

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

ਮੌਤ ਦੇ ਕਲੇਮ ਲਈ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ (ਐਸਐਸਜੀ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧ)

Group Policy Number ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਸੰਖਿਆ			
Group Policy Holder Name ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ			
Member number ਮੈਂਬਰ ਨੰਬਰ			
Date of Joining the Policy ਪਾਲਿਸੀ ਜੁਆਇਨ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ			
Certificate Number ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰਬਰ			
Loan disbursement date ਲੋਨ ਵਿਤਰਣ ਦੀ ਮਿਤੀ			
Outstanding loan as of date of death of member ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ 'ਤੇ ਬਕਾਇਆ ਲੋਨ			
Details of the Insured Member:			
ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ:			
Full name ਪੂਰਾ ਨਾਮ			
Residential Address ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ			
PAN No./ Form 60 ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60			
Gender ਲਿੰਗ	Male ਪੁਰਸ਼	Female ਔਰਤ	Age at death: ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਉਮਰ:
Nature of occupation ਪੇਸ਼ੇ ਦੀ ਪ੍ਰਾਕਿਰਤੀ			
Date of birth (as per records) ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਨੁਸਾਰ)			
Date of death and Time of Death ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਮੌਤ ਦਾ ਸਮਾਂ			
Cause of death ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਣ	<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"/> ਐਕਸੀਡੈਂਟ <input type="checkbox"/> ਕਤਲ <input type="checkbox"/> ਖੁਦਕੁਸ਼ੀ <input type="checkbox"/> ਕੋਵਿਡ 19 <input type="checkbox"/> ਪ੍ਰਾਕਿਰਤਿਕ ਆਪਦਾ <input type="checkbox"/> ਦਿਲ ਦਾ ਰੋਗ <input type="checkbox"/> ਗੁਰਦੇ ਦਾ ਰੋਗ <input type="checkbox"/> ਜਿਗਰ ਦਾ ਰੋਗ <input type="checkbox"/> ਕੈਂਸਰ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰੋ) _____		
Place of death ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ <input type="checkbox"/> ਦਫਤਰ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੂਜਾ / ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ) _____		
In case of death due to illness			
ਜੇਕਰ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਣ ਮੌਤ ਹੋਈ ਹੋਵੇ			
When and where did the insured member give first indication of falling ill ਬੀਮਿਤ ਮੈਂਬਰ ਨੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਸੰਕੇਤ ਕਦੋਂ ਅਤੇ ਕਿੱਥੇ ਦਿੱਤਾ ਸੀ			
Date and type of illness ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਕਿਸਮ			
Treatment given ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਇਲਾਜ			
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness ਆਖਰੀ ਵੇਲੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰਾ ਕੀਤਾ ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ			
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness ਆਖਰੀ ਵੇਲੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਜਿਸ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ			

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਾਰਣ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ: ਐਫਆਈਆਰ ਅਤੇ ਪੀਐਮਆਰ (ਜੀਪੀਐਚ ਰਾਹੀਂ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ) ਦੇ ਕਲੇਮ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਮੇਤ ਫਾਇਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ	
Date and Time of accident ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ	
Details of accident ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	
Address of Police Station to which the accident was reported ਉਸ ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਪਤਾ ਜਿਸ ਨੂੰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ	
FIR number ਐਫਆਈਆਰ ਨੰਬਰ	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿਸ ਤੋਂ ਪੋਸਟ-ਮੌਰਟਮ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ	

Details of Claimant/Nominee ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਨਾਮਿਨੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ		
Name of the claimant ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ		
Relationship with the insured and % of Share ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਅਤੇ ਸ਼ੇਅਰ ਦਾ %		
Address of the claimant ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪਤਾ		
PAN No./ Form 60 (Mandatory) ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60 (ਲਾਜ਼ਮੀ)		
Email and phone number ਈਮੇਲ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ		
Claimant/Nominee's Bank details ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਨਾਮਿਨੀ ਦੇ ਬੈਂਕ ਦੇ ਵੇਰਵੇ		
Bank Name and complete address ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਪਤਾ		
Account type ਖਾਤੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	Savings ਬੱਚਤ	Current ਚਾਲੂ
Bank account number ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ		
MICR code: ਐਮਆਈਸੀਆਰ ਕੋਡ:		IFSC Code: ਆਈਐਫਐਸਸੀ ਕੋਡ:

Declaration from Claimant / Nominee

ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਨਾਮਿਨੀ ਵਲੋਂ ਘੋਸ਼ਣਾ

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ _____ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਸਵਰਗੀ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ _____ ਦਾ / ਦੇ ਨਾਮਿਨੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਿਸ ਹਾਂ ਜਿਸ ਦਾ ਜੀਵਨ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਬਿਲਕੁੱਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਪਾਲਿਸੀ ਤਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਰਾਸ਼ੀ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਇਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪਾਲਿਸੀ ਕਾਰਣ ਮਿਤ ਮੌਜੂਦ ਦੇ ਬੀਮਾ ਕਰਵ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਨਿਰਵਿਵਾਦ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਡਿਸਚਾਰਜ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਚਿਕਿਤਸਕਾਂ / ਡਾਕਟਰਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰਾਂ ਆਦਿ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ ਲਈ ਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਟੈਂਡ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਸੀ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮਿਤ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀਆਂ ਸਨ, ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵਰਤਮਾਨ / ਪਿਛਲੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਬਿਜ਼ਨੈਸ ਐਸੋਸੀਏਟਸ, ਜਨਮ ਅਤੇ ਮੌਤ ਰਜਿਸਟਰਾਰ, ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਸੈਂਟਰ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗਿਆਨ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਹੋਣ ਜਾਂ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ ਜੋ ਉਸ ਨੇ / ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਹੋਣ ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਇਫ ਦੁਆਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਬੀਮੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਣ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਹੋਣ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੰਡਣ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿੱਜੀ / ਦਫਤਰੀ / ਬੀਮੇ ਸੰਬੰਧੀ ਮੈਡੀਕਲ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਏ ਹੋਣ।

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.

ਇਸ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਦੀ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਨੂੰ ਅਸਲ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੀ ਵੈਧ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜਦੋਂ ਕਿ ਦਰਸਾਈ ਗਈ ਕਵਰੇਜ ਬਕਾਇਆ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਸਵਰਗੀ _____ ਰਾਹੀਂ ਲਈ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ _____ ਬੈਂਕ / ਵਿੱਤੀ ਅਦਾਰੇ / ਜੀਪੀਐਚ ਵਲੋਂ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਲਏ ਗਏ ਲੋਨ ਤਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੈ, ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ _____ ਰੁਪਏ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਬਕਾਇਆ ਲੋਨ ਦੇ ਡਿਸਚਾਰਜ / ਆਸਿਕ ਡਿਸਚਾਰਜ ਲਈ ਬੈਂਕ / ਵਿੱਤੀ ਅਦਾਰੇ / ਜੀਪੀਐਚ ਨੂੰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਨੁਰੋਧ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਦੱਸੀ ਗਈ ਬਕਾਇਆ ਰਾਸ਼ੀ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਕਾਏ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦਾ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜਿਸ ਨੂੰ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਣ ਅਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰਭਾਵ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਜੋ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਵੱਲ ਬਕਾਇਆ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਥੇ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਵੇਰਵੇ ਸੱਚੇ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਹਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਕੋਲ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਰਾਹੀਂ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ / ਉਪਲਬਧ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਡੇਟੇ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਟੀਕਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਇਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਜੋ ਇਸ ਕਲੇਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸੈਸ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਨਿਰੰਤਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ, ਪੁਨਰ-ਬੀਮਿਆਂ, ਕਲੇਮ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕ੍ਰੇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਇੰਡਸਟਰੀ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨਾਂ / ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸਹਿਤ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਂ ਐਫਿਲੀਏਟਿਡ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ / ਸੰਗਠਨ / ਇਕਾਈ ਲਈ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

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

ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਂਡ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਬਦਲੇ ਵਿੱਚ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ/ ਵਚਨਬੱਧਤਾ/ ਵਾਰੰਟੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾਵਾਂ

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.

ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਨਾ-ਬਦਲਣਯੋਗ ਪੱਖ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਹਾਂ, ਮੰਨਦਾ/ਮੰਨਦੀ ਹਾਂ, ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਸਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਇਕਰਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਗਿਰਵੀ ਨਹੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ, ਅਸਾਇਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਸਾਂ ਰਾਹੀਂ ਇਸ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਗਲਤ ਅਧਿਕਾਰ, ਮਾਲਕੀ, ਇਸ 'ਤੇ ਵਿਆਜ ਨਹੀਂ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਅਤੇ ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਪਾਲਿਸੀ ਤਹਿਤ ਕਲੇਮ ਦਾ ਪੂਰਾ ਅਤੇ ਅੰਤਿਮ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨਜਾਇਜ਼ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਜੋਂ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਦਾ ਵਚਨ ਵੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਸਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਜਾਂ ਇਸ ਦੀਆਂ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀਆਂ/ ਵਾਰੰਟੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਾਨੀਆਂ, ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਮੇਰੇ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ। ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਮੈਨੂੰ, ਮਨੋਨੀਤ ਵਿਅਕਤੀ, ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਿਸ ਜਾਂ ਉਤਰਾਧਿਕਾਰੀ/ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਸ ਪਾਲਿਸੀ/ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਕਾਰਣ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਫਰਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਮੁਕਤ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।

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.

ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਰਾਹੀਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਅਸ਼ੁੱਧ, ਗਲਤ, ਜਾਂ ਗੁੰਮਰਾਹਕੁੰਨ ਜਾਂ ਘੱਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਮੇਰੇ ਜਾਂ ਮੇਰੀਆਂ ਸੰਪਤੀਆਂ 'ਤੇ ਸਿਵਲ ਅਤੇ ਅਪਰਾਧਕ ਜੁਆਬਦੇਹੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਜਿਹੜੇ ਜਿਹੜੇ ਸਬਿਤੀ ਹੋਵੇ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਨਾਲ ਕਲੇਮ ਜਾਂ ਕਲੇਮ ਦੀ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ

ਮਿਤੀ: _____

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.

ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਜਿੱਥੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੇ ਆਪਣਾ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ / ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ, ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਉਸ / ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਅੱਗੋਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਨੇ ਮੇਰੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ / ਆਪਣਾ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ।

Name: _____

Contact No. _____

ਨਾਮ: _____

ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ _____

Signature _____

ਦਸਤਖਤ _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)	
ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਖਾਤੇ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ (ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਫੀਲਡ ਗਰੁੱਪ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਰਾਹੀਂ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਰੇ ਜਾਣ ਲਈ ਹਨ)	
1) Name of the Group Master policy holder ਗਰੁੱਪ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ	
2) Group Master policy number ਗਰੁੱਪ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	
3) Name of the Insured Member ਬੀਮਿਤ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ	
4) Loan Account number ਲੋਨ ਖਾਤਾ ਸੰਖਿਆ	
5) Loan Disbursement date ਲੋਨ ਦੇ ਵਿਤਰਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	
6) Date of Commencement of Risk ਜੋਖਮ ਆਰੰਭ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured ਬੀਮੇ ਦੀ ਰਕਮ ਜਿਸ ਲਈ ਗਰੁੱਪ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ	
8) Original amount of Loan ਲੋਨ ਦੀ ਅਸਲ ਰਕਮ	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ਲੋਨ ਲਈ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਰਿਕਵਰੀਆਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਲੋਨ ਦੀ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ਬਕਾਇਆ ਕਲੇਮ ਰਾਸ਼ੀ (ਨਾਮਿਨੀ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਰਾਸ਼ੀ)	

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.

ਅਸੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਸਵਰਗੀ, ਜਿਸ ਦੇ ਮੌਤ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੂੰ ਇਸ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਉਹ ਉੱਪਰ ਦਰਸਾਈ ਗਈ ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਦਾ ਇੱਕ ਮੈਂਬਰ ਸੀ। ਅਸੀਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਉੱਪਰ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਵਿਵਰਣ ਸਾਰੇ ਪੱਖਾਂ ਤੋਂ ਸੱਚ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਣ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਰਿਫੰਡ ਕਰਨ ਦਾ ਵਚਨ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਸਾਨੂੰ ਬਹੁਤਾਤ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਲਈ ਬਕਾਇਆ ਨਹੀਂ ਹੈ।

Verified & Recommended by

ਤਸਦੀਕ ਅਤੇ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਕਰਤਾ

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਮੋਹਰ)

Name:

ਨਾਮ:

Signature of the official

ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

Date:

ਮਿਤੀ:

Documents required:

ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
ਸਥਾਨਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਵੈਧ ਮੌਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ
- Current Address Proof of the Nominee
ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਮੌਜੂਦਾ ਪਤਾ ਸਬੂਤ
- Photo Identity Proof of the Nominee
ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਚੈੱਕ / ਕਾਪੀ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਗਈ
- 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
ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਾਰਣ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ, ਮੌਤ ਦੇ ਸਬੂਤ ਸਮੇਤ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਕੋਈ ਇੱਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਅੰਤਿਮ ਪੁਲਿਸ ਜਾਂਚ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ ਜਾਂ ਪੰਚਨਾਮਾ ਅਤੇ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
ਸ਼ਰਯਾਂਜਲੀ/ ਅਖਬਾਰ ਦੀ ਕਟਿੰਗ (ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
ਵਿਸਰਾ / ਰਸਾਇਣਕ ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ (ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਗੈਰ ਹਾਜ਼ਰੀ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਿਸ/ ਉਤਰਾਧਿਕਾਰੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਬੈਂਕ ਦੇ ਸਟੈਂਡਰਡ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਬਕਾਇਆ ਲੋਨ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਅਤੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਖਾਤੇ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
ਜੇਕਰ ਪੁਸ਼ਤਾਵ ਦੀ ਸਟੇਜ (ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਪਾਲਿਸੀਆਂ) 'ਤੇ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਤਾਂ ਸਟੈਂਡਰਡ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਥਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਦਾ ਬਿਆਨ
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
ਮ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ ਮੌਤ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੋਸ਼ਲ ਸੈਕਟਰ ਵਲੋਂ ਕਵਰਿੰਗ ਲੈਟਰ।
- Certificate of Insurance
ਬੀਮੇ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- Age proof of the Insured
ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਦਾ ਸਬੂਤ