

## Claimant Statement for Credit Life Claims

### క్రెడిట్ లైఫ్ కోసం హక్కుదారు ప్రకటన

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy హక్కుదారు ప్రకటన యొక్క ఫారం హక్కుదారుడు / నియమించిన అభిదారుడు / చట్టపరంగా అర్హత కలిగిన వ్యక్తిచే పూరించబడాలి

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only ఫారం ఒక రంగులో ఒక వ్యక్తి ఒకే రంగులో నింపాలి

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below దావాను ప్రాసెస్ చేయడానికి క్రింద ఉన్న పేజీలో పేర్కొన్న అవసరమైన అన్ని పత్రాలు "క్లెయిమ్ ఎంటిటీ" కు పంపించబడతాయి

All supporting documents to be self - attested by nominee అన్ని మద్దతు పత్రాలు ప్రతినిధిచే ధృవీకరించబడింది

Documents to be Submitted సమర్పించవలసిన పత్రాలు	
Mandatory Documents తప్పనిసరి పత్రాలు	Additional documents* to be submitted సమర్పించవలసిన* అదనపు పత్రాలు
1. Copy of death certificate issued by local municipal authority స్థానిక పురపాలక అహికారం జారీ చేసిన మరణ ధృవీకరణ పత్రం యొక్క కాపీ 2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) వైద్యుడి యొక్క సర్టిఫికేట్ (ప్రామిలీ వైద్యుడి లేదా చికిత్స చేస్తున్న వైద్యుని నుండి) 3. Original policy document ప్రాథమిక పాలసీ పత్రం 4. Current address proof ప్రస్తుత చిరునామా ఋజువు 5. Photo identity proof ఫోటో గుర్తింపు ఋజువు 6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook బ్యాంకు పాస్ బుక్ కాపీ / రద్దు చేయబడిన చెక్కు 7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party మూడవపక్షం దావా సమాచారపత్రంను అభ్యర్థి పొందినట్లయితే హక్కుదారుడి నుండి అధికార లేఖ 8. Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official బ్యాంక్ అధికారి ధృవీకరించిన బ్యాంక్ నుండి మరణించిన తేదీన ఋణాల ప్రకటన	<b>Natural death/ death due to illness</b> <b>సహజ మరణం / అనారోగ్యం కారణంగా మరణం</b> 1. Complete Medical records (Admission notes & Discharge / Death summary & Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death మరణించు కాలానికి ముందు తీసుకున్న చికిత్స (అడ్మిషన్ నోట్స్ & డిశ్చార్జ్ / మరణ సారాంశం & టెస్ట్ / పరిశోధన నివేదికలు మొదలైనవి) గురించి మెడికల్ రికార్డులు <b>Accidental Death</b> <b>ఆకస్మిక మరణం</b> 1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ఎఫ్ ఐ ఆర్, పంచనామా, విచారణ నివేదిక, శవపరీక్ష నివేదిక 2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) సంస్మరణ / వారపత్రిక కటింగ్ (అందుబాటులో ఉంటే) 3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ఆశయముల / రసాయన విశ్లేషణ నివేదిక (వర్తిస్తే) 4. Final police investigation report అంతిమ పోలీసు దర్యాప్తు నివేదిక

\*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents / evidences apart from the given below, if required.  
\*PNB మెట్ లైఫ్ క్రింద పేర్కొన్న ఏవైనా అదనపు డాక్యుమెంట్ లకు / సాక్ష్యాలకు సంబంధించిన పత్రాల గురించి అడగడానికి హక్కు కలిగి ఉంది, అవసరమైతే.

1. POLICY NUMBER/S \_\_\_\_\_  
పాలసీ నంబరు/లు \_\_\_\_\_

**2. DETAILS OF THE CLAIMANT**  
హక్కుదారుని యొక్క వివరాలు

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

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

 Gender  Male  Female  
పేరు: \_\_\_\_\_ పుట్టిన తేదీ: \_\_\_\_\_ లింగం  మగ  మహిళ

Relationship with Life Insured: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_  
జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తితో సంబంధం: \_\_\_\_\_ మొబైల్ / ల్యాండ్ లైన్ నంబరు: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_  
ప్రస్తుత చిరునామా: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Pin Code: \_\_\_\_\_  
పట్టణము: \_\_\_\_\_ రాష్ట్రం: \_\_\_\_\_ పిన్ కోడ్: \_\_\_\_\_

Email ID: \_\_\_\_\_  
ఇమెయిల్ ఐడి: \_\_\_\_\_

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

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

  
పాస్ నం. / ఫారం 60: \_\_\_\_\_ \*ఆధార్ సంఖ్య: \_\_\_\_\_

\*Only last 4 digits to be mentioned.  
\*చివరి 4 అంకెలు మాత్రమే తెలపాలి.

**3. BANKING DETAILS**  
బ్యాంకింగ్ వివరాలు

Bank Account No.: \_\_\_\_\_ Account holder name: \_\_\_\_\_  
బ్యాంకు ఖాతా నం: \_\_\_\_\_ ఖాతాదారుని పేరు: \_\_\_\_\_

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Address of the Bank: \_\_\_\_\_  
బ్యాంకు పేరు: \_\_\_\_\_ బ్యాంకు చిరునామా: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_

రాష్ట్రం: \_\_\_\_\_ పిన్ కోడ్: \_\_\_\_\_

MICR:

IFSC:

ఎఫ్ఎస్ఐ: \_\_\_\_\_

ఐ ఎఫ్ ఎస్ సి: \_\_\_\_\_

#### 4. LIFE INSURED DETAILS

##### జీవిత బీమా వివరాలు

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

బీమా సభ్యుని యొక్క పేరు: \_\_\_\_\_ మరణం యొక్క తేదీ: \_\_\_\_\_

Time of Death:  AM/PM Place of Death:  Home  Hospital  Office  Others (please Specify Others / Hospital name)

మరణం యొక్క సమయం: \_\_\_\_\_ మరణ స్థలం:  ఇల్లు  ఆసుపత్రి  ఆఫీసు  ఇతరములు (దయచేసి పేర్కొనండి) \_\_\_\_\_

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

మరణానికి కారణం:  ప్రమాదము  హత్య  ఆత్మహత్య  సహజము  అనారోగ్యం  ఇతరములు (దయచేసి పేర్కొనండి) \_\_\_\_\_

#### 5. NATURE OF ILLNESS & HABITS

##### అనారోగ్యం యొక్క స్వభావం మరియు అలవాట్లు

Date of Diagnosis  
నిర్ధారణ తేదీ

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

రక్తపోటు  డయాబిటీస్  ఆస్థమా  ఐహెచ్ డి  మాలిగ్నెన్సీ  ఇతరములు (దయచేసి పేర్కొనండి) \_\_\_\_\_

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs- if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_  
Quantity consumed \_\_\_\_\_ (Per-Day/Week/Month).

ధూమపానం  మద్యం  పొగాకు  డ్రగ్స్-అవును అయితే, వినియోగ వ్యవధి \_\_\_\_\_

పరిమాణం సేవించినది \_\_\_\_\_ (రోజు/వారం/నెలకు).

#### 6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

##### యజమాని /వ్యాపారం/ వృత్తి వివరాలు

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

చివరి యజమాని పేరు/వ్యాపారం/వృత్తి: \_\_\_\_\_

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

సని/హోదా స్వభావం: \_\_\_\_\_

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

ఉద్యోగం/వ్యాపారం/వృత్తి చిరునామా: \_\_\_\_\_

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

రాష్ట్రం: \_\_\_\_\_ పిన్ కోడ్: \_\_\_\_\_ మొబైల్/లాండ్ లైన్ నంబర్: \_\_\_\_\_

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

మరణించడానికిముందు చివరి 5 సంవత్సరాలలో బీమా సభ్యుడు చికిత్స తీసుకున్న ఆసుపత్రి పేరు, చిరునామా, మరియు చిరునామాలు మరియు అన్ని వైద్యుల మరియు ఆసుపత్రి యొక్క సంప్రదింపు వివరాలు

Name of Doctor/ Hospital వైద్యుడు/ఆసుపత్రి పేరు	Address and Contact Details చిరునామా మరియు సంప్రదింపు వివరాలు	Disease /Condition Treated For వ్యాధి/చికిత్స కోసం పరిస్థితి	Treatment Dates (From- To) చికిత్స తేదీలు (నుండి-వరకు)

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

##### జీవితంలోని ఇతర జీవిత బీమా పాలసీల వివరాలు

Name of Life Insurance Company లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ పేరు	Policy Number/s పాలసీ నంబరు/లు	Policy Commencement Date పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	Coverage Amount (Rs.) ప్రమాద పరిమితి మొత్తం (రూ.)	Claim Submitted సమర్పించిన దావా

#### Declaration and Authorization

##### ప్రకటన మరియు అధికారపత్రం

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.

పైన పేర్కొన్న అన్ని ప్రకటనలూ నిజమైనవి మరియు పూర్తియైనవి మరియు నావైపు నుండి ఏమీ దాచిపెట్టలేదని నేను ప్రకటిస్తున్నాను. దావా సమకూర్చడంలో పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ బాధ్యత వహించలేదు లేదా పాలసీ క్రింద దాని హక్కులను ఏదీ రద్దు చేయలేదు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

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.

నేను / మేము ఇందుకోసం మరణించిన వ్యక్తి / బీమా చేసేటప్పుడు లేదా పరిశీలించిన లేదా చికిత్స చేసిన వైద్యుడు / వైద్యులు లేదా ఆస్పత్రులు, వైద్య కేంద్రాలు మరణించిన వ్యక్తి / బీమా, ప్రస్తుత/గత యజమానులు లేదా జీవిత బీమా యొక్క వ్యాపార భాగస్వాములు, జన్మ మరియు మరణ రిజిస్ట్రార్, రోగనిర్ధారణ కేంద్రాలకు పాలసీలను జారీ చేసిన ఏదైనా బీమా లేదా అనారోగ్యం లేదా ఇతర ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ కోసం వ్యక్తిగత/అధికారిక / బీమా సంబంధిత ఆరోగ్య పరీక్షలు లేదా ఇతర వివరాల గురించి ఏదైనా పరిష్కారము లేదా సమాచారం లేదా పత్రాలను బహిర్గతం లేదా పంచుకునేందుకు వైద్య పరీక్షలు. అతడు/వారు పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ద్వారా పాలసీ జారీ చేయబడక ముందు మరియు తరువాత వాటిని జరపడానికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. దీని ఫోటో కాపీ ఆధికార పత్రం వాస్తవంగా సమర్థవంతంగా మరియు మానికముగా పరిగణించబడుతుంది. ప్రమాద పరిమితి చనిపోయిన వ్యక్తి ద్వారా ఆర్జించినది కాబట్టి \_\_\_\_\_ ప్రయోజనం కోసం అతను/ఆమె తీసుకున్న లోన్ కింద వసూలు కాని డబ్బు పొందుటకు \_\_\_\_\_ బ్యాంక్ / జి.పి.హెచ్. నేను మిమ్మల్ని చెల్లించమని కోరుకుంటున్నాను. రూ. \_\_\_\_\_ లోన్ కింద బ్యాంక్ / జి.పి.హెచ్ కు మరణం నాటికి వసూలు కాని డబ్బు, వసూలు కాని డబ్బు చెల్లింపు తర్వాత ఏదైనా శేషం ఉంటే నా పేరులో చెల్లించబడుతుంది.

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 reinsures, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services

నేను/మేము పి.ఎన్.బి మెట్ లైఫ్ సేవలను లేదా తన దగ్గర ఉన్న నా / మా వ్యక్తిగత మరియు సున్నితమైన సమాచారాన్ని (ఈ నివేదిక లో ఉన్నది లేదా పొందింది) ఏ వ్యక్తి కె.వై.సి పత్రము సంబంధించి లేదా అనుబంధంగా లేదా నిమగ్నమైనది వాడుకకు మరియు బహిరంగపర్చడానికి సంస్థ/వ్యక్తికి పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఈ పునర్వీమాలను ప్రాసెస్ చేయడం మరియు /లేదా తదుపరి సేవలను అందించడం కోసం ఇన్వెస్టిగేషన్, పరిశోధనాత్మక ఏజెన్సీలు, విక్రేతలు మరియు పరిశ్రమ సంఘాలు / సమాఖ్యలు వంటివి కలుపుకోవడానికి అనుమతించుచున్నాము మరియు అంగీకరిస్తున్నాము

Signature/ Left Thumb impression of Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 హక్కుదారుని యొక్క సంతకం/ఎడమ బొటనవేలు ముద్ర \_\_\_\_\_ తేదీ \_\_\_\_\_

**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)**

దావా ఫారంను నింపుతున్న వ్యక్తి యొక్క ప్రకటన. (దావా ఫారం, దరఖాస్తు ఫారం నింపబడిన భాష కాకుండా వేరే భాషలో నింపబడి ఉంటే/సంతకం చేయబడి ఉంటే)

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

ఈ దావా ఫారంలోని విషయాలను దావాదారునికి అతనికి/ఆమెకు అర్థమయ్యే భాషలో, నేను పూర్తిగా వివరించానని ఇందుమూలముగా ప్రకటిస్తున్నాను. వాటిని అతను/ఆమె పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నారు మరియు దావాదారు అందించిన సమాచారం ప్రకారంగా జవాబులు రికార్డు చేయబడ్డాయి మరియు ఆ జవాబులను బిగ్గరగా చదివి వినిపించను, మరియు అవి దావాదారుని ద్వారా పూర్తిగా అర్థం చేసుకోబడి ధృవీకరించబడ్డాయి.

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

ఈ ఫారం మరియు పత్రంలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడినవి మరియు ప్రతిపాదిత దావా కొరకు ఇక్కడ పొందుపరచిన విషయాలను మరియు వాటి ప్రాధాన్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను

DATE తేదీ	PLACE స్థలం	Signature of the Declarant ప్రకటనదారుని సంతకం	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee సంతకం / ఎడమ బొటనవేలు ముద్ర/నామినీ
Name of Witness: _____ సాక్షి పేరు: _____		Signature of Witness: _____ సాక్షి సంతకం: _____	
Address of Witness: _____ సాక్షి చిరునామా: _____			
Date: _____ తేదీ: _____	Place: _____ స్థలం: _____		

**DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP**  
**మరణ దావా గుర్తింపు చీటీ**

Policy number(s) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 పాలసీ నంబరు (లు)

Name of claimant \_\_\_\_\_  
 దావాదారుని పేరు

Branch name & code \_\_\_\_\_  
 బ్రాంచి పేరు మరియు కోడ్

Date: \_\_\_\_\_ Employee name & Code \_\_\_\_\_  
 తేదీ: \_\_\_\_\_ ఉద్యోగి పేరు మరియు కోడ్

- Documents Submitted: పత్రాలు సమర్పించబడినవి:
- Original Policy Document అసలైన పాలసీ పత్రము
  - Claimant's photo identity proof దావాదారుని ఫోటో గుర్తింపు ఋజువు
  - Claimant's Current address Proof దావాదారుని ప్రస్తుత చిరునామా ఋజువు
  - Cancelled cheque / Copy of bank passbook రద్దు చేయబడిన చెక్కు/బ్యాంక్ పాస్ బుక్ కాపీ
  - Copy of death certificate issue by local municipal authority స్థానిక పురపాలక అధికారం ద్వారా జారీ చేయబడిన మరణ ధృవీకరణ పత్రం యొక్క కాపీ
  - Medical Documents (if any) వైద్య పత్రాలు (ఏవైనా ఉంటే)
  - Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor) డాక్టర్ యొక్క సర్టిఫికేట్ (కుటుంబ వైద్యుని నుండి లేదా చికిత్స చేయుచున్న వైద్యుని నుండి)
  - Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party దావాదారుని నుండి అధికృత లేఖ మరియు దావా సమాచారం మూడవ పక్షం నుండి అందుకోబడి ఉంటే, ఆ వ్యక్తి యొక్క వెబ్ క్యాం ఫోటో
  - Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official బ్యాంక్ అధికారి ద్వారా ధృవీకరించబడిన ప్రస్తుత తేదీ వరకు బ్యాంక్ నుండి లోన్ బకాయి స్టేట్మెంట్

Company Seal & Stamp with Date and time  
 సీలు ముద్ర  
 స్థాంపు, తేదీ  
 మరియు  
 సమయంతో

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.

ఈ గుర్తింపు చీటీని దావా అంగీకారంగా పరిగణించకూడదు. దావా ప్రాసెసింగ్ పై నిర్ణయించడానికి అదనపు పత్రాలు, సమాచారం మరియు ఏవైనా అవసరమైనవి పొందడానికి కంపెనీకి హక్కులు ఉన్నాయి.

**Terms and Conditions:**

**నిబంధనలు మరియు షరతులు:**

- 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.  
అవసరమైన తప్పనిసరి పత్రాలతో పాటు పూరించిన దావా ఫారం యొక్క సమర్పణ, పాలీసీ కింద మా కంపెనీ అర్హతకు అనుమతిగా భావించకూడదు. ఎవరైనా ఏజెంట్ / మధ్యవర్తికి కంపెనీ తరపున ఎటువంటి అర్హతలను అనుమతించడానికి అధికారం లేదు.
- 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.  
దిగువ ఇచ్చిన అవసరమైన తప్పనిసరి పత్రాలతో పాటు ఈ ఫారం యొక్క శీఘ్ర సమర్పణ, మీ దావాను వేగంగా ప్రాసెస్ చేయడానికి మాకు సహాయపడుతుంది. పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ అసంపూర్తి దావా ఫారం మరియు / లేదా తప్పనిసరి పత్రాలు సమర్పణ చేయని పక్షములో ఖాతా దావా ప్రాసెస్ లో కలుగు ఆలస్యమునకు బాధ్యత వహించదు.

**For Office Use Only**

**కార్యాలయ వినియోగం కొరకు మాత్రమే**

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

దస్తావేజుకు **తేదీ మరియు సమయము** ఇక్కడ బ్రాంచ్ సర్వీస్ అసోసియేట్ యొక్క సంతకంతో OSV /ASV యొక్క వివరాలతో స్టాంప్ చేయండి

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

దరఖాస్తు నం.: \_\_\_\_\_

HO, Claims to Affix the date seal here.  
(Time, if received directly.)

HO, ఇక్కడ తేదీ ముద్రను అనుకరించడానికి వాదిస్తుంది.  
(సమయం, నేరుగా అందుకుంటే)

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

పిఎన్బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

నమోదిత కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక, భారత దీమా నియ్య మరియు అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ఇమెయిల్: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు

చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు, టెక్నిప్లెక్స్-1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర్ సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

# Credit Account Statement Form

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

## క్రెడిట్ ఖాతా స్టేట్మెంట్ ఫారం

(క్రింద పాయింట్లు బ్యాంక్ అధికారి తప్పనిసరిగా నింపాలి)

S No. వరుస నం.	Particulars వివరములు	Filled by GPH జి పి హెచ్ ద్వారా నింపబడినది
1	Name of the Group Master Policy Holder గ్రూప్ మాస్టర్ పాలసీ హక్కుదారు యొక్క పేరు	
2	Group Master Policy Number గ్రూప్ మాస్టర్ పాలసీ నంబరు	
3	Name of Insured Member బీమా సభ్యుని పేరు	
4	Risk-commencement Date రిస్క్-ప్రారంభ తేది	
5	Sum Assured హామీ ఇవ్వబడిన మొత్తం	
6	Original amount of Loan అసలు ఋణం మొత్తం	
7	Outstanding Loan balance amount as on the date of death మరణించిన తేదీన వసూలు కాని ఋణం మొత్తము	
8	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) మిగిలిన దావా మొత్తము (మరణం యొక్క తేదీన హామీ ఇవ్వబడిన మొత్తం మరియు వసూలు కాని ఋణం మొత్తము వ్యత్యాసం)	
9	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) ఋణాలవైపు మాస్టర్ పాలసీ హక్కుదారు చేసిన రికవరీల వివరాలు (ఋణ ఖాతాలో డెబిట్ మరియు క్రెడిట్ ఎంట్రీలు)	

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

క్రింద పేర్కొన్న సమాచారం ఖచ్చితత్వానికి ధృవీకరించబడిందని మేము ప్రకటిస్తున్నాము.

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

బ్యాంక్ అధికారి యొక్క స్టాంపు, తేది మరియు సంతకం

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

పిఎన్బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

నమోదిత కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియంత్రిక మరియు అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ఇమెయిల్: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు

చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు, టెక్నిప్లెక్స్-1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203