ജീവനക്കാരന്റെ തൊഴിൽ സ്ഥിതി സ്ഥിരീകരിക്കുക : Permanent /സ്ഥിരമായ  
 Contractual /കരാർ
- 16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes  No   
 ദയവായി എല്ലാ നോമിനികളുടെയും ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ നൽകുക: അതെ  ഇല്ല

**Declaration and authorization by Group policy holder / ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഉടമയുടെ പ്രഖ്യാപനവും അനുമതിയും**  
 I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.  
 ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ മുകളിൽ പറയപ്പെടുന്ന അവകാശി(കൾ), മേൽപ്പറഞ്ഞ ഉത്തരങ്ങളും പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും ശരിയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സഗൗരവം പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു, കൂടാതെ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഒരു ബാധ്യതയും അംഗീകരിക്കുന്നില്ല അല്ലെങ്കിൽ അതിൽ ഒരു അവകാശവും ഒഴിവാക്കുന്നില്ല എന്നും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു. അംഗത്തിന്റെ ചികിത്സ / പരിശോധന വേളയിൽ ലഭിച്ച രഹസ്യ വിവരങ്ങൾ പങ്കുവയ്ക്കുന്നത് നിരോധിക്കുന്ന, ഏതൊരു നിയമത്തോടും, ശീലത്തോടും അല്ലെങ്കിൽ ആചാരത്തോടുമുള്ള എതിർപ്പ് ഇല്ലാതെ.

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ഇൻഷുറേഡ് അംഗത്തിന്റെ തൊഴിൽ, സാമ്പത്തികം അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ്, ഉപദേശം, പരിചരണം അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ എന്നിവ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ, അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറർ അംഗത്തിന്റെ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു വിവരവും മാനസിക ആരോഗ്യം, മയക്കുമരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗം, എച്ച്ഐവി (എയ്ഡ്സ്)/ അല്ലെങ്കിൽ ലൈംഗികമായി പകരുന്ന രോഗങ്ങൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ, പി.എൻ.ബി. മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനോ, അവരുടെ ഏതെങ്കിലും ഓഫീസുകൾക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ കോടതിക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതൊരു അന്വേഷണ ഏജൻസിക്ക്ക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന സ്വതന്ത്ര അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റർക്കോ നൽകുവാൻ ഏതൊരു ഡോക്ടറെയും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു വ്യക്തികളെയും, ഏതൊരു ആശുപത്രിയെയും, സാനറ്റോറിയത്തെയും, മെഡിക്കൽ പ്രവേശനത്തിനെയും, ആശുപത്രിയെയും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് മെഡിക്കൽ കെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷനെയും, ഇൻഷുറൻസ്, ഇൻഷുറൻസ് സപ്പോർട്ട് സ്ഥാപനത്തെയും, ഫാർമസിയെയും, ഗവൺമെന്റ് ഏജൻസിയെയും, ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെയും, തൊഴിൽദായകനെയും, ബെനിഫിറ്റ് പ്ലാൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്ററേയും, അക്കൗണ്ടന്റ് അല്ലെങ്കിൽ സാമ്പത്തിക ഉപദേഷ്ടാവ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു സ്ഥാപനത്തെയും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തലിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഒറിജിനൽ പോലെ തന്നെ ഫലപ്രദമായതായും സാധുതയുള്ളതായും പരിഗണിക്കപ്പെടും.

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

ഈ ക്ലെയിം, അപേക്ഷ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനോ ഒപ്പം/ അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിൽ നിന്ന് ഉണ്ടാകുന്ന സേവനം ഉൾപ്പെടെ, തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനോ, പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് എന്നിൽ/ ഞങ്ങളിൽ നിന്ന് ശേഖരിച്ചതോ അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് ലഭ്യമായതോ ആയ കൈവെടി ഡോക്യുമെന്റുകൾ അടക്കമുള്ള എന്തെങ്കിലും അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിപരവും സംവേദനക്ഷമവുമായ വിവരങ്ങൾ (ഈ സെറ്റിൽമെന്റിൽ / അപ്ലിക്കേഷനിൽ ഉള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റുതരത്തിൽ ലഭിച്ചതോ) പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനോ റീ ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എന്റിറ്റി എന്നിവയിലേക്ക് വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് അനുമതി നൽകുന്നു.

**Declaration by Group Policy Holder**

ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പ്രഖ്യാപനം

We confirm that the foregoing information including the details of the insured member stated above are true to the best of our knowledge and belief and our born out from our official records.

ഈ ഫോമിൽ പരാമർശിച്ചിരിക്കുന്ന നോമിനി / കൾ തങ്ങളുടെ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് ആനുകൂല്യങ്ങൾ കൈമാറുന്നതിനായി ജീവനക്കാർ നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്തതാണെന്ന് ഞങ്ങൾ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

**Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder**

മാസ്റ്റർ പോളിസി ഉടമയുടെ കമ്പനി സീൽ ഉപയോഗിച്ച് അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

പേരും സ്ഥാനവും: \_\_\_\_\_ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ: \_\_\_\_\_ തീയതി: \_\_\_\_\_

**Part B: / പാർട്ട് ബി:**

1) Please provide bank account number for all the Nominees / ദയവായി എല്ലാ നോമിനികളുടെയും ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ നൽകുക:

Particulars / വിശദാംശങ്ങൾ	Nominee 1 നോമിനി 1	Nominee 2 നോമിനി 2	Nominee 3 നോമിനി 3	Nominee 4 നോമിനി 4	Nominee 5 നോമിനി 5
Name / പേര്					
Bank Account Number / ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ					
IFSC Code / ഐ.എഫ്.എസ്.സി. കോഡ്					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records: ജിപിഎച്ച് റേഖകൾ പ്രകാരം ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് ബെനിഫിറ്റ് നേടുന്നതിന് നോമിനിയുടെ/കളുടെ താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ ദയവായി നൽകുക:

Sl. No. രക്. നം.	Nominee Name നോമിനിയുടെ പേര്	Relationship ബന്ധം	Benefit Share in % ബെനഫിറ്റിന്റെ പങ്ക് % ൽ	Address of Nominee നോമിനിയുടെ വിലാസം

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 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

രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നം. 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രേജ്യാടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗളൂർ-560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. സിഐഇ നം. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കൂ, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക്നിലെക്സ്-1, ടെക്നിലെക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർക്കർ ഫ്ലൈവേർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following:/ അസുഖമോ അസ്വാഭാവികമോ ആയ കാരണത്താലോ ആണ് മരണം എങ്കിൽ താഴെപ്പറയുന്ന ആവശ്യമാണ്:

Types of Illness and date of diagnosis രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവവും രോഗനിർണ്ണയത്തിന്റെ തീയതിയും	
Details of treatment given and details of hospital where insured had Undergone treatment ഇൻഷുറേഡിനു നൽകിയ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങളും ചികിത്സിച്ച ആശുപത്രികളുടെ വിശദാംശങ്ങളും	
Details of Accident (for Unnatural Death) അപകടത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ (അസ്വാഭാവിക മരണത്തിന്)	
Name and Address of Hospital where Postmortem Was conducted പോസ്റ്റ് മോർട്ടം നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും	
Name and Address of Police Station to which accident was reported അപകടം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്ത പോലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ പേരും വിലാസവും	

**Declaration and authorization by Beneficiary**

**ഗുണഭോക്താവിന്റെ പ്രഖ്യാപനവും അംഗീകാരവും**

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ മുകളിൽ പറയപ്പെടുന്ന അവകാശി(കൾ), മേൽപ്പറഞ്ഞ ഉത്തരങ്ങളും പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും ശരിയാണെന്ന് ഇതിനാൽ സൗകര്യം പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു, കൂടാതെ ക്ലെയിം ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഒരു ബാധ്യതയും അംഗീകരിക്കുന്നില്ല അല്ലെങ്കിൽ അതിൽ ഒരു അവകാശവും ഒഴിവാക്കുന്നില്ല എന്നും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു. അംഗത്തിന്റെ ചികിത്സ / പരിശോധനാ വേളയിൽ ലഭിച്ച രഹസ്യ വിവരങ്ങൾ പങ്കുവയ്ക്കുന്നത് നിരോധിക്കുന്ന, ഏതൊരു നിയമത്തോടും, ശീലത്തോടും അല്ലെങ്കിൽ ആചാരത്തോടും എതിർപ്പില്ലാതെ.

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ഇൻഷുറേഡ് അംഗത്തിന്റെ തൊഴിൽ, സാമ്പത്തികം അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ്, ഉപദേശം, പരിചരണം അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ എന്നിവ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ, അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറർഡ് അംഗത്തിന്റെ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു വിവരവും മാനസിക ആരോഗ്യം, മയക്കുമരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗം, എച്ച്ഐവി (എയ്ഡ്സ്)/ അല്ലെങ്കിൽ ലൈംഗികമായി പകരുന്ന രോഗങ്ങൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ, പി.എൻ.ബി. മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനോ, അവരുടെ ഏതെങ്കിലും ഓഫീസുകൾക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ കോടതിക്കോ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതൊരു അന്വേഷണ ഏജൻസിക്ക്, അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന സ്വതന്ത്ര അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റർക്കോ നൽകുവാൻ ഏതൊരു ഡോക്ടറെയും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു വ്യക്തികളെയും, ഏതൊരു ആശുപത്രിയെയും, സാനറ്റോറിയത്തെയും, മെഡിക്കൽ പ്രൊഫഷണലിനെയും, ആശുപത്രി യെയും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് മെഡിക്കൽ കെയർ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷനെയും, ഇൻഷുറൻസ്, ഇൻഷുറൻസ് സപ്പോർട്ട് സ്ഥാപനത്തെയും, ഫാർമസിയെയും, ഗവൺമെന്റ് ഏജൻസിയെയും, ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെയും, തൊഴിൽദായകനെയും, ബെനിഫിറ്റ് പ്ലാൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്ററേയും, അക്കൗണ്ടന്റ് അല്ലെങ്കിൽ സാമ്പത്തിക ഉപദേഷ്ടാവ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു സ്ഥാപനത്തെയും ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തലിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോസ്റ്റാറ്റ് കോപ്പി ഒറിജിനൽ പോലെ തന്നെ ഫലപ്രദമായതായും സാധ്യതയുള്ളതായും പരിഗണിക്കപ്പെടും.

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

ഈ ക്ലെയിം, അപേക്ഷ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിനോ ഒപ്പ്/ അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിൽ നിന്ന് ഉണ്ടാകുന്ന സേവനം ഉൾപ്പെടെ, തുടർന്നുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിനോ, പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് എന്നിൽ/ ഞങ്ങളിൽ നിന്ന് ശേഖരിച്ചതോ അല്ലെങ്കിൽ അവർക്ക് ലഭ്യമായതോ ആയ കൈവെടി ഡോക്യുമെന്റുകൾ അടക്കമുള്ള എൻ്റെ/ അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങളുടെ വ്യക്തിപരമായ സമ്പദ്വകുപ്പുമുമ്പായ വിവരങ്ങൾ (ഈ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റിൽ / അപ്ലിക്കേഷനിൽ ഉള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റുതരത്തിൽ ലഭിച്ചതോ) പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനോ റി ഇൻഷുറർമാർ, ക്ലെയിം ഇൻവെസ്റ്റിഗേറ്റീവ് ഏജൻസികൾ, വെണ്ടർമാർ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ / ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അല്ലെങ്കിൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി / ഓർഗനൈസേഷൻ / എൻ്റ്റിറ്റി എന്നിവയിലേക്ക് വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനോ ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിന് അനുമതി നൽകുന്നു.

**Signature of the Nominee of Insurance Claim/ഇൻഷുറൻസ് ക്ലെയിമിന്റെ നോമിനിയുടെ ഒപ്പ്**

Particulars / വിശദാംശങ്ങൾ	Nominee 1 നോമിനി 1	Nominee 2 നോമിനി 2	Nominee 3 നോമിനി 3	Nominee 4 നോമിനി 4	Nominee 5 നോമിനി 5
Name of the Nominee നോമിനിയുടെ പേര്					
Signature of Nominee നോമിനിയുടെ ഒപ്പ്					
Contact Number ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ					
Date തീയതി					

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 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

രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നം. 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രേഹ്ജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗളൂർ-560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. സി.ഐ. നം. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കൂ, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതൂ: ഒന്നാം നില, ടെക്നിലെക്സ്-1, ടെക്നിലെക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർക്കർ ഫ്ലൈവേ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

**Declaration by Group Policy Holder**

ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പ്രഖ്യാപനം

We confirm that, the Nominee/s mentioned in this form is/are as nominated by the employee for the purpose of vesting of his/her life Insurance benefits.

ഈ ഫോമിൽ പരാമർശിച്ചിരിക്കുന്ന നോമിനി / കൾ തങ്ങളുടെ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് ആനുകൂല്യങ്ങൾ കൈമാറുന്നതിനായി ജീവനക്കാരൻ നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്തതാണെന്ന് ഞങ്ങൾ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

**Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder**

മാസ്റ്റർ പോളിസി ഹോൾഡറുടെ കമ്പനി സീലോട് കൂടി ഒപ്പിടുവാൻ അർഹതയുള്ളയാളുടെ ഒപ്പ്

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

പേരും സ്ഥാനവും: \_\_\_\_\_ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ.: \_\_\_\_\_ തീയതി: \_\_\_\_\_

**Documents required**

**ആവശ്യമുള്ള രേഖകൾ**

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder  
മുനിസിപ്പൽ അധികാരി / ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത് നൽകിയ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ഒറിജിനൽ അല്ലെങ്കിൽ പകർപ്പ് ഗ്രൂപ്പ് പോളിസി ഹോൾഡർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book  
നോമിനിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ബാങ്കിന്റെ വിവരങ്ങളോടൊപ്പം ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക് ലീഫിന്റെ അല്ലെങ്കിൽ പാസ്ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ്
- In case of Unnatural death (like Suicide, Accidental Death). Copy of FIR, Post Mortem, Report and Police Inquest Report (duly attested by GPH) would be required  
അസ്വാഭാവിക മരണം ആണെങ്കിൽ (ആത്മഹത്യ, അപകട മരണം എന്നിവ പോലുള്ളവ). എഫ്.ഐ.ആർ., പോസ്റ്റ് മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട്, പോലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട് (ജി.പി.എച്ച്. ക്രമാനുസരണം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്) എന്നിവയുടെ പകർപ്പ്
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH  
ജി.പി.എച്ച്. സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ നോമിനികളുടെ ഐഡന്റിറ്റിയുടെയും മേൽവിലാസത്തിന്റെയും തെളിവുകൾ

**Note:** Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims

**കുറിപ്പ്:** മുകളിൽ പറഞ്ഞ രേഖകൾ രജിസ്ട്രേഷൻ ആവശ്യകതയ്ക്കായുള്ളതാണ്, ക്ലെയിമുകളുടെ പ്രോസസിംഗിനായി കമ്പനി കൂടുതൽ രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെട്ടേക്കാം

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 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

രജിസ്റ്റേഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നം. 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രേഹജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗളൂർ-560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. സിഐ നം. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കൂ, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക്നിപ്ലക്സ്-1, ടെക്നിപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർക്കർ ഫ്ലൈവേ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203