

INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ଫର୍ମ

For Official Use Only / କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ

Branch Name / ଶାଖା ନାମ: _____ Branch Code / ଶାଖା କୋଡ୍: _____
 Employee Name / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ: _____
 Employee Code / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ କୋଡ୍: _____ Sign / ଦସ୍ତଖତ: _____
 Date:

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

 Time: On or Before 3PM After 3PM
 ତାରିଖ: _____ ସମୟ: ଅପରାହ୍ନ 3ଟା କିମ୍ବା ପୂର୍ବରୁ ଅପରାହ୍ନ 3ଟା ପରେ



DOCUMENTS TO BE SUBMITTED

ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା

Mandatory Documents ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲଗୁଡ଼ିକ	Additional documents* to be submitted ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା* ଅତିରିକ୍ତ ଦଲିଲଗୁଡ଼ିକ
<ol style="list-style-type: none"> Copy of valid death certificate issued by local authority ସ୍ଥାନୀୟ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ବୈଧ ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ରର ନକଲ Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ (ପରିବାର ଚିକିତ୍ସକ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସାକାରୀ ଡାକ୍ତରଙ୍କଠାରୁ) ମାନକୀକୃତ ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ଫର୍ମାଟ୍ ଅନୁଯାୟୀ Current address proof of the nominee ପ୍ରମାଣିତ ନମୋନୀର ବ୍ୟକ୍ତିକ ବର୍ତ୍ତମାନ ଠିକଣା ପ୍ରମାଣ PAN Card or Form 60 of the nominee ପ୍ୟାନ କାର୍ଡ / ନମୋନୀର ବ୍ୟକ୍ତିକ ଫର୍ମ 60 Photo identity proof of the nominee ପ୍ରମାଣିତ ନମୋନୀର ବ୍ୟକ୍ତିକ ଫଟୋ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ Cancelled cheque / Copy of bank passbook ବାଟିକ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ / ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକର ନକଲ Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ଶାଖା/ଜିପିଏଚ୍‌ରେ ପ୍ରାପ୍ତ କ୍ଲେମ୍ ପାଇଁ ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ ମାଧ୍ୟମରେ ଦାବି ସୂଚନା ପ୍ରାପ୍ତ ହେଲେ ଦାବିଦାରଙ୍କଠାରୁ ପ୍ରାଧିକାରଣ ପତ୍ର Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee ନମୋନୀର ବ୍ୟକ୍ତିକ ଅନୁପସ୍ଥିତି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ/ଉତ୍ତରାଧିକାରୀଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ <p>Note: - Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request ଟିପ୍ପଣୀ: - ଯଦି ଆଧାରକାରୀଙ୍କ କେଶାଭିଧି ପ୍ରମାଣ ଭାବରେ ଆଧାର କାର୍ଡ ଦାଖଲ କରାଯାଇଛି ତେବେ ଦକ୍ଷିଣ ଆଧାର ନମ୍ବରର ପ୍ରଥମ 8 ଟି ଅଙ୍କ ମାସ୍କ କରନ୍ତୁ ବା ଲୁଚାନ୍ତୁ</p>	<p>Natural death/ death due to illness ମୃତ୍ୟୁର ପ୍ରକୃତି / ଅସୁସ୍ଥତା କାରଣରୁ ମୃତ୍ୟୁ</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 ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ୍ (ଦାଖଲ ସୂଚନା ଏବଂ ନିର୍ଗମନ / ମୃତ୍ୟୁ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ଟେଷ୍ଟ ଏବଂ ଚିକିତ୍ସା ରିପୋର୍ଟ ଆଦି) ଯଦି କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି ତେବେ ତାହା ମୃତ୍ୟୁ ସମୟରେ ହେବାକୁ ଉଚିତ୍ <p>Accidental Death ଦୁର୍ଘଟଣାକ୍ରମିତ ମୃତ୍ୟୁ</p> <ol style="list-style-type: none"> Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ଏଫ୍‌ଆଇଆର୍, ପଞ୍ଚନାମା, ବ୍ୟବହୃତ ରିପୋର୍ଟ, ପୋଷ୍ଟମର୍ଟେମ ରିପୋର୍ଟ Obituary / Newspaper cutting (if available) ଶ୍ରଦ୍ଧାଞ୍ଜଳି / ଖବର କାଗଜ କଟିଂ (ଯଦି ଉପଲବ୍ଧ ରହିଥାଏ) Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ଭିସେରା / ରାସାୟନିକ ସମୀକ୍ଷା ରିପୋର୍ଟ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) Final police investigation report ତୃତୀୟ ପୋଲିସ୍ ଟିପ୍ପଣୀ ରିପୋର୍ଟ

*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required.
 *ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ଦଲିଲ/ପ୍ରମାଣ ପାଇଁ କଲ୍ କରିବାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ କରେ, ଯଦି ଆବଶ୍ୟକ ହୁଏ।

*SECTION A - POLICY DETAILS

***ବିଭାଗ A - ପଲିସି ବିବରଣୀ**

Policy Number(s): _____
 ପଲିସି ନମ୍ବର (ସମୂହ): _____
 (Please Mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co.Ltd)
 (ଦୟାକରି ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ସହିତ ଥିବା ସମସ୍ତ ପଲିସି ନମ୍ବର ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)

*SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)

***ବିଭାଗ B - ବୀମାଗ୍ରହଣ ବ୍ୟକ୍ତିକ ବିବରଣୀ (ଏଲଏ)**

Name of Life Assured: Mr. Ms.
 ବୀମାଗ୍ରହଣ ବ୍ୟକ୍ତିକ ନାମ: ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ ଶ୍ରୀମତୀ.
 F I R S T _____ M I D D L E _____ L A S T _____

Father's Name: _____
 ପିତାଙ୍କ ନାମ: _____
 F I R S T _____ M I D D L E _____ L A S T _____

Date of Death: _____
 ଜନ୍ମ ତାରିଖ: _____
 D D M M Y Y Y Y

Place of Death: Hospital* Clinic* Residence Office Other (Please specify) _____
 ଜନ୍ମ ସ୍ଥାନ: ହସ୍ପିଟାଲ* କ୍ଲିନିକ୍* ଘର ଅଫିସ୍ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି ସୂଚିତ କରନ୍ତୁ) _____

*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name _____
 *ଯଦି ହସ୍ପିଟାଲ/ କ୍ଲିନିକ୍ ଚୟନ କରାଯାଏ, ତେବେ ଦୟାକରି ହସ୍ପିଟାଲ / କ୍ଲିନିକ୍ ନାମ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ _____

Family Doctor: Name: _____
 ପରିବାର ଡାକ୍ତର: ନାମ: _____
 Registration No.: _____ Contact No.: _____ PAN No./ Form 60: _____
 ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ: _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ: _____ ପ୍ୟାନ ନଂ/ ଫର୍ମ 60: _____

Last treated/attended Doctor: Name: _____
 ଶେଷ ଥର ଚିକିତ୍ସା କରିଥିବା ଡାକ୍ତର: ନାମ: _____
 Registration No.: _____ Contact No.: _____
 ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ: _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ: _____

Last Employer details (If applicable):
 ଶେଷ ନିଯୁକ୍ତିଦାତାଙ୍କ ବିବରଣୀ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ):

SECTION G- NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH

ବିଭାଗ G- ସମସ୍ତ ଡାକ୍ତର / ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ ଯେଉଁଠାରେ ବୀମାଧାରୀ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ମୃତ୍ୟୁ ପୂର୍ବରୁ 5 ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଥିଲା

Name of Doctor/ Hospital ଡାକ୍ତର / ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ	Address and Contact Details ଠିକଣା ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ	Disease /Condition Treated For କେଉଁ ରୋଗ/ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଥିଲେ	Treatment Dates (From- To) ଚିକିତ୍ସା ତାରିଖ (ଠାରୁ- ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ)

***SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**

*ବିଭାଗ H- ଘୋଷଣା ନାମ ଏବଂ ଅନୁମତି ପ୍ରଦାନ

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. I/ We understand and agree that the submission of this form does not mean that the request will be processed. I/ We understand that any payout under the policy shall be strictly in accordance with the policy terms and conditions. Any payment shall be subject to realization of the last renewal premium payment. A photocopy of this declaration shall be considered as valid and effective.

ମୁଁ/ଆମେ, ଉପରୋକ୍ତ ନାମିତ ଦାବିଦାର(ଗୁଡିକ), ଗମ୍ଭୀରତାର ସହ ଘୋଷଣା କରୁ ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ଉତ୍ତର ଏବଂ ବିବୃତ୍ତିସବୁ ସତ୍ୟ, ଏବଂ ମୁଁ / ଆମେ ଆହୁରି ସହମତ ଯେ ଦାବି ଫର୍ମ ରେ ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିନାହିଁ କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଅଧିକାର ଛାଡ଼ କରିନାହିଁ । ମୁଁ/ ଆମେ ବୁଝିପାରୁ ଏବଂ ସହମତ ଯେ ଏହି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବାର ଅର୍ଥ ନୁହେଁ ଯେ ଅନୁରୋଧ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରାଯିବ । ମୁଁ/ ଆମେ ବୁଝୁଛୁ ଯେ ନୀତି ଅଧୀନରେ କୌଣସି ଦେୟ ନୀତି ରୁଚି ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ କଠୋର ଭାବରେ ହେବ । ଯେକୌଣସି ଦେୟ ଶେଷ ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ୍ ଦେୟ ହୃଦୟଙ୍ଗମ ଅଧୀନରେ ରହିବ। ଏହି ଘୋଷଣା ନାମାତ୍ମକ ଏକ ଫଟୋକପି ବୈଧ ଏବଂ ପ୍ରତ୍ଯାବଶ୍ୟକୀ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ।

I/We hereby authorize the physicians/doctors or hospitals, medical centers, who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Companies which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/ past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnostic 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 or after the policy was issued by PNB MetLife. A Photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଚିକିତ୍ସକ/ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନା, ଚିକିତ୍ସା କେନ୍ଦ୍ରକୁ ଅଧିକୃତ କରିଥିଲୁ, ଯେଉଁମାନେ ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ କୌଣସି ଆଲିମେଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଅସୁସ୍ଥତା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବାମା କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଉପସ୍ଥିତ କିମ୍ବା ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଥିଲେ ଯାହା ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି/ବୀମାଧାରୀ, ବର୍ତ୍ତମାନ/ଅତୀତର ନିଯୁକ୍ତିଦାତା କିମ୍ବା ଜୀବନ ବୀମାଧାରୀ, ଜନ୍ମ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ରେକର୍ଡିଂରୁ ବ୍ୟବହାରିକ ସହଯୋଗୀମାନଙ୍କୁ ପଲିସି ଜାରି କରିଥିଲା, ନିଦାନ କେନ୍ଦ୍ର ଯେଉଁଠିରେ ବୀମାଧାରୀ ଜୀବନ ମଧ୍ୟରେ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ/ଅପିସିଆଲ୍ /ବାମା ସମ୍ପର୍କୀୟ ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା କରାଯାଇଥିଲା ମୃତବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ର ଛିଟି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବିବରଣୀ ସମ୍ବନ୍ଧରେ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା ସୂଚନା କିମ୍ବା ଦସ୍ତାବିଜ ପ୍ରକାଶ କିମ୍ବା ଅଂଶାଦାର କରିବା ପାଇଁ ଯାହା ସେ ହାସଲ କରିଥାଇପାରନ୍ତି ଯାହା ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଦ୍ୱାରା ପଲିସି ଜାରି ହେବା ପୂର୍ବରୁ ଏବଂ ପରେ ସେ ହାସଲ କରିଥାଇପାରନ୍ତି। ଏହି ପ୍ରାଧିକାରଣ ଏକ ଫଟୋକପି ମୂଳ ପରି ପ୍ରତ୍ଯାବଶ୍ୟକୀ ଏବଂ ବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ।

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 / 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.

ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସମ୍ମତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ ଯେ ପିଏନବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ / ଆମଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥାଏ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ହାସଲ କରାଯାଇଥିବାରୁ ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛୁ, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ପିଏନବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧିତ କିମ୍ବା କଡ଼ିତ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେ ଖାଇସି ଦଲିଲ୍ ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅତ୍ୟୁକ୍ତ କରେ ପୁନଃ ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ରେଖଣ ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ / ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ/ କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ।

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

ମୂଳ ପଲିସି ବନ୍ଧ ଏବଂ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ବଦଳରେ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂରଣ / ଅଣ୍ଡରଟେକିଂ / ଖାରେକ୍ଟି ଏବଂ ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ

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. 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.

ମୁଁ କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଅପରିବର୍ତ୍ତନୀୟ ଭାବରେ ଦୃଢ଼ ନିଶ୍ଚିତ, ସ୍ୱୀକାର ଏବଂ ଉପସ୍ଥାପନା ଏବଂ ଦାୟିତ୍ୱଗ୍ରହଣ କରୁଛି ଯେ ମୂଳ ପଲିସି ବନ୍ଧ ପ୍ରତିଷ୍ଠିତ ଦିଆଯାଇ ନାହିଁ, ବନ୍ଧକ ରଖାଯାଇନାହିଁ, ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇନି ବା ଅନ୍ୟଥା କୌଣସି ପ୍ରତିକୂଳ ଗ୍ରହଣାଧିକାର, ଅଧିକାର, ପଲିସି ଧାରକ କିମ୍ବା ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏହା ଉପରେ ସୁଧ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରାଯାଇ ନାହିଁ ଏବଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ କମ୍ପାନୀ ଠାରୁ ଦାବିର ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ତୁରାନ୍ତ ଦେୟ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ ଏହାକୁ ଏକ ଖାରଜ ଏବଂ ଅନାନ୍ୟ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ଭାବରେ ନଷ୍ଟ କରିବାର ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛି। ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛି ଯେ ମୂଳ ପଲିସି ବନ୍ଧ କିମ୍ବା ଏଥିରେ ଥିବା ଉପସ୍ଥାପନା / ଖାରେକ୍ଟି ବ୍ୟବସ୍ଥା କାରଣରୁ ହେବାକୁ ଥିବା ସମସ୍ତ କ୍ଷତି ବା ଦାବି ଯାହା ଉତ୍ପନ୍ନ ହୁଏ ସେଥିପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ମୋ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂରଣ ହେବେ। ମୁଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି ଏବଂ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ସହମତ ଅଟେ ଯେ ମୋତେ, ନୋମିନି, ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ କିମ୍ବା ପଲିସିଧାରକ / ଜୀବନ ବୀମା ଧାରକଙ୍କ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀଙ୍କୁ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପରେ ଏହି ପଲିସି / ଗୁଡିକରୁ ଉତ୍ପନ୍ନ ସମସ୍ତ ବ୍ୟବସାୟକତାରୁ ଏହା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ମୁକ୍ତ ହେବ। ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ଏବଂ ସହମତ ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଯେକୌଣସି ଭୁଲ, ମିଥ୍ୟା, କିମ୍ବା ବିଭ୍ରାନ୍ତିକର କିମ୍ବା ନିଅଣ୍ଟ ସୂଚନା ଦାବିକୁ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରିପାରେ କିମ୍ବା ମୋ ଉପରେ କିମ୍ବା ମୋ ସମ୍ପତ୍ତି ଉପରେ ନାଗରିକ ଏବଂ ଅପରାଧିକ ଆର୍ଥିକ ଦେୟତା ଭିନ୍ନ ପରିସ୍ଥିତି ଅନୁଯାୟୀ ଖର୍ଚ୍ଚ ଏବଂ କ୍ଷତିପୂରଣ ସହିତ ଦାବି ଆୟର ଆଦାନ ହୋଇପାରେ।

Date / ତାରିଖ:

Place / ସ୍ଥାନ: _____

SIGN HERE
ଏଠାରେ ଦସ୍ତଖତ କରନ୍ତୁ

Signature of Claimant
ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

କଣେ ତୃତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କରାଯିବାକୁ ଥିବା ଘୋଷଣା

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in _____ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

ପଲିସିଧାରକ ତାଙ୍କର ଚିପଚିହ୍ନ ଲଗାଇଛନ୍ତି / ମାତୃଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି / ଆବେଦନପତ୍ର ପୂରଣ କରିନାହାଁନ୍ତି । ମୁଁ ଏଠାରେ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏହି ଆବେଦନ ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ପଲିସିଧାରକଙ୍କୁ ଗାଣ୍ଡରେ ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଇଛି ଏବଂ ମୋତେ ଦେଇଥିବା ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକୁ ବିଶ୍ୱସନୀୟତାର ସହିତ ଲିପିବଦ୍ଧ କରାଯାଇଛି । ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପଲିସିଧାରକ ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି / ତାଙ୍କର ଚିପଚିହ୍ନ ଦେଇଛନ୍ତି ।

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant: _____

ଘୋଷଣାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ନାମ: _____ ଘୋଷଣାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ସହିତ ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ସମ୍ପର୍କ: _____

Address: _____ Contact Number of Declarant: _____

ଠିକଣା: _____ ଘୋଷଣାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର: _____

Date / ତାରିଖ:

Place / ସ୍ଥାନ: _____

SIGN HERE
ଏଠାରେ ଦସ୍ତଖତ କରନ୍ତୁ

Signature of Third person
ତୃତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

Terms and Conditions:

ନିୟମ ଏବଂ ଶର୍ତ୍ତ:

- 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.
ପୂରଣ ହୋଇଥିବା ଦାବି ଫର୍ମ, ଆବଶ୍ୟକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ସହିତ ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଆମ୍ଭ କମ୍ପାନି ଦ୍ୱାରା ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର ଭାବରେ ବିଚାର କରାଯିବ ନାହିଁ। କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ / ମଧ୍ୟୁତାକାରୀ କମ୍ପାନି ତରଫରୁ କୌଣସି ପ୍ରକାରେ ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ହୋଇନଥାନ୍ତି କିମ୍ବା ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ ନୁହେଁ।
- 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.
ନିମ୍ନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଆବଶ୍ୟକୀୟ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ତତ୍ତ୍ୱମେଣ୍ଡଗୁଡ଼ିକ ସହିତ ଏହି ଫର୍ମ ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ଦାଖଲ ଆମକୁ ଆପଣଙ୍କ ଦାବିକୁ ଦ୍ରୁତ ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ସକ୍ଷମ କରିବ। ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାବି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବା ଏବଂ/କିମ୍ବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ତତ୍ତ୍ୱମେଣ୍ଡଦାଖଲ ନକରିବା କାରଣରୁ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣରେ କୌଣସି ବିଳମ୍ବ ପାଇଁ ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ଦାୟୀ ହେବ ନାହିଁ।

Important Note: In case of any demand or favor asked by anyone including a company representative towards claim processing or settlement, the same should not be entertained and must be reported to the company immediately on the company's Email id: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଚିହ୍ନଟି: ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କିମ୍ବା ସମାଧାନ ବିଷୟରେ କମ୍ପାନୀ ପ୍ରତିନିଧିଙ୍କ ସମେତ ଯଦି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଅର୍ଥ ଦାବି କରନ୍ତି କିମ୍ବା ଅନୁଗ୍ରହ ମାଗନ୍ତି, ତେବେ ତାହାକୁ ପ୍ରଶ୍ନ ବିଆଣ୍ଡିବା ଉଚିତ୍ ନୁହେଁ ଏବଂ କମ୍ପାନୀର ଜମେଲ୍ ଆଇଡିରେ ତୁରନ୍ତ କମ୍ପାନୀକୁ ତାହା ରିପୋର୍ଟ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM
ଫର୍ମ ପୂରଣ କରିବା ପାଇଁ ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ

IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା (ଦୟାକରି ଫର୍ମ ପୂରଣ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ପଢନ୍ତୁ)

1. The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form.
ଫର୍ମ କେବଳ ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ ହେବା ଉଚିତ୍ । ଯଦି ଦାବିକର୍ତ୍ତା ଜଣେ ନାବାଳକ, ତେବେ ପିତାମାତା/ନିୟୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଫର୍ମ ପୂରଣ କରିପାରିବେ।
2. Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers.
ଏକାଧିକ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଦାବିଗୁଡ଼ିକ ରୋଜିଷ୍ଟ୍ରି ଫର୍ମ ପୂରଣ କରି ସମସ୍ତ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ପଲିସି ନମ୍ବର ପ୍ରଦାନ କରି ପଞ୍ଜିକରଣ କରାଯାଇପାରିବ।
3. In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant.
ଏକାଧିକ ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ପ୍ରତ୍ୟେକ ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ପାଇଁ ପୃଥକ୍ ଫର୍ମ ପୂରଣ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ।
4. Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in the same manner as you normally sign your cheque.
ଦୟାକରି ଘୋଷଣାମାନାକୁ ଧ୍ୟାନ ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ଦାବିକର୍ତ୍ତା ସେହି ଭଳି ଦାବି ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ଉଚିତ୍ ଯେପରି ଆପଣ ସାଧାରଣତଃ ଆପଣଙ୍କ ଟେକ୍ ରେ ଦସ୍ତଖତ କରନ୍ତି।
5. Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy.
ପଲିସିର ସମସ୍ତ ଚୁକ୍ତି ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ପୂରଣ ହେଲେ ହିଁ ଦାବି ରାଶି ଦେୟଯୋଗ୍ୟ ହେବ।
6. No fee or commission should be paid to anyone to process this claim.
ଏହି ଦାବିକୁ ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବା ପାଇଁ କାହାକୁ କୌଣସି ଶୁଳ୍କ କିମ୍ବା କମିଶନ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ ନାହିଁ।
7. Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the correspondence will happen through this only.
ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ ଯେ ଆପଣଙ୍କ ଠିକଣା, ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି ବର୍ତ୍ତମାନର ଅଟେ ଏବଂ ସକ୍ରିୟ ରହିଛି କାରଣ କେବଳ ଏହା ମାଧ୍ୟମରେ ହିଁ ଯୋଗାଯୋଗ କରାଯିବ।
8. Asterisk (*) refers to mandatory information.
ତାରା ଚିହ୍ନ (*) ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ସୂଚନାକୁ ସୂଚିତ କରେ।

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

ଗ୍ରାହକଙ୍କ ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର କପି-ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ଫର୍ମ

Policy No.: _____
ପଲିସି ନଂ:

Branch Name / Intimation Number: _____
ଶାଖା ନାମ/ସୂଚନା ନମ୍ବର:

Employee Name: _____
କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ:

Employee Signature: _____
କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ:

IRDAI Registration No. _____
(IRDAI ପଞ୍ଜିକରଣ ନଂ.)

Claimant Name: _____
ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ନାମ:

Claimant Client ID: _____
ଦାବିକର୍ତ୍ତା ଗ୍ରାହକଙ୍କ ଆଇଡି:

Date: _____
ତାରିଖ:

Employee Code: _____
କର୍ମଚାରୀଙ୍କ କୋଡ୍:

Branch Stamp
ଶାଖା ମୋହର

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)

ବୈଧ ପରିଚୟ ଏବଂ ଠିକଣା ପ୍ରମାଣଗୁଡ଼ିକର ତାଲିକା (ଦୟାକରି ଦାଖଲ ହୋଇଥିବା ତତ୍ତ୍ୱମେଣ୍ଡକୁ ଚିହ୍ନ କରନ୍ତୁ)

PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)

ଫଟୋ ପ୍ରମାଣ (ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Claimant's PAN CARD
ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ପ୍ୟାନ୍ କାର୍ଡ | <input type="checkbox"/> Valid Passport
ବୈଧ ପାସପୋର୍ଟ |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
ଆଧାର କାର୍ଡ* | <input type="checkbox"/> Valid Driving License
ବୈଧ ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
ଫଟୋଗ୍ରାଫରେ ମୋହର ଲାଗିବା ସହିତ ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍ (6 ମାସରୁ ଅଧିକ ନୁହେଁ) ଆଇଡି | |
| <input type="checkbox"/> Card Issued by Central/State Govt. to employees
କର୍ମଚାରୀମାନଙ୍କୁ କେନ୍ଦ୍ର/ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କାର୍ଡ | |
| <input type="checkbox"/> Any other Central/State Govt. issued ID
ଅନ୍ୟ କୌଣସି କେନ୍ଦ୍ର/ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କାର୍ଡ | |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
ଭୋଟର ଆଇଡି କାର୍ଡ | |

ADDRESS PROOF (ANY ONE)

ଠିକଣା ପ୍ରମାଣ (ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Valid Passport
ବୈଧ ପାସପୋର୍ଟ |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
ଭୋଟର ଆଇଡି କାର୍ଡ |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
ଆଧାର କାର୍ଡ* |
| <input type="checkbox"/> Valid Driving License
ବୈଧ ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old)
ଫଟୋଗ୍ରାଫରେ ମୋହର ଲାଗିବା ସହିତ ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍ (6 ମାସରୁ ଅଧିକ ନୁହେଁ) |

*I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd

•ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଜନସ୍ୱୀକାର କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା କେଉଁକିଛି ଅନୁପାଳନ ବିଷୟରେ ପରିଚୟ ଯାଞ୍ଚ କରିବା ପାଇଁ ମୁଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଭାବରେ ମୋର ଆଧାର ବ୍ୟବହାର କରିବାକୁ ସମ୍ମତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛି।

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

ଟିପ୍ପଣୀ: ବାବିକର୍ମାଙ୍କ NEFT ଆଦେଶ/ ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ବିବରଣୀ

- A cancelled personalized cheque with the account no. and IFSC should be submitted along with the NEFT mandate. If the cheque is not personalized, a latest bank statement or copy of passbook (where account number and IFSC is mentioned) needs to be submitted with the mandate.

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ସହିତ ଏକ ବାଟିକ୍ ହୋଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଚେକ୍ ଏବଂ NEFT ଆଦେଶ ସହିତ IFSC ଦାଖଲ କରାଯିବା ଉଚିତ୍ । ଯଦି ଚେକ୍ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ହୋଇନାହିଁ, ତେବେ ସର୍ବଶେଷ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ କିମ୍ବା ପାସବୁକ୍ ର ଏକ କପି (ଯେଉଁଠାରେ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଏବଂ IFSC ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଛି) ଆଦେଶ ସହିତ ଦାଖଲ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ ।

- This mandate, upon processing, will override any of the previously tagged NEFT mandates for all policies, held by the client with PNB MetLife Insurance Co.Ltd.

ଏହି ଆଦେଶ, ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ପରେ, ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ସହିତ ଗ୍ରାହକଙ୍କର ରହିଥିବା ସମସ୍ତ ପଲିସି ପାଇଁ ପୂର୍ବରୁ ଚ୍ୟାନ୍ ହୋଇଥିବା NEFT ଆଦେଶ ଅଗ୍ରାହ୍ୟ ହେବ ।

- In case of NEFT failure or any further requirements pending on the mandate, payout will be kept on hold till fresh NEFT mandate is received. Intimation will be sent to you for the same.

NEFT ବିଫଳତା କିମ୍ବା ଆଦେଶ ଉପରେ ବିଚାରାଧୀନ କୌଣସି ଆବଶ୍ୟକତା କ୍ଷେତ୍ରରେ, ନୂତନ NEFT ଆଦେଶ ଗ୍ରହଣ ନ ହେବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଦେୟ ରାଶି ରଖାଯିବ । ଏଥିପାଇଁ ଆପଣଙ୍କୁ ସୂଚନା ପଠାଯିବ ।

*Refund to NRE account (full or proportionate) will be subject to ratio of premium(s) paid through NRE Account. Please submit a Bank Statement or Bank Confirmation letter as evidence for premium(s) paid through NRE account.

*NRE ଆକାଉଣ୍ଟକୁ ଅର୍ଥ ଫେରସ୍ତ (ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ କିମ୍ବା ଆନୁପାତିକ) NRE ଆକାଉଣ୍ଟ ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମ୍ (ଗୁଡିକ)ର ଅନୁପାତ ଅନୁଯାୟୀ ହେବ । ଦୟାକରି NRE ଆକାଉଣ୍ଟ ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମ୍ (ଗୁଡିକ) ପାଇଁ ପ୍ରମାଣ ଭାବରେ ଏକ ବ୍ୟାଙ୍କ ଷ୍ଟେଟମେଣ୍ଟ କିମ୍ବା ବ୍ୟାଙ୍କ ନିଶ୍ଚିତକରଣ ପତ୍ର ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ ।

In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.

ଆନୁପାତିକ ଦେୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଦୟାକରି ଦୁଇଟି NRE ଆଦେଶ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଅର୍ଥାତ୍ NRE ଆକାଉଣ୍ଟ ଏବଂ ଅଣ-NRE ଆକାଉଣ୍ଟ ପାଇଁ ।

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 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

ପିଏବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱାର୍ସ, 26/27 ଏମ୍ ଜି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଇନ୍ଦିୟା ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ୍ ଅଫିସରଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରୋଗାଁ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

BEWARE OF SPURIOUS / FRAUD PHONE CALLS: IRDAI is not involved in activities like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums. Public receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint.
 ନକଲି / ଶଠଚାପୁର୍ଣ୍ଣ ଫୋନ୍ କଲ୍ ପ୍ରତି ସାବଧାନ: ଆଇଆରଡିଏଆଇ ବୀମା ପଲିସି ବିକ୍ରୟ, ବୋନସ୍ ଘୋଷଣା କିମ୍ବା ପ୍ରିମିୟମ୍ ବିନିଯୋଗ ପରି କାର୍ଯ୍ୟକଳାପରେ ଜଡିତ ନୁହେଁ । ଏହିପରି ଫୋନ୍ କଲ୍ ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ପୋଲିସରେ ଅଭିଯୋଗ କରିବାକୁ ଅନୁରୋଧ ।