

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

ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ପାଇଁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବୃତି (ସ୍ୱୟଂସଞ୍ଜି ଏବଂ ଆଫିନିଟି)

Group Policy Number ଗ୍ରୁପ୍ ପଲିସି ନମ୍ବର											
Group Policy Holder Name ଗ୍ରୁପ୍ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ନାମ											
Member number ସଦସ୍ୟ ସଂଖ୍ୟା											
Date of Joining the Policy ପଲିସି ଯୋଗ ଦେବାର ତାରିଖ											
Certificate Number ପ୍ରମାଣନ ସଂଖ୍ୟା											
Loan disbursement date ରଣ ବିତରଣ ତାରିଖ											
Outstanding loan as of date of death of member ସଦସ୍ୟଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ବକେୟା ରଣ											
Details of the Insured Member:											
ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିବରଣୀ:											
Full name ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ											
Residential Address ଆବାସ ଠିକଣା											
<input type="checkbox"/> Form 60 ଫର୍ମ 60	<input type="checkbox"/> PAN No. ପ୍ୟାନ ନଂ. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Gender ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> Male ପୁରୁଷ <input type="checkbox"/> Female ମହିଳା										
	Age at death: ମୃତ୍ୟୁ ସମୟରେ ବୟସ:										
Nature of occupation ପେଶାର ପ୍ରକାର											
Date of birth (as per records) ଜନ୍ମ ତାରିଖ (ରେକର୍ଡ ଅନୁଯାୟୀ)											
Date of death and Time of Death ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ସମୟ											
Cause of death ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ											
Place of death ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ											
In case of death due to illness											
ଅସୁସ୍ଥତା ଯୋଗୁଁ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଥିଲେ											
When and where did the insured member give first indication of falling ill ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟ କେବେ ଏବଂ କେଉଁଠାରେ ଅସୁସ୍ଥ ହେବାର ପ୍ରଥମ ସୂଚନା ଦେଇଥିଲେ											
Date and type of illness ତାରିଖ ଏବଂ ଅସୁସ୍ଥତାର ପ୍ରମାଣ											

Treatment given ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା	
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness ଶେଷ ଅସୁସ୍ଥତା ସମୟରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ପରାମର୍ଶ କରିଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness ଶେଷ ଅସୁସ୍ଥତା ସମୟରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ, ଠିକଣା	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents
ଦୁର୍ଘଟଣା ଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ: ଏଫ୍ଆଇଆର୍ ଏବଂ ପିଏମ୍ଆର୍ (ଜିପିଏଚ୍ଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ) ଦାବି ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ସହିତ ଦାଖଲ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ ।

Date and Time of accident ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ	
Details of accident ଦୁର୍ଘଟଣାର ବିବରଣୀ	
Address of Police Station to which the accident was reported ସେହି ପୋଲିସ୍ ଷ୍ଟେସନର ଠିକଣା ଯେଉଁଠି ଦୁର୍ଘଟଣା ରିପୋର୍ଟ କରାଯାଇଥିଲା	
FIR number ଏଫ୍ଆଇଆର୍ ନମ୍ବର	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ଶବ ବ୍ୟବହୃତ ପରିଚାଳିତ ହୋଇଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା	
Details of Claimant/Nominee ଦାବିଦାର/ନୋମିନିଙ୍କ ବିବରଣୀ	
Name of the claimant ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ	
Relationship with the insured and % of Share ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ ଏବଂ ଅଂଶଧନର %	
Address of the claimant ଦାବିଦାରଙ୍କ ଠିକଣା	
Contact details Email and phone number ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ ଇମେଲ୍ ଏବଂ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର	
Claimant/Nominee's Bank details ଦାବିଦାର/ନୋମିନିଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ	
Bank Name and complete address ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଠିକଣା	
Account type ଜମାଖାତା ପ୍ରକାର	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current ସଞ୍ଚୟ ଚାଲୁ
Bank account number ବ୍ୟାଙ୍କ ଜମାଖାତା ନମ୍ବର	
MICR code: ଏଫ୍ଆଇଆର୍ କୋଡ୍:	IFSC Code: ଆଇଏଫ୍ଏସ୍‌ସି କୋଡ୍:

Declaration from Claimant / Nominee

ଦାବିଦାର / ନୋମିନିଟ୍ ଠାରୁ ଘୋଷଣା

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.

ମୁଁ / ଆମେ _____ ଏଠାରେ ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ, ମୁଁ / ଆମେ ସ୍ୱର୍ଗତ ଶ୍ରୀ / ଶ୍ରୀମତୀଙ୍କର ନୋମିନି / ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ / _____ ଯିଏ ଉପରୋକ୍ତ ପଲିସିର ଜୀବନବୀମା ଭୁକ୍ତ ଅଟନ୍ତି ।

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.

ମୁଁ / ଆମେ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଅପରିବର୍ତ୍ତନୀୟ ଭାବରେ ସହମତ ଏବଂ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛୁ ଯେ, ପଲିସି ଅନୁଯାୟୀ ଦେୟ ରାଶି ପ୍ରଦାନ କରିବା ଦ୍ୱାରା ପିଏନ୍‌ଏଲ୍‌ଏ ଲେଭିଆ ଲନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଉପରୋକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବୀମା ସୁରକ୍ଷା ସମ୍ପର୍କରେ ଏହାର ସମସ୍ତ ଦାୟିତ୍ୱ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ମୁକ୍ତ ହେବ ଯାହାକି ଉପରୋକ୍ତ ପଲିସିରୁ ସୃଷ୍ଟି ହୋଇଛି । ମୁଁ / ଆମେ ଏଠାରେ ଚିକିତ୍ସକ / ଡାକ୍ତର / ମାନେ, ଡାକ୍ତରଖାନା, ଚିକିତ୍ସା କେନ୍ଦ୍ର ଇତ୍ୟାଦିଙ୍କୁ, ଯେଉଁମାନେ ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି / ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ କୌଣସି ରୋଗ କିମ୍ବା ଅସୁସ୍ଥତା ସମୟରେ ସହଯୋଗ ଦେଇଥିଲେ କିମ୍ବା ଯାଞ୍ଚ କରିଥିଲେ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଥିଲେ, ବୀମା କମ୍ପାନୀଗୁଡ଼ିକ ଯେଉଁମାନେ ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି / ବୀମାଭୁକ୍ତଙ୍କୁ ପଲିସି ଜାରୀ କରିଥିଲେ / ବର୍ତ୍ତମାନ / ଅତୀତର ନିଯୁକ୍ତିଦାତା କିମ୍ବା ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ବ୍ୟବସାୟିକ ସହଯୋଗୀ, ଜନ୍ମ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ରେକର୍ଡ୍ସ, ନିଦାନ କେନ୍ଦ୍ର ଯେଉଁଠାରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ / ସରକାରୀ / ବୀମା ସମ୍ପର୍କୀୟ ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା କରିଥିଲେ, ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା ସୂଚନା କିମ୍ବା ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ଯାହା ସେମାନଙ୍କ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ ଅଛି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ଯାହା ସେମାନେ ପିଏନ୍‌ଏଲ୍‌ଏ ଲେଭିଆ ଲେଭିଆ ପୂର୍ବରୁ କିମ୍ବା ପରେ ହାସଲ କରିଥାଇ ପାରନ୍ତି, ପ୍ରକାଶ କିମ୍ବା ବିନିମୟ କରିବା ନିମନ୍ତେ ଅନୁମତି ଦେଉଛୁ । ଏହି ଅଧିକାରୀଗୁଡ଼ିକର ଏକ ଫଟୋଗ୍ରାଫି ମୂଳ ପରି ବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ । ଯେହେତୁ ଉକ୍ତ ସୁରକ୍ଷା ସ୍ୱର୍ଗତ _____ କ ଦ୍ୱାରା ସେ _____ ବ୍ୟାଙ୍କ / ଆର୍ଥିକ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ / ଜିପିଏସ୍ ରୁ ନେଇଥିବା ରଣ ଅନୁଯାୟୀ ବକେୟା ଦେୟ ଏବଂ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଉପଲବ୍ଧ ହୋଇଥିଲା, ମୁଁ / ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ବକେୟା ରଣର ପରିଶୋଧ / ଆଂଶିକ ପରିଶୋଧ ଦିଗରେ ଆଡ଼କୁ ବ୍ୟାଙ୍କ / ଆର୍ଥିକ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ / ଜିପିଏସ୍ କୁ _____ ପୈଠ କରିବାକୁ ଅନୁରୋଧ କରୁଛୁ । ଉକ୍ତ ବକେୟା ପରିଶୋଧ ପରେ ଯେକୌଣସି ବକେୟା ରାଶି ମୋ / ଆମ ନାମରେ ପୈଠ କରାଯାଇପାରେ ।

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.

ମୁଁ / ଆମେ ଯେକୌଣସି ରାଶି ଫେରସ୍ତ କରିବାକୁ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛୁ ଯାହା ଯେକୌଣସି ସମୟରେ, କୌଣସି କାରଣରୁ ଏବଂ ଏହି ପ୍ରଭାବ ପାଇଁ ମୋ / ଆମ ଆକାଉଣ୍ଟକୁ ଅତିରିକ୍ତ ଭାବରେ ପଠାଯାଇଛି କିମ୍ବା ଯାହା ମୋ / ଆମ ପ୍ରାପ୍ୟ ନୁହେଁ । ମୁଁ ଏଠାରେ ପୁଷ୍ଟି କରୁଛି ଯେ ଏଠାରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ବିବରଣୀ ସବୁ ପ୍ରକାରେ ସତ୍ୟ, ସଠିକ୍ ଏବଂ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ । ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ପୁନଶ୍ଚ ପିଏନ୍‌ଏଲ୍‌ଏ ଲେଭିଆ ଲେଭିଆକୁ ପିଏନ୍‌ଏଲ୍‌ଏ ଲେଭିଆ ଲେଭିଆ ଦ୍ୱାରା ସଂଗୃହୀତ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ମୋର / ଆମର ଯେକୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ତଥା ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସୂଚନା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ସମ୍ମତ ଏବଂ ଅଧିକାରୀଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ (ଏହା ବିବୃତ୍ତିରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ପ୍ରାପ୍ତ) ଯାହା ସଂଶ୍ଳିଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ପିଏନ୍‌ଏଲ୍‌ଏ ଲେଭିଆ ଲେଭିଆ ନିୟୋଜିତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସେବା / ଏକକକୁ ମୋ / ଆମର କେଣ୍ଡାଲି ସମ୍ପାଦକ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିପାରେ ଯାହା ଦାବି ସମାଧାନରୁ ପରବର୍ତ୍ତୀ ସେବା ଯୋଗାଇବା ପାଇଁ ଏହାର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ନିମନ୍ତେ ପୁନଃ-ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ଏଜେଣ୍ଟ, ବିକ୍ରେତା ଏବଂ ଶିକ୍ଷ ସଂଗଠନ / ଫେଡେରେସନ୍ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇ ପାରନ୍ତି ।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s _____ Date: _____
ସ୍ୱାକ୍ଷର / ଦାବିଦାର / ମାନଙ୍କ ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଟି ଛାପ _____ ତାରିଖ : _____

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular

ଯେଉଁଠାରେ ଦାବିଦାର ତାଙ୍କ ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଟି ଛାପ ସଂଲଗ୍ନ କରିଛନ୍ତି / ଆଞ୍ଚଳିକ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଛନ୍ତି ସେଠାରେ ତୃତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରାଯିବ ଯେ ଏତଦ୍ୱାରା ମୁଁ ଘୋଷଣା କରେ ଯେ,

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.

ମୁଁ ଏହି ଆବେଦନ ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ _____ ଦାବିଦାର / ମାନଙ୍କୁ ସେମାନଙ୍କୁ ଜଣାଥିବା ଏକ ଭାଷାରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛି ଏବଂ ମୋତେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଉତ୍ତରକୁ ଠିକ୍ ଭାବରେ ରେକର୍ଡ୍ କରିଛି । ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରେ ଯେ ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଦାବିଦାରମାନେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି / ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଟି ଛାପ ସଂଲଗ୍ନ କରିଛନ୍ତି ।

Name: _____ Contact No. _____
ନାମ: _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ _____
Signature _____
ସ୍ୱାକ୍ଷର _____

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER

ମୁଖ୍ୟ ପଲିସି ଧାରକଙ୍କ ଠାରୁ ଘୋଷଣା

a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy ରାଶି ନିଶ୍ଚିତ ହୋଇଛି ଯାହା ପାଇଁ ଗ୍ରୁପ୍ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ	
b) Original amount of Loan ଉଣର ମୂଳ ପରିମାଣ	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ମୁଖ୍ୟ ପଲିସି ଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଉଣ ଦିଗରେ କରାଯାଇଥିବା ପରିଶୋଧର ବିବରଣୀ	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member ସଦସ୍ୟଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ବକେୟା ଥିବା ଉଣ ରାଶି	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ବକକା ଦାବି ରାଶି (ନାମିନୀଙ୍କୁ ଦେୟ ରାଶି)	

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.

ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ, ସ୍ୱର୍ଗତ, ଯାହାଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଏଠାରେ ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି, ସେ ଉପରୋକ୍ତ ଗ୍ରୁପ୍ ପଲିସିର ସଦସ୍ୟ ଥିଲେ । ଆମେ ଏଠାରେ ପୁଷ୍ଟି କରୁଛୁ ଯେ ଏପରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ବିବରଣୀ ସବୁ ପ୍ରକାରେ ସତ୍ୟ, ସଠିକ୍ ଏବଂ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ । ଆମେ ଯେକୌଣସି ରାଶି ଫେରସ୍ତ ଦେବାର ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛୁ ଯାହା ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ, କୌଣସି କାରଣରୁ ଆମ ଆକାଉଣ୍ଟକୁ ଅତିରିକ୍ତ ଭାବରେ ପଠାଯାଇଛି କିମ୍ବା ଯାହା ଆମର ପ୍ରାପ୍ୟ ନୁହେଁ ।

Verified & Recommended by

ଏହାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଯାଞ୍ଚ ଏବଂ ଅନୁମୋଦନ ହୋଇଛି

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ଗ୍ରୁପ୍ ପଲିସି ଧାରକଙ୍କ ନାମ [କମ୍ପାନୀ ମୋହର]

Name:

ନାମ:

Date:

ତାରିଖ:

Signature of the official

ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର