

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

మరణ దావా కొరకు హక్కుదారుని ప్రకటన (ఎస్ ఎస్ జి మరియు అనుబంధం)

Group Policy Number సమూహ పాలసీ నంబరు	
Group Policy Holder Name సమూహ పాలసీదారుని పేరు	
Member number సభ్యుని సంఖ్య	
Date of Joining the Policy పాలసీలో చేరిన తేదీ	
Certificate Number ధృవీకరణ పత్రం సంఖ్య	
Loan disbursal date ఋణ పంపిణీ తేదీ	
Outstanding loan as of date of death of member సభ్యుని మరణ తేదీ నాటికి బకాయి పడిన ఋణం	
Details of the Insured Member: బీమా చేయబడిన సభ్యుని వివరాలు:	
Full name పూర్తి పేరు	
Residential Address నివాస చిరునామా	
PAN No./ Form 60 పాన్ నం. / ఫారం 60	
Gender లింగము	Male పురుషుడు
	Female స్త్రీ
	Age at death: మరణించే నాటికి వయస్సు:
Nature of occupation వృత్తి స్వభావం	
Date of birth (as per records) పుట్టిన తేదీ (రికార్డుల ప్రకారం)	
Date of death and Time of Death మరణ తేదీ మరియు మరణ సమయం	
Cause of death మరణానికి కారణం	<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"/> ప్రమాదము <input type="checkbox"/> హత్య <input type="checkbox"/> ఆత్మహత్య <input type="checkbox"/> కోవిడ్ 19 <input type="checkbox"/> ప్రకృతి వైపరీత్యం <input type="checkbox"/> గుండె జబ్బు <input type="checkbox"/> కిడ్నీ వ్యాధి <input type="checkbox"/> కాలేయ వ్యాధి <input type="checkbox"/> క్యాన్సర్ <input type="checkbox"/> ఇతరములు (దయచేసి పేర్కొనండి) _____
Place of death మరణించిన చోటు	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> ఇల్లు <input type="checkbox"/> ఆసుపత్రి <input type="checkbox"/> ఆఫీసు <input type="checkbox"/> ఇతరములు (దయచేసి పేర్కొనండి) _____
In case of death due to illness జబ్బు వలన మరణం సంభవించినట్లయితే	
When and where did the insured member give first indication of falling ill బీమాదారుడు తను జబ్బు పడినట్లుగా మొట్టమొదట సూచన ఎక్కడ మరియు ఎప్పుడు తెలిపారు	
Date and type of illness జబ్బు తేదీ మరియు రకము	
Treatment given అందించబడిన చికిత్స	
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness చివరి అనారోగ్యం సమయంలో బీమా చేసిన వ్యక్తిని డాక్టర్ పేరు, చిరునామా మరియు ఫోన్ నంబర్ సంప్రదించండి	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness బీమాదారుడు తన జబ్బుకు చికిత్సను పొందిన ఆసుపత్రి పేరు మరియు చిరునామా	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents ప్రమాదం వలన మరణం సంభవించిన సందర్భంలో: ఎఫ్.ఐ.ఆర్ మరియు పి.ఎం.ఆర్ (జి.పి.హెచ్ ద్వారా ధృవీకరించబడినది) లను దావా పత్రాలతో పాటు సమర్పించాలి	
Date and Time of accident ప్రమాదం జరిగిన తేదీ మరియు సమయం	
Details of accident ప్రమాదం వివరాలు	
Address of Police Station to which the accident was reported ప్రమాదం నివేదించబడిన పోలీసు స్టేషన్ చిరునామా	
FIR number ఎఫ్.ఐ.ఆర్ నంబర్	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted పోస్ట్ మార్టమ్ నిర్వహించబడిన ఆసుపత్రి పేరు మరియు చిరునామా	

Details of Claimant/Nominee హక్కుదారుని/నామినీ వివరాలు	
Name of the claimant హక్కుదారుని పేరు	
Relationship with the insured and % of Share బీమాదారునితో బంధుత్వం మరియు % వాటా శాతం	
Address of the claimant హక్కుదారుని చిరునామా	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) పాన్ నం. / ఫారం 60 (తప్పనిసరి)	
Email and phone number ఇమెయిల్ మరియు ఫోన్ నంబర్	
Claimant/Nominee's Bank details హక్కుదారుని/నామినీ బ్యాంకు వివరాలు	
Bank Name and complete address బ్యాంక్ పేరు మరియు పూర్తి చిరునామా	
Account type ఖాతా రకము	Savings సేవింగ్స్
	Current కరెంట్
Bank account number బ్యాంక్ ఖాతా నంబరు	
MICR code: ఎం.ఐ.సి.ఆర్ కోడ్:	IFSC Code: ఐ.ఎఫ్.ఎస్.సి కోడ్:

Declaration from Claimant / Nominee

హక్కుదారుని/నామినీ నుండి ప్రకటన

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.

నేను / మేము _____ దీని ద్వారా ప్రకటిస్తున్నా/దేమిటంటే, నేను / మేము పైన పేర్కొన్న పాలసీలోని బీమాదారులైన, మరణించిన శ్రీ/శ్రీమతి _____

యొక్క నామినీ / లు / చట్టపరమైన వారసులం.

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.

పాలసీ కింద చెల్లించవలసిన మొత్తాన్ని చెల్లించిన తరువాత, పి.ఎన్.బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పైన పేర్కొన్న వాటి నుండి ఉత్పన్నమయ్యే మరణించిన సభ్యుడి బీమా కవరేజీకి సంబంధించి దాని యొక్క అన్ని బాధ్యతల నుండి నిశ్చయంగా విడుదల చేయబడుతుందని నేను / మేము దీని ద్వారా తిరిగి మార్చలేము. విధానం. పైన పేర్కొన్న మరణించిన వ్యక్తికి హాజరైన లేదా పరీక్షించిన లేదా చికిత్స చేసిన / ఏదైనా అలిమెంట్ లేదా అనారోగ్యానికి బీమా చేసిన వైద్యుడు / డాక్టర్ / లు, ఆస్పత్రులు, వైద్య కేంద్రాలు మొదలైన వాటికి నేను / మేము దీని ద్వారా అధికారం ఇస్తాము, పైన పేర్కొన్న మరణించిన వ్యక్తికి పాలసీలు జారీ చేసిన బీమా కంపెనీలు / బీమా చేయబడిన, ప్రస్తుత / గత యజమానులు లేదా బీమా చేసిన జీవిత సహచరులు, జనన మరియు మరణ రిజిస్ట్రార్, రోగ నిర్ధారణ కేంద్రాలు, ఇందులో బీమా చేయబడిన వ్యక్తి మరణించిన వ్యక్తి యొక్క స్థితికి సంబంధించి ఏదైనా జ్ఞానం లేదా సమాచారం లేదా పత్రాలను బహిష్కరించేయడానికి లేదా పంచుకునేందుకు పిఎన్బి మెట్ లైఫ్ పాలసీ జారీ చేయడానికి ముందు లేదా తరువాత అతను / వారు సంపాదించిన ఆరోగ్యం లేదా ఇతర వివరాలతో లబించే ఆరోగ్యం, వ్యక్తిగత / అధికారిక / బీమా సంబంధిత వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్నారు.

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.

ఈ అధికారం యొక్క షోట్‌కాపీ అసలైనదిగా చెల్లుబాటు అవుతుంది. _____ బ్యాంక్ / పైనాన్షియల్ ఇన్స్టిట్యూషన్ / జిపిహెచ్ నుండి అతను / ఆమె పొందిన ఋణం కింద చెల్లించాల్సిన మరియు చెల్లించవలసిన బాకీని పొందడం కోసం ఈ కవరేజ్, మరణించిన వారయిన _____ ద్వారా పొందబడింది కాబట్టి, నేను / మేము మీకు రూ. _____ బ్యాంక్ / పైనాన్షియల్ ఇన్స్టిట్యూషన్ / జిపిహెచ్ నుండి ఋణ బకాయి యొక్క డిస్కాంట్ / పాక్షిక డిస్కాంట్ వైపు. చెప్పిన బకాయిల యొక్క ఏదైనా బ్యాలెన్స్ షోట్ చెల్లింపు నా / మా పేరులో చెల్లించబడుతుంది.

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.

నేను / మేము నా / మా ఖాతాకు అధికంగా జమ చేసిన మొత్తాన్ని లేదా నాకు / మాకు బకాయిపడని మొత్తాన్ని, ఎప్పుడైనా, ఏ కారణం అయినా మరియు ఈమేరకు తిరిగి చెల్లించడానికి కట్టుబడి ఉంటాము. ఇక్కడ పేర్కొన్న వివరాలు నిజమని, సరైనవి మరియు అన్ని విధాలుగా సంపూర్ణమయినవని నేను దీని ద్వారా ధృవీకరిస్తున్నాను. నేను / మేము దీని ద్వారా పిఎన్బి మెట్‌లైఫ్ ను సున్నితమైన మరియు వ్యక్తిగత డేటా లేదా గని / మా సమాచారంతో సహా ఏదైనా సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి మరియు బహుగతం చేయడానికి పిఎన్బి మెట్‌లైఫ్ (ఈ స్టేట్‌మెంట్‌లో ఉన్నప్పటికీ లేదా పొందగలిగినా) తో సహా అందుబాటులో ఉండవచ్చు. నా / మా కె.వై.సి డాక్యుమెంట్ ఈ దావాను ప్రాసెస్ చేయడానికి మరియు / లేదా తదుపరి సేవలను అందించడానికి, రీఇన్సూరెన్స్, క్లెయిమ్ ఇన్వెస్టిగేటివ్ ఏజెన్సీలు, విక్రేతలు మరియు పరిశ్రమ సంఘాలు / సంఘాలతో సహా పిఎన్బి మెట్‌లైఫ్ అనుబంధించబడిన లేదా అనుబంధించబడిన లేదా నిమగ్నమైన ఏదైనా వ్యక్తి / సంస్థ / సంస్థలను అంగీకారం తెలుపుతున్నాము.

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

అసలైన పాలీసీ బాండ్ మరియు పత్రానికి బదులుగా క్లెయిమెంట్ యొక్క నష్టపరిహారం / వాళ్ళాల్లము / వారంటీ మరియు ప్రాతినిధ్యాలు

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.

అసలు పాలీసీ ఒప్పందం తాకట్టు పెట్టడం, తనఖా పెట్టడం, కేటాయింపు లేదా దానిపై ఏదైనా ప్రతికూల తాత్కాలిక హక్కు, యాజమాన్యత్వం, దానిపై ఆసక్తిని పాలసీదారు లేదా చట్టపరమైన వారసుల ద్వారా సృష్టించడం జరగలేదని నేను తిరుగులేని విధంగా గుర్తించాను, ప్రాతినిధ్యం వహిస్తాను మరియు వాళ్ళాల్లం ఇస్తున్నాను, మరియు కంపెనీ నుండి పాలీసీ క్రింద క్లెయిమ్ యొక్క పూర్తి మరియు చివరి చెల్లింపు యొక్క పూర్తి నిష్పలమైన పత్రం అందుకున్న తరువాత దానిని నాశనం చేస్తానని వాళ్ళాల్లం ఇస్తున్నాను. అన్ని నష్టాలకు ప్రతిగా కంపెనీకి నా ద్వారా నష్టపరిహారాన్ని అందించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను, అసలు పాలీసీ ఒప్పందం యొక్క పంపిణీ లేదా ఇక్కడ ప్రాతినిధ్యాలు / వారంటీలకు సంబంధించి ఏదైనా నుండి ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా క్లెయిములు. పాలీసీదారుడు / బీమాదారుని యొక్క నామినీ, చట్టపరమైన వారసుడు లేదా వారసుడు నాకు చెల్లింపు చేసిన తరువాత ఈ పాలీసీ / అనగా ఉత్పన్నమయ్యే అన్ని బాధ్యతల నుండి నిశ్చయంగా విడుదల చేయబడాలని కంపెనీతో నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను.

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.

నా ద్వారా జరిగిన ఏదైనా సరికాని, తప్పుడు, లేదా తప్పుడేవ పట్టిందే లేదా లోటు సమాచారం, నాపై మరియు నా ఆస్తులపై సివిల్ మరియు క్రిమినల్ కేసుల బాధ్యతే కాకుండా, క్లెయిమ్ యొక్క తిరస్కరణకు దారితీస్తుందని లేదా ఖర్చు మరియు పరిహారంతో సహా క్లెయిమ్ ఆదాయాన్ని తిరిగి చెల్లించవలసి వస్తుందని నేను గుర్తిస్తున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s _____ Date: _____
 హక్కుదారుడు/ల సంతకం / బొటనవేలి ముద్ర _____ తేదీ: _____

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.

హక్కుదారు తన / ఆమె బొటనవేలు ముద్రను అతికించిన / వెర్నాక్యులర్ | లో సంతకం చేసిన మూడవ వ్యక్తి చేత చేయవలసిన ప్రకటన దీని ద్వారా ప్రకటిస్తున్నాను. ఈ దరఖాస్తు ఫారమ్ యొక్క విషయాలను హక్కుదారు / లకు _____ అతనికి / ఆమెకు / తెలిసిన భాషలో వివరించాను. అవి మరియు నాకు అందించిన సమాధానాలను నిజంగా రికార్డ్ చేశాయి. నా సమక్షంలో హక్కుదారులు అతని / ఆమె / వారి బొటనవేలు ముద్రపై సంతకం చేశారని నేను ప్రకటించాను.

Name: _____ Contact No. _____
 పేరు: _____ సంప్రదింపు నం. _____
 Signature _____
 సంతకం _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)	
క్రెడిట్ అకౌంట్ స్టేట్‌మెంట్ (క్రింద ఉన్న ఫీల్డ్లను గ్రూప్ మాస్టర్ పాలీసీ హోల్డర్ తప్పనిసరిగా పూరించాలి)	
1) Name of the Group Master policy holder గ్రూప్ మాస్టర్ పాలీసీ హోల్డర్ పేరు	
2) Group Master policy number గ్రూప్ మాస్టర్ పాలీసీ నంబర్	
3) Name of the Insured Member బీమాచేయబడిన సభ్యుని పేరు	
4) Loan Account number లోన్ అకౌంట్ నంబర్	

5) Loan Disbursement date లోన్ పంపిణీ తేదీ	
6) Date of Commencement of Risk ప్రమాదం ప్రారంభ తేదీ	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ సభ్యునికి బీమా చేయబడ్డ మొత్తం	
8) Original amount of Loan లోన్ యొక్క అసలు మొత్తం	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan లోన్ పట్ల మాస్టర్ పాలసీ హోల్డర్ చేసిన రికవరీల వివరాలు	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member సభ్యుడు మరణించిన తేదీ నాటికి బకాయి ఉన్న లోన్ మొత్తం	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) బ్యాలెన్స్ క్లెయిమ్ మొత్తం (నామినీకి చెల్లించాల్సిన మొత్తం)	

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.

మేము దీని ద్వారా ప్రకటించాము, మరణించిన, వారి మరణ ధృవీకరణ పత్రం ఇక్కడ జతచేయబడింది, వీరు పైన పేర్కొన్న సమూహ పాలసీలో సభ్యుడు. పైన పేర్కొన్న వివరాలు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి, సరైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మేము దీని ద్వారా ధృవీకరిస్తున్నాము. మా ఖాతాకు జమ అయిన మొత్తాన్ని అధికంగా లేదా మా వల్ల కాదు, ఎప్పుడైనా, ఏ కారణం చేతనైనా తిరిగి చెల్లించటానికి మేము ప్రయత్నిస్తాము.

Verified & Recommended by
ధృవీకరించినవారు మరియు సిఫారసు చేసినవారు

Group Policy Holder Name [Company Seal]
సమూహ పాలసీదారుని పేరు [కంపెనీ సీలు]

Name:
పేరు:

Date:
తేదీ:

Signature of the official
అధికారి సంతకం

Documents required:

అవసరమైన పత్రాలు:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
స్థానిక అధికారం జారీ చేసిన చెల్లుబాటు అయ్యే మరణ ధృవీకరణ పత్రం కాపీ
- Current Address Proof of the Nominee
నామినీ యొక్క ప్రస్తుత చిరునామా రుజువు
- Photo Identity Proof of the Nominee
నామినీ యొక్క ఫోటో గుర్తింపు రుజువు
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
బ్యాంకు పాస్ బుక్ కాపీ / రద్దు చేయబడిన చెక్కు
- 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
ప్రమాదం కారణంగా మరణం జరిగితే, మరణానికి సంబంధించిన ఋజువుతో పాటు క్రింద పేర్కొన్న ఏదైనా ఒక పత్రాన్ని సమర్పించాలి: తుది పోలీసు దర్యాప్తు నివేదిక, విచారణ నివేదిక లేదా పంచనామా మరియు పోస్ట్ మార్టం నివేదిక కాపీ
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
సంస్మరణ/వార్తాపత్రిక కట్టింగ్ (అందుబాటులో ఉంటే)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
విసెరా / రసాయన విశ్లేషణ నివేదిక (వర్తిస్తే)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
నామినీ లేని పక్షంలో చట్టపరమైన వారసుడు/వారసత్వ ధృవీకరణ పత్రం
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
చనిపోయిన తేదీ నాటికి లోన్ బకాయి స్టేట్మెంట్ మరియు బ్యాంక్ నుండి స్టాండర్డ్ ఫార్మాట్ లో క్రెడిట్ ఖాతా స్టేట్మెంట్
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
ప్రతిపాదన దశలో (పాత పాలసీలు) బీమా చేసిన వ్యక్తి నుండి అనుమతి తీసుకోనట్లయితే స్టాండర్డ్ ఫార్మాట్ లో నామినీ డిక్లరేషన్ స్టేట్మెంట్
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
మరణించినవారి సభ్యత్వాన్ని మరియు అతని/ఆమె మరణాన్ని నిర్ధారిస్తూ సంబంధిత సామాజిక రంగ సమూహం నుండి కవర్ లేఖ.
- Certificate of Insurance
బీమా ధృవీకరణపత్రం
- Age proof of the Insured
బీమా చేసిన వ్యక్తి యొక్క వయస్సు ఋజువు