

## Claimant Statement for Credit Life Claims

### କ୍ଲେଜିଭ୍ ଲାଇଫ୍ କ୍ଲେମ୍ ପାଇଁ ଦାବିଦାରଙ୍କର ବକ୍ତବ୍ୟ

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy  
ଦାବିଦାରଙ୍କର ବକ୍ତବ୍ୟ ଫର୍ମ ଏହି ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଦାବିଦାର/ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନିଯୁକ୍ତି ବ୍ୟକ୍ତି/ ଆଇନତଃ ଅଧିକୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ।

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only  
ଏହି ଫର୍ମ କେବଳ ଗୋଟିଏ ରଙ୍ଗରେ ଜଣେ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଗୋଟିଏ କାଳିରେ ପୂରଣ କରାଯିବ।

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below  
ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ସମସ୍ତ ଦଲିଲ "ଦାବି ଅନୁଷ୍ଠାନ"କୁ ନିମ୍ନରେ ପୃଷ୍ଠାରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଥିବା ଅନୁଯାୟୀ ପଠାଯିବା ଉଚିତ୍।

All supporting documents to be self - attested by nominee  
ସମସ୍ତ ସହାୟକ ଦଲିଲ୍ ନୋମିନିଟ୍ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୟଂ ସତ୍ୟାପିତ କରାଯିବ।

Documents to be Submitted ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା	
Mandatory Documents ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲଗୁଡ଼ିକ	Additional documents* to be submitted ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା * ଅତିରିକ୍ତ ଦଲିଲଗୁଡ଼ିକ
<p>1. Copy of death certificate issued by local municipal authority ସ୍ଥାନୀୟ ମ୍ୟୁନିସିପାଲ୍ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ମୃତ୍ୟୁ ସାର୍ତ୍ତିକେତର ନକଲ</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ତ୍ତିକେତର (ପରିବାର ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କଠାରୁ)</p> <p>3. Original policy document ମୂଳ ପଲିସି ଦଲିଲ</p> <p>4. Current address proof ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା ପ୍ରମାଣ</p> <p>5. Photo identity proof ଫଟୋ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍/ ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍ ନକଲ</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party ଦାବି ସୂଚନା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ ଦ୍ୱାରା ଗ୍ରହଣ ହୋଇଥିବା ଘଟଣାରେ ଦାବିଦାରଙ୍କଠାରୁ ଅଧିକାରଣ ପତ୍ର</p> <p>8. Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official ବକେୟା ରଶ ବକ୍ତବ୍ୟ ଯେପରି ଭାବରେ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ଭାବରେ ବ୍ୟାଙ୍କ ସିଲ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସତ୍ୟାପିତ</p>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> <b>ମୃତ୍ୟୁର ପ୍ରକୃତି/ଅସୁସ୍ଥତା କାରଣରୁ ମୃତ୍ୟୁ</b></p> <p>1. Complete Medical records (Admission notes &amp; Discharge / Death summary &amp; Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ (ଦାଖଲ ସୂଚନା ଏବଂ ନିଷ୍କୃତି / ମୃତ୍ୟୁ ସାରାଂଶ ଏବଂ ପରୀକ୍ଷା/ଅନୁସନ୍ଧାନ ରିପୋର୍ଟ ଇତ୍ୟାଦି) ଅତୀତରେ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ମୃତ୍ୟୁ ସମୟରେ</p> <p><b>Accidental Death</b> <b>ଦୁର୍ଘଟଣାକ୍ରମିତ ମୃତ୍ୟୁ</b></p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ଏଫ୍.ଆଇ.ଆର୍., ପଞ୍ଚନାମା, ବ୍ୟବଚ୍ଛେଦ ରିପୋର୍ଟ, ପୋଷ୍ଟମର୍ଟମ ରିପୋର୍ଟ</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) ଶ୍ରଦ୍ଧାଞ୍ଜଳି/ଖବର କାଗଜ କଟିଂ (ଯଦି ଉପଲବ୍ଧ ରହିଥାଏ)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ଭିସେରା/ରାସାୟନିକ ସମୀକ୍ଷା ରିପୋର୍ଟ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ)</p> <p>4. Final police investigation report ବୃତ୍ତାନ୍ତ ପୋଲିସ୍ ତଦନ୍ତ ରିପୋର୍ଟ</p>

\*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required.  
\* ଯିଏଦି ଯେଉଁ କ୍ଲେମ୍ ଫର୍ମ ଆବଶ୍ୟକ ହୁଏ ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ଦଲିଲ୍/ପ୍ରମାଣ ମଗାଇବାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ ରଖେ।

1. POLICY NUMBER/S \_\_\_\_\_  
ପଲିସି ନମ୍ବରଗୁଡ଼ିକ \_\_\_\_\_

### 2. DETAILS OF THE CLAIMANT ଦାବିଦାରଙ୍କର ବିବରଣୀ

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: 

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

 Gender:  Male  Female  
 ନାମ: \_\_\_\_\_ ଜନ୍ମ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_ ଲିଙ୍ଗ:  ପୁରୁଷ  ମହିଳା

Relationship with Life Insured: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_  
 ଜୀବନ ବୀମା ସହିତ ସମ୍ପର୍କ: \_\_\_\_\_ ମୋବାଇଲ୍/ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ୍ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_  
 ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Pin Code: \_\_\_\_\_  
 ସହର: \_\_\_\_\_ ରାଜ୍ୟ: \_\_\_\_\_ ପିନ୍ କୋଡ୍: \_\_\_\_\_

Email ID: \_\_\_\_\_  
 ଇମେଲ୍ ଆଇଡି: \_\_\_\_\_

PAN No./ Form 60: \_\_\_\_\_ \*Aadhaar number: 

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

  
 ପ୍ୟାନ ନଂ./ ଫର୍ମ 60: \_\_\_\_\_ \*ଆଧାର ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_

\*Only last 4 digits to be mentioned.  
କେବଳ ଶେଷ 4 ଅଙ୍କ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ।

### 3. BANKING DETAILS ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ

Bank Account No.: \_\_\_\_\_ Account holder name: \_\_\_\_\_  
 ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_ ଖାତାଧାରକର ନାମ: \_\_\_\_\_

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Address of the Bank: \_\_\_\_\_  
 ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ: \_\_\_\_\_ ବ୍ୟାଙ୍କର ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
 ରାଜ୍ୟ: \_\_\_\_\_ ପିନ୍ କୋଡ୍: \_\_\_\_\_

MICR:

IFSC:

ଏମ୍ଆଇଆଇଆର୍:

ଆଇଏଫଏସସି:

4. LIFE INSURED DETAILS

ଜୀବନ ବୀମା ବିବରଣୀ

Name of the life insured: \_\_\_\_\_ Date of Death:

ଜୀବନବୀମାକୁଳଙ୍କର ନାମ: \_\_\_\_\_ ମୃତ୍ୟୁର ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

Time of Death:  AM/PM

Place of Death:  Home  Hospital  Office  
 Others (please Specify Others / Hospital name) \_\_\_\_\_

ମୃତ୍ୟୁର ସମୟ:

ଦିନ/ରାତି

ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ:  ଗୃହ  ହସ୍ପିଟାଲ  କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ

ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି/ଅନ୍ୟ ହସ୍ପିଟାଲ ନାମ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ) \_\_\_\_\_

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

ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ:  ହୃଦ୍‌ଫଳ  ହତ୍ୟା  ଆତ୍ମହତ୍ୟା  ପ୍ରାକୃତିକ  ଅସୁସ୍ଥ  ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି ଦର୍ଶାନ୍ତୁ) \_\_\_\_\_

5. NATURE OF ILLNESS & HABITS

ଅସୁସ୍ଥତା ଏବଂ ଅଭ୍ୟାସର ପ୍ରକୃତି

Date of Diagnosis

ଚିକିତ୍ସାକରଣର ତାରିଖ

Hypertension  Diabetes  Asthma  IHD  Malignancy  Others (please specify) \_\_\_\_\_

ରକ୍ତଚାପ  ଡାଇବେଟିସ  ଆସ୍ଥମା  ଆଇଏଚ୍‌ଡି  ମାଲିଗ୍ନାନ୍ସି  ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି ଦର୍ଶାନ୍ତୁ) \_\_\_\_\_

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs- if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_

Quantity consumed \_\_\_\_\_ (Per-Day/Week/Month).

ଧୂମପାନ କରିବା  ଆଲକୋହଲ  ଡ୍ରାଗ୍ସ  ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ- ଯଦି ହଁ, କେତେ ବର୍ଷ ହେଲା ସେବନ \_\_\_\_\_

କରୁଛନ୍ତି ସେବନ କରୁଥିବା ପରିମାଣ \_\_\_\_\_ (ଦିନ/ସପ୍ତାହ/ମାସ ପିଛା)

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

ନିଯୁକ୍ତିଦାତା/ବ୍ୟବସାୟ/ବୃତ୍ତି ବିବରଣୀ

Last Employer's name/Business/Occupation: \_\_\_\_\_

ଗତ ନିଯୁକ୍ତିଦାତାଙ୍କର ନାମ/ବ୍ୟବସାୟ/ବୃତ୍ତି: \_\_\_\_\_

Nature of work/designation: \_\_\_\_\_

କାର୍ଯ୍ୟର ପ୍ରକୃତି/ପଦ: \_\_\_\_\_

Employment/Business/Occupation Address: \_\_\_\_\_

ନିଯୁକ୍ତି / ବ୍ୟବସାୟ/ବୃତ୍ତି ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_

ରାଜ୍ୟ: \_\_\_\_\_ ପିନ୍ କୋଡ୍: \_\_\_\_\_ ମୋବାଇଲ୍/ଲାଇନ୍ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_

7. NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL/DOCTORS/HOSPITAL WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEDING THE DEATH

ସମସ୍ତ/ଡାକ୍ତର/ହସ୍ପିଟାଲ ନାମ ଯେଉଁଠାରେ ମୃତ୍ୟୁ ପୂର୍ବର 5 ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ ଜୀବନ ବୀମାକୁଳଙ୍କର ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଥିଲା ସେଗୁଡ଼ିକର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ

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

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

ବୀମାକୁଳଙ୍କ ଜୀବନର ଅନ୍ୟ ଜୀବନ ବୀମା ନୀତିର ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ

Name of Life Insurance Company ଜୀବନବୀମା କମ୍ପାନୀର ନାମ	Policy Number/s ପଲିସି ନମ୍ବର/ଗୁଡ଼ିକ	Policy Commencement Date ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	Coverage Amount (Rs.) ବୀମା ପୁରଣା ପରିମାଣ (ଟ.)	Claim Submitted ବାଖଲ କରାଯାଇଥିବା ତାରିଖ

Declaration and Authorization

ଘୋଷଣାକାରୀ ଏବଂ ପ୍ରାଧିକାରଣ

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.

ମୁଁ/ଆମେ, ଉପର ନାମିତ ଦାବିଦାର (ବୁଦ୍ଧ) ଏକକ ଭାବରେ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରେ ବିଆଯାଇଥିବା ଉତ୍ତର ଏବଂ ବକ୍ତବ୍ୟ ସବୁ ତ୍ରୁଟିରୁ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସଠିକ୍ ଏବଂ ଆମେମାନେ ଏହା ସହିତ ସମ୍ମତ କରୁଛୁ ଯେ ଦାବି ଦାଖଲ କରିବା ପିଏନ୍‌ଡି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ କୌଣସି ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର କରିବା କିମ୍ବା କୌଣସି ଅଧିକାର ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିବାକୁ ସୂଚିତ କରେ ନାହିଁ।

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 loan availed by him/her from \_\_\_\_\_

Bank/GPH, I request you to pay Rs. \_\_\_\_\_ to Bank/GPH towards the loan outstanding as on the date of death. Any balance after payment of the outstanding may be paid in my name.

ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଡାକ୍ତର/ଡିକିସ୍ କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନା, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କେନ୍ଦ୍ରଗୁଡ଼ିକୁ ଯେ କି ଉପର ବର୍ଣ୍ଣିତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି/ବାମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତା କିମ୍ବା ରୋଗ ପାଇଁ ଦେଖାଶୁଣା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ପରୀକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି କମ୍ପାନୀ ଯେ କି ଉପର ବର୍ଣ୍ଣିତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି/ବାମା ଭୁକ୍ତ ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟ କରିଛନ୍ତି, ବର୍ତ୍ତମାନ/ଅତୀତର ନିଯୁକ୍ତିଦାତା କିମ୍ବା ବାମାଭୁକ୍ତଙ୍କର ବ୍ୟବସାୟ ସହଯୋଗୀ, ଜନ୍ମ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ରେକର୍ଡ୍, ନିଦାନ କେନ୍ଦ୍ର ଯେଉଁଠାରେ ଜୀବନବାମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ/ଔପଚାରିକ/ବାମା ସମ୍ପର୍କିତ ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା କରାଇଥିଲେ। ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବିବରଣୀ ଯାହାକି ସେମାନେ ପିଏନ୍‌ଡି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ଦ୍ୱାରା ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟ କରାଯାଇଥିବା ପରେ ବା ପୂର୍ବରୁ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ ତାହା ପ୍ରକାଶ କରିବା ପାଇଁ ରେକର୍ଡରେ ସଂଲଗ୍ନ କରିବା ପାଇଁ କିମ୍ବା ଅଂଶୀଦାର କରିବା ପାଇଁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛି/କରୁଛି। ପ୍ରାଧିକାରଣର ଏକ ଫଟୋ କିମ୍ବା ପିକ୍ଚ, ମଧ୍ୟ ମୂଳ କପି ସତ୍ତ୍ୱେ ପ୍ରକାଶକାରୀ ଓ ବୈଧ ଭାବରେ ବିଚାରଣୀୟ ହେବ । ଯେହେତୁ ବର୍ଣ୍ଣିତ ବ୍ୟକ୍ତି ସୁଧିଆ ହାସଲ କରିଥିଲେ ସ୍ୱର୍ଗତ \_\_\_\_\_ ଏହି ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ, ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ନିଆଯାଇଥିବା ବକେୟା ପରିମାଣକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବା ପାଇଁ, କୌଣସି \_\_\_\_\_ ବ୍ୟାଙ୍କ/କ୍ରିପିଏଚ୍.ଓ.ଏ. ମୁଁ ଆପଣଙ୍କୁ ଅନୁରୋଧ କରୁଛି ଯେ ଫେଡ଼ କରିବାକୁ ଟ. \_\_\_\_\_ ବ୍ୟାଙ୍କ/କ୍ରିପିଏଚ୍.ଓ.ଏ. ଏହି ବକେୟା ରାଶି ବାବଦକୁ ଯାହାକି ତାଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖରେ ବକେୟା ରହିଛି। ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବକେୟା ପରିମାଣ ଏହା ପରିଶୋଧ କରିବା ପରେ ମୋ ନାମରେ ଫେଡ଼ କରାଯାଇପାରେ।

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 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 କରୁଛି ଯେ ପିଏନ୍‌ଡି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ କିମ୍ବା ମୋଠାରୁ/ଆମଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା (ଏହି ବକ୍ତବ୍ୟରେ ରହିଥିବା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ହାସଲ କରାଯାଇଥିବା) ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛି, ଯାହାକି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି/ଅନୁଷ୍ଠାନ/ପିଏନ୍‌ଡି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟରତ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଜଡ଼ିତ ହୋଇପାରେ, ତାହାର କେ ଓଲାଇସି ଦଲିଲ୍ ହୋଇପାରେ, ଯାହାକି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରେ ପୁନଃ ବ୍ୟାପାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ଭେଣ୍ଡର ଏବଂ ସହଯୋଗୀ ଶିଳ୍ପ/ସଂଘ, ଅତିରିକ୍ତ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଏହି ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ହୋଇପାରେ।

Signature/ Left Thumb impression of Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

ଦାବିଦାରଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଡିପ୍ ଟିପ୍ \_\_\_\_\_ ତାରିଖ \_\_\_\_\_

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)

ଏହି ଦାବି ପତ୍ର ପୂରଣ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା । (ଦାବି ପତ୍ର ଆବେଦନ ପତ୍ର ଠାରୁ ଭିନ୍ନ ଏକ ଭାଷାରେ ପୂରଣ/ସ୍ୱାକ୍ଷର ହେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ)

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

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ଦାବି ପତ୍ରର ବିଷୟ ବସ୍ତୁ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବୁଝାଯାଇଥିବା ଏକ ଭାଷାରେ ଦାବିଦାରଙ୍କୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛି । ତାହା ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଅନୁଯାୟୀ ରେକର୍ଡ୍ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଉକ୍ତ ସ୍ୱରରେ ପଢ଼ାଯାଇଛି ଏବଂ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ସ୍ୱୀକୃତି କରାଯାଇଛି।

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

ଏହି ଫର୍ମ ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ଏଠାରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଦାବିରେ ଏହାର ସ୍ୱରୂପ ଭଲଭାବରେ ବୁଝିଛି

Table with 4 columns: DATE, PLACE, Signature of the Declarant, Signature / Left thumb Impression. Includes fields for Name of Witness, Address of Witness, Date, and Place.

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ସ୍ଲିପ୍

Form fields for Policy number(s), Name of claimant, Branch name & code, Date, Employee name & Code.

Company Seal & Stamp with Date and time. ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ ସହ କମ୍ପାନୀ ସିଲ୍ ଏବଂ ଷ୍ଟାମ୍ପ

Documents Submitted section with checkboxes for Original Policy Document, Claimant's photo identity proof, Claimant's Current address Proof, Cancelled cheque / Copy of bank passbook, Copy of death certificate issue by local municipal authority, Medical Documents (if any), Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor), Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party, Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official.

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.

ଏହି ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର ପତ୍ର ଦାବି ଗ୍ରହଣ କରାଯିବାର ସ୍ୱୀକୃତି ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବା ଉଚିତ୍ ନୁହେଁ । କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରିବା ସମ୍ପର୍କରେ ନିଶ୍ଚିତ ନେବା ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ, ସୂଚନା ଏବଂ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆବଶ୍ୟକ ଜିନିଷ ମଗାଇ ବାର ସମସ୍ତ ଅଧିକାର ରହିଛି ।

**Terms and Conditions:**

**ବର୍ତ୍ତମାନ ନିୟମାବଳୀ:**

- 1) The submission of the filled up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be constructed 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 ଆମ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ୱ ସ୍ୱୀକାର ଭାବରେ ବିଚାର କରାଯିବ ନାହିଁ। କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ/ମଧ୍ୟସ୍ଥତାକାରୀ କମ୍ପାନୀ 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.  
ଆବଶ୍ୟକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ସହିତ ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଅନୁଯାୟୀ ଏହି ଫର୍ମ ଆଗୁଆ ଦାଖଲ କଲେ ଆମେମାନେ ଆପଣଙ୍କ ଦାବି ଶୀଘ୍ର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରିବାକୁ ସକ୍ଷମ ହେବୁ। ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାବି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବା ଏବଂ/କିମ୍ବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦଲିଲ୍ ଦାଖଲ ନକରିବା କାରଣରୁ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣରେ କୌଣସି ବିଳମ୍ବ ପାଇଁ ପିଏନଏଲ୍ ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ଦାୟୀ ହେବ ନାହିଁ।

**For Office Use Only**  
**କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ**

Branch to Affix the **date and time stamp** here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate

ଶାଖା ଏଠାରେ ମୁଖ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ଓଏଭି/ଏସଭିର ବିବରଣୀ ସହିତ ତାରିଖ ଓ ସମୟ ପକାଇବେ ଏବଂ ମୋହର ମାରିବେ, ଶାଖା ସେବା ସହଯୋଗୀଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର।

Application No.: \_\_\_\_\_

ଆପ୍ଲିକେସନ୍ ନମ୍ବର : \_\_\_\_\_

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

ଦାବିଗୁଡ଼ିକ ସହିତ ଏଠାରେ ତାରିଖ ପକାଇ ସିଲ୍ ବା ମୋହର ଲଗାଯିବ।  
(ସମୟ, ଯଦି ସିଧାସଳଖ ଭାବରେ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥାଏ)

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ପିଏନଏଲ୍ ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍  
ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱାର୍ସ, 26/27 ଏମ୍ ଜି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉନ୍ନତ୍ତମ ବର୍ଣ୍ଣପତ୍ର ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117, ସିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ ବଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ  
1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର୍ ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

# Credit Account Statement Form

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

## କ୍ରେଡିଟ ଆକାଉଣ୍ଟ ବିବରଣୀ ଫର୍ମ

(ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଭାବରେ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

S No. କ୍ରମିକ ସଂଖ୍ୟା	Particulars ବିବରଣୀ	Filled by GPH ଜିପିଏଚ୍‌ସି ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଇଥାଏ।
1	Name of the Group Master Policy Holder ଗ୍ରୋଷ୍ଟା ମୁଖ୍ୟ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କର ନାମ	
2	Group Master Policy Number ଗ୍ରୋଷ୍ଟା ମୁଖ୍ୟ ପଲିସି ନମ୍ବର	
3	Name of Insured Member ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ନାମ	
4	Risk-commencement Date ବିପଦର ଆଶଙ୍କା ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	
5	Sum Assured ବୀମା ରାଶି	
6	Original amount of Loan ରଣର ମୂଳରାଶିର ପରିମାଣ	
7	Outstanding Loan balance amount as on the date of death ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ଅନୁଯାୟୀ ବକେୟା ରଣ ପରିମାଣ	
8	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) ବକେୟା ଦାବି ପରିମାଣ (ବୀମା ରାଶି ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖରେ ବକେୟା ପରିମାଣ ମଧ୍ୟରେ ପାର୍ଥକ୍ୟ)	
9	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) ରଣ ବାବଦକୁ ମୁଖ୍ୟ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କରାଯାଇଥିବା ଆଦାୟର ବିବରଣୀ (ରଣ ଖାତାରେ କର ଯାଇଥିବା ଡେବିଟ୍ ଓ କ୍ରେଡିଟ୍ ଏଣ୍ଟ୍ରିଗୁଡ଼ିକ)	

We hereby declare that the below mentioned information's are verified for accuracy.

ଆମେନାମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ନିମ୍ନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂଚନାଗୁଡ଼ିକର ସଠିକତା ଯାଞ୍ଚ କରାଯାଇଛି।

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କର ଷ୍ଟାମ୍ପ, ତାରିଖ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

ପିଏଚ୍‌ସି ମେଟଲାଇଫ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ ଦାୟିତ୍ୱାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍. ଜି. ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ ଇଣ୍ଡିଆ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ୍ ନମ୍ବର 117, ସିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ ବଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ  
1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରୋଗାଂ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203