pnb MetLife

Milkar life aage badhaein

Employer Employee Death Claim Form / ଚାକିରିଯୁକ୍ତିଦାତା କର୍ମଚାରୀ ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ଫର୍ମ

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିଧାରୀ (ଜିପିଏଚ୍) ଏବଂ ସମସ୍ତ ଗ୍ରୁପ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ ସ୍କିମ୍ ପାଇଁ ନୋମିନିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

Part A: / ଭାଗ କ:

1) Group Policy No / ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସି ନମ୍ବର: _____

2) Member ID / ସଦସ୍ୟ ଆଇଡି: _____

3) Employee ID: / କର୍ମଚାରୀ ଆଇଡି: _____

4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
ମୃତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ସାମ୍ପ୍ରତିକ ପଦବୀ/ବ୍ୟାଣ୍ଡ/ଗ୍ରେଡ୍: _____
(କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହୋଇଥିବା ତାରିଖଠାରୁ) ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ କୋଟ୍ ଅଧୀନରେ ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଯାୟୀ

5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / ବୀମାକୃତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା: _____

_____

6) Name of Group Policyholder / ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ନାମ: _____

7) Date of Birth of Insured / ବୀମାକୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଜନ୍ମ ତାରିଖ: _____

8) Date of Joining the Service / ସେବାରେ ଯୋଗଦେବାର ତାରିଖ: _____

9) Date of Death / ମୃତ୍ୟୁର ତାରିଖ: _____

10) Place and Cause of Death / ସ୍ଥାନ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ: _____

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) ଶେଷ ଆହରଣ କରାଯାଇଥିବା ବେତନ: (ଜିଟିଏଲ୍/ଏଫ୍‌ଏସଏଲ ସ୍କିମ୍ ପାଇଁ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ, ଦୟାକରି ଏଫ୍‌ଏସଏଲ ସ୍କିମ୍ ପାଇଁ ମୂଳ ବେତନ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ। ଦୟାକରି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ କୋଟ୍ ଅଧୀନରେ ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଯାୟୀ ବେତନ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ)	**Monthly / ମାସିକ**	**Annual / ବାର୍ଷିକ**

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention / ଗତ ଏକ ବର୍ଷ/ ଘଟଣା ଘଟିବା ତାରିଖଠାରୁ କର୍ମଚାରୀ ପ୍ରାପ୍ତ କରିଥିବା ଛୁଟିର ବିବରଣୀ ଦୟାକରି ଦର୍ଶାନ୍ତୁ

From Date / ଏହି ତାରିଖରୁ	To Date / ଏହି ତାରିଖ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ	No. of Days / ଦିନର ସଂଖ୍ୟା	Type of Leave / ପତ୍ରର ପ୍ରକାର	Reason / କାରଣ

13) Sum Assured / ବୀମା ରାଶି: _____

14) PF Account Number of Insured Member / ବୀମାକୃତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ପିଏଫ୍ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର: _____ (Mandatory for EDLI Claim) / (ଇଡିଏଲ୍‌ଆଇ ଦାବି ପାଇଁ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)

15) Please confirm employment status of the employee as on date of death: Permanent ☐ Contractual ☐ / ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ ଅନୁଯାୟୀ କର୍ମଚାରୀଙ୍କର ଚାକିରିଯୁକ୍ତି ସ୍ଥିତି ଦୟାକରି ସୁନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ : ସ୍ଥାୟୀ ☐ ଠିକା ବା କଣ୍ଟ୍ରାକଚୁଆଲ୍ ☐

16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes ☐ No ☐
ଦୟାକରି ପୁଷ୍ଟି କରନ୍ତୁ କର୍ମଚାରୀ ଜଣକ ଯୋଗଦେବା ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ସକ୍ରିୟ ଭାବରେ କାର୍ଯ୍ୟରେ ଥିଲେ: ହଁ ☐ ନା ☐

Declaration and authorization by Group policy holder

ଗୋଷ୍ଠି ବୀମା ଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା ଏବଂ ଅଧିସ୍ୱୀକୃତି

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.

ମୁଁ/ଆମେ, ଉପରୋକ୍ତ ନାମିତ ଦାବିଦାର/ବୃନ୍ଦ, ଏକକ ଭାବରେ ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ଏଥିରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବକ୍ତବ୍ୟ ସତ୍ୟ ଏବଂ ଏହି ଫର୍ମରେ ସଂଲଗ୍ନ ତଥ୍ୟ ତଥା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆନୁଷଙ୍ଗିକ ଦଲିଲରେ କମ୍ପାନୀକୁ ବା କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଦିଆଯାଇଥିବା ସହିତ ଆମେ ଏକମତ, ଏହା ସୂଚିତ କରେ ନାହିଁ ଯେ ଜୀବନବୀମା କରାଯାଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଜୀବନ ବୀମାକୃତ ହୋଇଛି କିମ୍ବା କୌଣସି ଅଧିକାର ବା ପ୍ରତିରକ୍ଷା ପ୍ରତ୍ୟାହୃତ ହୋଇଛି। କୌଣସି ଆଇନ, ରୀତି କିମ୍ବା ବ୍ୟବହାରର ବିରୋଧାଚରଣ ବ୍ୟତୀତ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା/ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ଅନୁସନ୍ଧାନ ସମୟରେ ମିଳିଥିବା ଗୁପ୍ତ ସୂଚନା ସଂଲଗ୍ନ କରିବା ପ୍ରତିବନ୍ଧିତ କରିବା ବ୍ୟତୀତ।

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 it 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.

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ ଦ୍ୱାରା କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ର୍ୟାସ୍ତ୍ର୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତି କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ର୍ୟ ଡାକ୍ତରଖାସ୍ତ୍ର୍ୟ, ସାସ୍ତ୍ର୍ୟଟୋରିୟମ୍, ଡାକ୍ତରୀବୃତ୍ତିଧାରୀ, ଡାକ୍ତରଖାସ୍ତ୍ର୍ୟ। କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ର୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯତ୍ନ ଅସ୍ତ୍ର୍ୟଷ୍ଠାସ୍ତ୍ର୍ୟ, ବୀମା ସହାୟତା ଅସ୍ତ୍ର୍ୟଷ୍ଠାସ୍ତ୍ର୍ୟ, ଫାର୍ମାସି, ସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ବୀମା କମ୍ପାସ୍ତ୍ର୍ୟ, ହସ୍ତ୍ର୍ୟଯୁକ୍ତିଦାତା, ସୁବିଧା ଯୋଜସ୍ତ୍ର୍ୟ। ବ୍ୟବସ୍ଥିତକାରୀ, ଆକାଉଣ୍ଟାଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଆର୍ଥିକ ପରାମର୍ଶଦାତା, କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ର୍ୟାସ୍ତ୍ର୍ୟ ସଂସ୍ଥା ଯାହାକି ପିଏସ୍ତ୍ର୍ୟବି ମେଟ୍ ଲାଇ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇସ୍ତ୍ର୍ୟରାନ୍ସ କମ୍ପାସ୍ତ୍ର୍ୟ ଲିମିଟେଡ୍, ଏହାର କୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ, କିମ୍ବା କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ର୍ୟାୟାଳୟ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ର୍ୟସନ୍ଧାସ୍ତ୍ର୍ୟକାରୀ ସଂସ୍ଥା କିମ୍ବା ଏହାଙ୍କ ଚରଫରୁ କାର୍ଯ୍ୟରତ ସ୍ୱାଧୀସ୍ତ୍ର୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାପକ, ହସ୍ତ୍ର୍ୟଯୁକ୍ତି ସମ୍ପର୍କିତ ସୂତସ୍ତ୍ର୍ୟ, ଆର୍ଥିକ କିମ୍ବା ବୀମା, ପରାମର୍ଶ, ଯତ୍ନ, କିମ୍ବା ବସ୍ତ୍ରଜଜସ୍ତ୍ର୍ୟଷ୍ଟ ସଦସ୍ୟଙ୍କୁ ପ୍ରଦତ୍ତ ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ର୍ୟ କୌଣସି ସୂତସ୍ତ୍ର୍ୟ। ଯାହାକି ବସ୍ତ୍ରଜଜସ୍ତ୍ର୍ୟଷ୍ଟ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କରେ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ, ଏପରିକି ମାସ୍ତ୍ର୍ୟସିକ ଅସୁସ୍ଥତା, ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ ସେବସ୍ତ୍ର୍ୟ, ମଦ୍ୟପାସ୍ତ୍ର୍ୟ, ଏଚଣ୍ଟଅଇଣ୍ଟ (ଏଚ୍ସ) ଏବଂ/କିମ୍ବା ଯୌସ୍ତ୍ର୍ୟ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗକୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରି, ସୂତସ୍ତ୍ର୍ୟ। ପ୍ରଦାସ୍ତ୍ର୍ୟ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାସ୍ତ୍ର୍ୟ କରୁଛି। ପ୍ରାଧିକରଣର ଏକ ଫଟୋ କପିକୁ, ମଧ୍ୟ ମୂଳ କପି ସଦୃଶ ପଣ୍ଡିତଜନଶାଳୀ ଓ ବୈଧ ଣ୍ଟଜରେ ବିଚାରଣୀୟ ହେବ।

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.

ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ପୁନଶ୍ଚ ପିଏନ୍‌ବି ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍‌କୁ ପିଏନ୍‌ବି ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍‌ଦ୍ୱାରା ସଂଗୃହୀତ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ମୋର / ଆମର ଯେକୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ତଥା ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ସମ୍ମତି ଏବଂ ଅଧିସ୍ୱୀକୃତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ (ଏହା ବିବୃତ୍ତି / ଆବେଦନରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ପ୍ରାପ୍ତ) ଯାହା ସଂଶ୍ଳିଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ପିଏନ୍‌ବି ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍ ଦ୍ୱାରା ନିୟୋଜିତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିବିଶେଷ / ଅନୁଷ୍ଠାନ/ ଏକକଙ୍କୁ କେଓ?ୱାଇସି ଦସ୍ତାବିଜ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିପାରେ | ଏ ମଧ୍ୟରେ ଏହି ଦାବି,ଆବେଦନ ଏବଂ/ କିମ୍ବା ପରବର୍ତ୍ତୀ ସେବା ଯୋଗାଇବା ପାଇଁ ଯାହା ଦାବି ସମାଧାନରୁ ଉତ୍ପନ୍ନ ସେବା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିବ, ଏହାର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ନିମନ୍ତେ ପୁନଃ-ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ଏଜେନ୍ସି, ବିକ୍ରେତା ଏବଂ ଶିଳ୍ପ ସଂଗଠନ / ଫେଡେରେସନ୍ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇ ପାରନ୍ତି ।

Declaration by Group Policy Holder

ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣାସ୍ତ୍ର୍ୟାମା

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.

ଆମେ ସୁସ୍ଥିଶ୍ଚିତ କରୁଛୁ ଯେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂତସ୍ତ୍ର୍ୟ। ସହିତ ଉପରେ ବର୍ଣ୍ଣସ୍ତ୍ର୍ୟ। କରାଯାଇଥିବା ବସ୍ତ୍ରଜଜ୍ୟାସ୍ତ୍ର୍ୟଷ୍ଟ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ବିବରଣୀ ମୋର ସର୍ବୋତ୍ତ ଜ୍ଞାସ୍ତ୍ର୍ୟ ଓ ବିଶ୍ୱାସ ଅସ୍ତ୍ର୍ୟଯାୟୀ ସତ୍ୟ ଏବଂ ଆମ୍ଭର ଅଫିସିଆଲ୍ ରେକର୍ଡରୁ ଆହରଣ କରାଯାଇଛି। ଆମେ ଏହା ସହିତ ସୁସ୍ଥିଶ୍ଚିତ କରୁଛୁ ଯେ ଏହି ଫର୍ମରେ ବର୍ଣ୍ଣିତ ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟ/ବୃନ୍ଦ ଜୀବସ୍ତ୍ର୍ୟବୀମା ଲା ପାଇଁ ହସ୍ତ୍ର୍ୟବେଶ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ମଣ୍ଟ୍ରୋସ୍ତ୍ର୍ୟିତ କରାଯାଇଛନ୍ତି।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

ମୁଖ୍ୟ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କର କମ୍ପାସ୍ତ୍ର୍ୟ ମୋହର ସହିତ ଅଧିକୃତ ସ୍ୱାକ୍ଷରକାରୀଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

ସ୍ତ୍ର୍ୟାମ ଏବଂ ପଦବୀ: _____ ଯୋଗାଯୋଗ ସ୍ତ୍ର୍ୟର.: _____ ତାରିଖ: _____

Part B / ଭାଗ ଖ:

1) Please provide bank account number for all the Nominees: / ଦୟାକରି ସମସ୍ତ ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟିଙ୍କ ପାଇଁ ବ୍ୟାଙ୍କ୍ ଆକାଉଣ୍ଟ ସ୍ତ୍ର୍ୟର ପ୍ରଦାସ୍ତ୍ର୍ୟ କରନ୍ତୁ:

Particulars / ବିବରଣ	Nominee 1 ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟି 1	Nominee 2 ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟି 2	Nominee 3 ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟି 3	Nominee 4 ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟି 4	Nominee 5 ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟି 5
Name / ସ୍ତ୍ର୍ୟାମ					
Bank Account Number / ବ୍ୟାଙ୍କ୍ ଆକାଉଣ୍ଟ୍ ସ୍ତ୍ର୍ୟର					
IFSC Code / ଆଇଏଫଏସି କୋଡ୍					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records: / ଦୟାକରି ଜିପିଏଚ୍ ରେକର୍ଡ ଅସ୍ତ୍ର୍ୟଯାୟୀ ଜୀବସ୍ତ୍ର୍ୟ ବୀମା ସୁରକ୍ଷା ଅସ୍ତ୍ର୍ୟଯାୟୀ ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟିଙ୍କ ସମ୍ପର୍କିତ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାସ୍ତ୍ର୍ୟ କରନ୍ତୁ:

SL. No. କ୍ରମିକ ୩.	Nominee Name ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟି ସ୍ତ୍ର୍ୟାମ	Relationship ସଂପର୍କ	Benefit Share in % ବସ୍ତ୍ରଜଜ ଅଂଶ %ରେ	Address of Nominee ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟିର ଠିକଣା

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following: / ଅସୁସ୍ଥତା କିମ୍ବା ଅପ୍ରାକୃତିକ କାରଣରୁ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟଣାରେ ହସ୍ତ୍ର୍ୟମ୍ନଲିଖିତଗୁଡ଼ିକ ଆବଶ୍ୟକ:

Types of illness and date of diagnosis ଅସୁସ୍ଥତାର ପ୍ରକାର ଏବଂ ଚିହ୍ନଟକରଣର ତାରିଖ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment ଦିଆଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସାର ବିବରଣୀ ଏବଂ ବସ୍ତ୍ରଜଜ ଣ୍ଟ୍ରୋମିସ୍ତ୍ର୍ୟ ଯେଉଁ ଡାକ୍ତରଖାସ୍ତ୍ର୍ୟାରେ ଚିକିତ୍ସା କରାଇଥିଲେ ତାହାର ବିବରଣୀ	
Details of accident (for unnatural death) ଦୁର୍ଘଟଣାର ବିବରଣୀ (ଅପ୍ରାକୃତିକ ମୃତ୍ୟୁ ପାଇଁ)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted ଶବ ବ୍ୟବଚ୍ଛେଦ କରାଯାଇଥିବା ଡାକ୍ତରଖାସ୍ତ୍ର୍ୟାର ସ୍ତ୍ର୍ୟାମ ଏବଂ ଠିକଣା	
Name and address pf police station to which accident was reported ଦୁର୍ଘଟଣା ରିପୋର୍ଟ କରାଯାଇଥିବା ପୋଲିସ୍ ଷ୍ଟେସସ୍ତ୍ର୍ୟର ସ୍ତ୍ର୍ୟାମ ଏବଂ ଠିକଣ	

Declaration and authorization by Beneficiary
ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ

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.

ମୁଁ/ଆମେ, ଉପରୋକ୍ତ ଦାବିଦାର/ବୃନ୍ଦ, ଏକକ ଭାବରେ ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ଏଥିରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବକ୍ତବ୍ୟ ସତ୍ୟ ଏବଂ ଏହି ଫର୍ମରେ ସଂଲଗ୍ନ ତଥ୍ୟ ତଥା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆନୁଷଙ୍ଗିକ ଦଲିଲରେ କମ୍ପାନୀକୁ ବା କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଦିଆଯାଇଥିବା ସହିତ ଆମେ ଏକମତ, ଏହା ସୂଚିତ କରେ ନାହିଁ ଯେ ଜୀବନରେ ବୀମା କରାଯାଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଜୀବନରେ ବଳବତ୍ତର ବୀମା ଚାଲୁଛି କିମ୍ବା କୌଣସି ଅଧିକାର ବା ପ୍ରତିରକ୍ଷା ପ୍ରତ୍ୟାହୃତ ହୋଇଛି। କୌଣସି ଆଇନ, ରୀତି କିମ୍ବା ବ୍ୟବହାରର ବିରୋଧାଚରଣ ବ୍ୟତୀତ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା/ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ଅନୁସନ୍ଧାନ ସମୟରେ ମିଳିଥିବା ଗୁପ୍ତ ସୂଚନା। ସଂଲଗ୍ନ କରିବା ପ୍ରତିବନ୍ଧିତ କରିବା ବ୍ୟତୀତ।

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 it 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.

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ ଦ୍ୱାରା କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ଡାକ୍ତରଖାନା, ସାନାଟୋରିୟମ୍, ଡାକ୍ତରୀବୃତ୍ତିଧାରୀ, ଡାକ୍ତରଖାନା। କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯତ୍ନ ଅନୁଷ୍ଠାନ, ବୀମା ସହାୟତା ଅନୁଷ୍ଠାନ, ଫାର୍ମାସି, ସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ବୀମା କମ୍ପାନୀ, ନିଯୁକ୍ତିଦାତା, ସୁବିଧା ଯୋଜନା ବ୍ୟବସ୍ଥାପକକାରୀ, ଆକାଉଣ୍ଟାଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଆର୍ଥିକ ପରାମର୍ଶଦାତା, କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ସଂସ୍ଥା ଯାହାକି ପିଏନ୍ବି ମେଟ୍ ଲାଇ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍, ଏହାର କୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ, କିମ୍ବା କୌଣସି ନ୍ୟାୟାଳୟ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା କିମ୍ବା ଏହାଙ୍କ ତରଫରୁ କାର୍ଯ୍ୟରତ ସ୍ୱାଧୀନ ବ୍ୟବସ୍ଥାପକ, ନିଯୁକ୍ତି ସମ୍ପର୍କିତ ସୂଚନା, ଆର୍ଥିକ କିମ୍ବା ବୀମା, ପରାମର୍ଶ, ଯତ୍ନ, କିମ୍ବା ବଳବତ୍ତର ବୀମା ଚାଲୁଛି ସଦସ୍ୟଙ୍କୁ ପ୍ରଦତ୍ତ ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ସୂଚନା। ଯାହାକି ବଳବତ୍ତର ବୀମା ଚାଲୁଛି ସଦସ୍ୟଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କରେ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ, ଏପରିକି ମାନସିକ ଅସୁସ୍ଥତା, ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ ସେବନ, ମଦ୍ୟପାନ, ଏଚଆଇଭି (ଏଡ୍ସ) ଏବଂ/କିମ୍ବା ଯୌନ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗକୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରି, ସୂଚନା। ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛି। ପ୍ରାଧିକରଣର ଏକ ଫଟୋ କପିକୁ, ମଧ୍ୟ ମୂଳ କପି ସଦୃଶ ପରିଚାଳନାକାରୀ ଓ ବୈଧ ଭାବରେ ବିଚାରଣୀୟ ହେବ।

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.
ମୁଁ / ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ପୁନଶ୍ଚ ପିଏନ୍ବି ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍‌କୁ ପିଏନ୍ବି ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍‌ଦ୍ୱାରା ସଂଗୃହୀତ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ମୋର / ଆମର ଯେକୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ତଥା ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ସମ୍ମତି ଏବଂ ଅଧିସ୍ୱୀକୃତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ (ଏହା ବିବୃତ୍ତି / ଆବେଦନରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା ପ୍ରାପ୍ତ) ଯାହା ସଂଶ୍ଳିଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଅନୁବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ପିଏନ୍ବି ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍ ଦ୍ୱାରା ନିୟୋଜିତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିବିଶେଷ / ଅନୁଷ୍ଠାନ/ ଏକକଙ୍କୁ କେଓ ?ଞ୍ଚାଇସି ଦସ୍ତାବିଜ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିପାରେ | ଏ ମଧ୍ୟରେ ଏହି ଦାବି,ଆବେଦନ ଏବଂ/ କିମ୍ବା ପରବର୍ତ୍ତୀ ସେବା ଯୋଗାଇବା ପାଇଁ ଯାହା ଦାବି ସମାଧାନରୁ ଉତ୍ପନ୍ନ ସେବା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିବ, ଏହାର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ନିମନ୍ତେ ପୁନଃ-ବୀମାକାରୀ, ଦାବି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ଏଜେନ୍ସି, ବିକ୍ରେତା ଏବଂ ଶିଳ୍ପ ସଂଗଠନ / ଫେଡେରେସନ୍ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇ ପାରନ୍ତି ।

Signature of the Nominee of Insurance Claim / ବୀମା ଦାବିର ନୋମିନିଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର

Particulars / ବିବରଣ	Nominee 1 ନୋମିନି 1	Nominee 2 ନୋମିନି 2	Nominee 3 ନୋମିନି 3	Nominee 4 ନୋମିନି 4	Nominee 5 ନୋମିନି 5
Name of Nominee ନୋମିନିଙ୍କର ନାମ					
Signature of Nominee ନୋମିନିଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର					
Contact No. ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର					
Date ତାରିଖ					

Declaration by Group Policy Holder
ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣାନାମା

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.
ଆମେ ପୁଷ୍ଟି କରୁଛୁ ଯେ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ତାଙ୍କ ଜୀବନ ବୀମା ସୁବିଧାର ନିହିତାର୍ଥେ ଏହି ଫର୍ମରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ନୋମିନି/ମାନଙ୍କୁ ନାମାଙ୍କିତ କରାଯାଇଛି।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder
ମୁଖ୍ୟ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କର କମ୍ପାନୀ ମୋହର ସହିତ ଅଧିକୃତ ସ୍ୱାକ୍ଷରକାରୀଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

ନାମ ଏବଂ ପଦବୀ: _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର .: _____ ତାରିଖ: _____

Documents required
ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ ଆବଶ୍ୟକ

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder
  ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଯଥାର୍ଥ ଭାବରେ ସତ୍ୟାପିତ ମ୍ୟୁନିସିପାଲ୍ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ/ ଗ୍ରାମପଞ୍ଚାୟତ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ମୂଳ ମୃତ୍ୟୁ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ କିମ୍ବା ତାହାର ନକଲ
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book
  ନୋମିନିଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ ସହିତ ବାତିଲ୍ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ କିମ୍ବା ପାସ ବହିର ନକଲ
- 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
  ଅସ୍ୱାଭାବିକ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ (ଆତ୍ମହତ୍ୟା, ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ ପରି) । FIR ର କପି, ପୋଷ୍ଟ ମର୍ଟମ, ରିପୋର୍ଟ ଏବଂ ପୋଲିସ୍ ଅନୁସନ୍ଧାନ ରିପୋର୍ଟ (ଜିପିଏଚ୍ ଦ୍ୱାରା ସଠିକ୍ ଭାବରେ ପ୍ରମାଣିତ) ଆବଶ୍ୟକ ହେବ
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH
  ଜିପିଏଚ୍ ଦ୍ୱାରା ସତ୍ୟାପିତ ନୋମିନିଙ୍କର ଆଇଡି ଏବଂ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ

Note: Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims
ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ: ପଞ୍ଜୀକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଉପରୋକ୍ତ ଦଲିଲ୍ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇଥାଏ, କମ୍ପାନୀ ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ଦଲିଲ୍ ମାଗିପାରେ।