

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

ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ପାଇଁ ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବୃତି (ଏସ୍‌ଏସ୍‌ଜି 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 disbursal date ରଣ ବିତରଣ ତାରିଖ			
Outstanding loan as of date of death of member ସଦସ୍ୟଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ପୁଞ୍ଜା ବକେୟା ରଣ			
Details of the Insured Member: ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିବରଣୀ:			
Full name ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ			
Residential Address ଆବାସ ଠିକଣା			
PAN No./ Form 60 ପ୍ୟାନ ନଂ./ ଫର୍ମ 60			
Gender ଲିଙ୍ଗ	Male ପୁରୁଷ	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	<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"/> ଦୁର୍ଘଟଣା <input type="checkbox"/> ହତ୍ୟା <input type="checkbox"/> ଆତ୍ମହତ୍ୟା <input type="checkbox"/> କୋଭିଡ୍ 19 <input type="checkbox"/> ପ୍ରାକୃତିକ ବିପର୍ଯ୍ୟୟ <input type="checkbox"/> ହୃଦରୋଗ <input type="checkbox"/> କିଡନୀ ରୋଗ <input type="checkbox"/> ଯକୃତ ରୋଗ <input type="checkbox"/> କର୍କଟ <input type="checkbox"/> ଅନ୍ୟମାନେ (ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ) _____		
Place of death ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> ହୋମ୍ <input type="checkbox"/> ଡାକ୍ତରଖାନା <input type="checkbox"/> ଅଫିସ୍ <input type="checkbox"/> ଅନ୍ୟମାନଙ୍କୁ (ଦୟାକରି ଅନ୍ୟ / ଡାକ୍ତରଖାନା ନାମ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ) _____		
In case of death due to illness ଅସୁସ୍ଥତା ଯୋଗୁଁ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ			
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 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: ଏଫଆଇଆର୍ ଏବଂ ପିଏମଆର୍ (ଜିପିଏଚ୍‌କ୍ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ) ଦାବି ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ 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 ଏଫଆଇଆର୍ ନମ୍ବର	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ଶବ ବ୍ୟବହାର ପରିଚାଳିତ ହୋଇଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା	

Details of Claimant/Nominee ଦାବିଦାର/ନୋମିନିଜ୍ 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	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) ପ୍ୟାନ ନଂ./ ଫର୍ମ 60 (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)	
Email and phone number ଇମେଲ୍ ଏବଂ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର	
Claimant/Nominee's Bank details ଦାବିଦାର/ନୋମିନିଜ୍ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ	
Bank Name and complete address ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଠିକଣା	
Account type ଜମାଖାତା ପ୍ରକାର	Savings ସଞ୍ଚୟ Current ଚାଲୁ
Bank account number ବ୍ୟାଙ୍କ ଜମାଖାତା ନମ୍ବର	
MICR code: ଏଫଆଇଆର୍ କୋଡ୍:	IFSC Code: ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍:

Declaration from Claimant / Nominee

ଦାବିଦାର / ନୋମିନିଜ୍ 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.

ମୁଁ / ଆମେ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଅପରିବର୍ତ୍ତନୀୟ ଭାବରେ ସହମତ ଏବଂ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛୁ ଯେ, ପଲିସି ଅନୁଯାୟୀ ଦେୟ ରାଶି ପ୍ରଦାନ କରିବା ଦ୍ୱାରା ପିଏସ୍‌ଭି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଲିମିଟେଡ୍ ଉପରୋକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବୀମା ସୁରକ୍ଷା ସମ୍ବନ୍ଧରେ ଏହାର ସମସ୍ତ ଦାୟିତ୍ୱକୁ 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 ଜାରି କରିଥିଲେ / ବର୍ତ୍ତମାନ / ଅତୀତର ନିୟୁକ୍ତିବାଦୀ କିମ୍ବା ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ବ୍ୟବସାୟିକ ସହଯୋଗୀ, ଜନ୍ମ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରାର, ନିବାନ କେନ୍ଦ୍ର ଯେଉଁଠାରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଚର୍ଚ୍ଚା / ସରକାରୀ / ବୀମା ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ତାତ୍କାଳୀନ ପରୀକ୍ଷା କରିଥିଲେ, ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା ସୂଚନା କିମ୍ବା ତତ୍ତ୍ୱଗତ ସାହାଯ୍ୟ ସେମାନଙ୍କ ନିକଟରେ ଉପଲବ୍ଧ ଅଛି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ଯାହା ସେମାନେ ପିଏସ୍‌ଭି ମେଟଲାଇଫ୍ ଦ୍ୱାରା ପଲିସି ଜାରି କରାଯିବା ପୂର୍ବରୁ କିମ୍ବା ପରେ ହାସଲ କରିଥାଇ ପାରନ୍ତି, ପ୍ରକାଶ କିମ୍ବା ବିନିମୟ କରିବା ନିମନ୍ତେ ଅନୁମତି ଦେଉଛୁ।

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.

ଏହି ଅଧିକାରୀକୃତ ଏକ ଫଟୋକୋପି ମୂଳ ପରି ସୈଦ୍ଧ୍ୟ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ। ଯେହେତୁ ଉକ୍ତ ସୁରକ୍ଷା ସ୍ୱର୍ଗତ _____ କ ଦ୍ୱାରା ସେ _____ ବ୍ୟାଙ୍କ / ଆର୍ଥିକ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ / ଜିପିଏଚ୍ ରୁ ନେଇଥିବା ଋଣ ଅନୁଯାୟୀ ବକେୟା ଦେୟ ଏବଂ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଉପଲବ୍ଧ ହୋଇଥିଲା, ମୁଁ / ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ବକେୟା ଋଣର ପରିଶୋଧ / ଆର୍ଥିକ ପରିଶୋଧ ଦିଗରେ ଆପଣଙ୍କୁ ବ୍ୟାଙ୍କ / ଆର୍ଥିକ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ / ଜିପିଏଚ୍‌ରୁ _____ 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 ପ୍ରକାର 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 ପିଏନ୍‌ଏସ୍ ମେଟଲାଇଫକୁ ପିଏନ୍‌ଏସ୍ ମେଟଲାଇଫ ଦ୍ୱାରା ସଂଗୃହୀତ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ମୋର / ଆମର ଯେକୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ତଥା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣକାଳୀନ ସୂଚନା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ସମ୍ମତ ଏବଂ ଅଧିକାରୀଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ (ଏହା ବିବୃତ୍ତିରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ପ୍ରାପ୍ତ) ଯାହା ସଂଶ୍ଳିଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ପିଏନ୍‌ଏସ୍ ମେଟଲାଇଫ ଦ୍ୱାରା ନିୟୋଜିତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସେବା / ଅନୁଷ୍ଠାନ / ଏକକକୁ ମୋ / ଆମର କେତ୍ୱାଇସି ଦସ୍ତାବିଜ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିପାରେ ଯାହା ଦାବି ସମାଧାନରୁ ପରବର୍ତ୍ତୀ ସେବା ଯୋଗାଇବା ପାଇଁ ଏହାର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ନିମନ୍ତେ ପୁନଃ-ବାମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ଏଜେଣ୍ଟ, ବିକ୍ରେତା ଏବଂ ଶିଳ୍ପ ସଂଗଠନ / ଫେଡେରେସନ୍ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇ ପାରନ୍ତି।

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

ମୂଳ ପଲିସି ବଣ୍ଟ ଏବଂ ତତ୍ତ୍ୱାବଳି ବଦଳରେ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂରଣ / ଅଣ୍ଡରଟେକିଂ / ଖାରେଷ୍ଟି 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 by 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.

ମୁଁ କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଅପରିବର୍ତ୍ତନୀୟ ଭାବରେ ଦୃଢ଼ ନିଶ୍ଚିତ, ସ୍ୱୀକାର ଏବଂ ଉପସ୍ଥାପନା ଏବଂ ଦାୟିତ୍ୱଗ୍ରହଣ କରୁଛି ଯେ ମୂଳ ପଲିସି ବଣ୍ଟ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି 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 ରୁଡାନ୍ତ ଦେଇ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ ଏହାକୁ ଏକ ଖାରଜ ଏବଂ ଅମାନ୍ୟ ତତ୍ତ୍ୱାବଳି ଭାବରେ ନଷ୍ଟ କରିବାର ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛି। ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛି ଯେ ମୂଳ ପଲିସି ବଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଏଥିରେ ଥିବା ଉପସ୍ଥାପନା / ଖାରେଷ୍ଟି ବ୍ୟବସ୍ଥା କାରଣରୁ ହେବାକୁ ଥିବା ସମସ୍ତ କ୍ଷତି ବା ଦାବି ଯାହା ଉତ୍ପନ୍ନ ହୁଏ ସେଥିପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ମୋ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂର୍ଣ୍ଣ ହେବେ। ମୁଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି ଏବଂ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ସହମତ ଅଟେ ଯେ ମୋତେ, ନୋମିନି, ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ କିମ୍ବା ପଲିସିଧାରକ / ଜୀବନ ବାମା ଧାରକଙ୍କ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀଙ୍କୁ ଦେଇ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପରେ ଏହି ପଲିସି / ଗୁଡିକରୁ ଉତ୍ପନ୍ନ ସମସ୍ତ ବାଧ୍ୟତାପୂର୍ଣ୍ଣ ଏହା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ମୁକ୍ତ ହେବ।

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 ଏତଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ଏବଂ ସହମତ ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଯେକୌଣସି ଭୁଲ, ନିଥ୍ୟା, 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।

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 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.

ଯେଉଁଠାରେ ଦାବିଦାର ତାଙ୍କ ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଟି ଛାପ ସଂଲଗ୍ନ କରିଛନ୍ତି / ଆଞ୍ଚଳିକ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଛନ୍ତି ସେଠାରେ ତୃତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରାଯିବ ଯେ ଏତଦ୍ୱାରା ମୁଁ ଘୋଷଣା କରେ ଯେ, ମୁଁ ଏହି ଆବେଦନ ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ _____ ଦାବିଦାର / ମାନଙ୍କୁ ସେମାନଙ୍କୁ ଜଣାଥିବା ଏକ ଭାଷାରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛି ଏବଂ ମୋତେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଉତ୍ତରକୁ ଠିକ୍ ଭାବରେ ରେକର୍ଡ କରିଛି। ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରେ ଯେ ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଦାବିଦାରମାନେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି / ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଟି ଛାପ ସଂଲଗ୍ନ କରିଛନ୍ତି।

Name: _____

Contact No. _____

ନାମ: _____

ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ _____

Signature _____

ସ୍ୱାକ୍ଷର _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder) କ୍ରେଡିଟ୍ ଆକାଉଣ୍ଟ ଷ୍ଟେଟମେଣ୍ଟ (ନିମ୍ନ କ୍ଷେତ୍ରଗୁଡ଼ିକ ଗ୍ରୁପ୍ ମାଷ୍ଟର ପଲିସି ଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଭାବରେ ପୂରଣ କରାଯିବ)	
1) Name of the Group Master policy holder ଗ୍ରୁପ୍ ମାଷ୍ଟର ପଲିସି ଧାରକଙ୍କ ନାମ	
2) Group Master policy number ଗ୍ରୁପ୍ ମାଷ୍ଟର ପଲିସି ନମ୍ବର	
3) Name of the Insured Member ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାମ	
4) Loan Account number ରଣ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର	
5) Loan Disbursement date ରଣ ବିତରଣ ତାରିଖ	
6) Date of Commencement of Risk ବିପଦ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured ବୀମା ରାଶି ଯାହା ପାଇଁ ଗ୍ରୁପ୍ ଜନସୁଧାଗ୍ରହଣ ପଲିସିର ସଦସ୍ୟ ବୀମାଭୁକ୍ତ ହୋଇଥିଲେ	
8) Original amount of Loan ରଣର ମୂଳ ପରିମାଣ	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ମାଷ୍ଟର ପଲିସି ହୋଲ୍ଡରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ରଣ ବାବଦରେ କରାଯାଇଥିବା ଆଦାନର ବିବରଣୀ	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member ସଦସ୍ୟଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ବକେୟା ରଣ ରାଶି	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ବାକାୟ କ୍ଲେମ୍ ରାଶି (ନୋମିନୀଙ୍କୁ ଦେୟଯୋଗ୍ୟ 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:

Signature of the official
ଅଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Date:
ତାରିଖ:

Documents required:

ଆବଶ୍ୟକ ଦସ୍ତାବିଜ୍:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
ସ୍ଥାନୀୟ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ବୈଧ ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ରର ନକଲ
- Current Address Proof of the Nominee
ପ୍ରମାଣିତ ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବର୍ତ୍ତମାନ ଠିକଣାର ପ୍ରମାଣ
- Photo Identity Proof of the Nominee
ପ୍ରମାଣିତ ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଫଟୋ ପରିଚୟର ପ୍ରମାଣ
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍/ ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକ୍‌ର ନକଲ
- 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
ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣ ସହ ନିମ୍ନଲିଖିତ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ମଧ୍ୟରୁ ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଦାଖଲ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ: ଚୂଡ଼ାନ୍ତ ପୋଲିସ୍ ତଦନ୍ତ ରିପୋର୍ଟର ନକଲ, ଅପମୃତ୍ୟୁର ତଦନ୍ତ ରିପୋର୍ଟ କିମ୍ବା ପଞ୍ଚନାମା ଏବଂ ଶବ୍ଦ ବ୍ୟବହୃତ ରିପୋର୍ଟ
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
ଶ୍ରଦ୍ଧାଞ୍ଜଳି/ ଖବରକାଗଜ୍ କଟିଙ୍ଗ୍ (ଯଦି ଉପଲବ୍ଧ ହୁଏ)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
ଭିସେରା / ରାସାୟନିକ ବିଶ୍ଳେଷଣ ରିପୋର୍ଟ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଅନୁପସ୍ଥିତି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ/ଉତ୍ତରାଧିକାରିତ୍ୱ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
ବ୍ୟାଙ୍କ ପକ୍ଷରୁ ମାନକ ଫର୍ମାଟରେ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ରଖା ବକେୟା ବିବରଣୀ ଏବଂ କ୍ରେଡିଟ୍ ଆକାଉଣ୍ଟ ବିବରଣୀ
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
ପ୍ରସ୍ତାବ ସ୍ତରରେ (ପୁରୁଣା ପଲିସି) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କଠାରୁ ଅନୁମୋଦନ ନିଆଯାଇନଥିଲେ ମାନକ ଫର୍ମାଟରେ ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଘୋଷଣା ବିବୃତି
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସଦସ୍ୟତା ଏବଂ ତାଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁକୁ ନିଶ୍ଚିତ କରୁଥିବା ନେଇ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ର ଗୋଷ୍ଠୀ ପକ୍ଷରୁ ଅନୁମତି ପତ୍ର।
- Certificate of Insurance
ବୀମା ପ୍ରମାଣପତ୍ର
- Age proof of the Insured
ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବୟସ ପ୍ରମାଣପତ୍ର