

## Claimant Statement for Credit Life Claims

### کریڈٹ لائف مطالبات کے لیے مدعی کا بیان

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy

پالیسی کے تحت مدعی کے بیان کا فارم لازماً مدعی/مقررہ فائدہ اٹھانے والے/قانونی طور پہ حقدار شخص کو پُر کرنا چاہیے۔

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only

یہ فارم ایک ہی رنگ کی سیاہی سے صرف ایک ہی شخص کو پُر کرنا ہوگا

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below

دعویٰ کی کارروائی کے لئے درکار سارے دستاویزات "دعاؤوں کے شمارے" میں بھیجے جانے چاہیے، جو کہ نیچے دیے گئے بیج میں مذکور ہے۔

All supporting documents to be self - attested by nominee

سارے معاون دستاویزات جو کہ خود نامزد کردہ کے ذریعہ تصدیق شدہ ہوں

Documents to be Submitted دستاویزات جو جمع کرنے ہیں	
Mandatory Documents لازمی دستاویزات	Additional documents* to be submitted اضافی دستاویزات* جو جمع کروانے ہیں
<p>1. Copy of death certificate issued by local municipal authority مقامی میونسپل اتھارٹی سے جاری کردہ وفات کے سرٹیفیکیٹ کی ایک کاپی</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ڈاکٹر کا سرٹیفیکیٹ (خاندانی ڈاکٹر یا علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے)</p> <p>3. Original policy document پالیسی کی اصل دستاویز</p> <p>4. Current address proof موجودہ پتہ کا ثبوت</p> <p>5. Photo identity proof تصویر پہچان کا ثبوت</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook منسوخ شدہ چیک/ بینک پاس بک کی کاپی</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party دعویدار کی جانب سے اجازت نامہ، اگر دعویٰ کی اطلاع کسی تیسرے فریق کے ذریعے سے ملی ہو</p> <p>8. Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official بینک کی طرف سے موت والی تاریخ تک کا قرض کے بقایاجات کا بیان، بینک افسر سے تصدیق شدہ</p>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> <u>توم سے سبجو یک پرامیب/توم یعیط</u></p> <p>1. Complete Medical records (Admission notes &amp; Discharge / Death summary &amp; Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death ماضی کے کسی بھی علاج یا وفات کے وقت کا مکمل طبی ریکارڈ (داخلہ کے نوٹ اور خروج / وفات کا خلاصہ اور ٹیسٹ / تحقیق کی رپورٹس وغیرہ)</p> <p><b>Accidental Death</b> <u>حادثاتی موت</u></p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ایف آئی آر، پنچنامہ، تفتیشی رپورٹ، پوسٹ مارٹم رپورٹ کی کاپیاں</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) (اگر دستیاب ہو تو) اعلان وفات/ اخبار کا حصہ (جس میں مرحوم کی سوانح عمری کا بیان ہو)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) (اگر دستیاب ہو تو) انٹڑیوں سے متعلق/ کیمیائی تجزیاتی رپورٹ</p> <p>4. Final police investigation report پولیس کی حتمی تحقیقاتی رپورٹ</p>

\*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given below, if required.

\*اگر ضرورت پڑے تو، پی این بی میٹلائف مندرجہ ذیل کے علاوہ کسی بھی اضافی دستاویزات /ثبوت مانگنے کا حق محفوظ رکھتا ہے۔

1. POLICY NUMBER/S \_\_\_\_\_

پالیسی نمبر/ز \_\_\_\_\_

2. DETAILS OF THE CLAIMANT

دعویدار کی تفصیلات

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

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

 Gender:  Male  Female

نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ جنس:  مرد  عورت

Relationship with Life Insured: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_

لائف انشورڈ سے رشتہ: \_\_\_\_\_ موبائل / ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_ موجودہ پتہ: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Pin Code: \_\_\_\_\_

شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ پین کوڈ: \_\_\_\_\_

Email ID: \_\_\_\_\_ ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

پی اے این نمبر/ فارم 60: \_\_\_\_\_ \*ادھار نمبر: \_\_\_\_\_

\*Only last 4 digits to be mentioned.

\*صرف آخری 4 ہندسے بتائیں۔

3. BANKING DETAILS

بینک سے متعلق تفصیلات

Bank Account No.: \_\_\_\_\_ Account holder name: \_\_\_\_\_

بینک اکاؤنٹ نمبر: \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ رکھنے والے کا نام: \_\_\_\_\_

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Address of the Bank: \_\_\_\_\_  
 بینک کا نام: \_\_\_\_\_ بینک کا پتہ: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
 ریاست: \_\_\_\_\_ پین کوڈ: \_\_\_\_\_  
 MICR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] IFSC: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 ایم آئی سی آر: \_\_\_\_\_ آئی ایف ایس سی: \_\_\_\_\_

#### 4. LIFE INSURED DETAILS

#### لائف انشورڈ کی تفصیلات

Name of the life insured: \_\_\_\_\_ Date of Death: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 جس نے لائف انشور کروائی تھی اس کا نام: \_\_\_\_\_ وفات کی تاریخ: \_\_\_\_\_  
 Time of Death: [ ] [ ] [ ] [ ] AM/PM Place of Death:  Home  Hospital  Office  Others (please Specify Others / Hospital name)  
 وفات کا وقت: \_\_\_\_\_ وفات کی جگہ:  گھر  ہسپتال  دفتر  کوئی اور (براہ مہربانی اس جگہ / ہسپتال کا نام بتائیں)  
 Cause of Death:  Accident  Murder  Suicide  Natural  Illness  Others (please specify) \_\_\_\_\_  
 وفات کی وجہ:  حادثہ  قتل  خودکشی  طبعی موت  بیماری  کوئی اور (براہ مہربانی واضح کریں) \_\_\_\_\_

#### 5. NATURE OF ILLNESS & HABITS

#### Date of Diagnosis

#### بیماری اور عادات کی نوعیت

#### تشخیص کی تاریخ

Hypertension  Diabetes  Asthma  IHD  Malignancy  Others (please specify) \_\_\_\_\_  
 ہائے بلڈ پریشر  ذیابیطس  دمہ  اسکیمک پارٹ ٹیز  کینسر  کوئی اور (براہ مہربانی وضاحت کریں) \_\_\_\_\_  
 Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs- if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_ Quantity \_\_\_\_\_  
 سگریٹ نوشی  شراب  تمباکو  دوائیاں۔ اگر ہاں، تو ان کے استعمال کا عرصہ \_\_\_\_\_ استعمال کی مقدار \_\_\_\_\_  
 consumed \_\_\_\_\_ (Per-Day/Week/Month).  
 (یومیہ / ہفتہ / مہینہ)۔

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

#### ملازمت دینے / کاروبار / پیشہ کی تفصیلات

Last Employer's name/Business/Occupation: \_\_\_\_\_  
 پچھلے ملازمت دینے والے کا نام / کاروبار / پیشہ کی تفصیلات: \_\_\_\_\_  
 Nature of work/designation: \_\_\_\_\_  
 کام / عہدہ کی نوعیت: \_\_\_\_\_  
 Employment/Business/Occupation Address: \_\_\_\_\_  
 ملازمت / کاروبار / پیشہ کا پتہ: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_  
 ریاست: \_\_\_\_\_ پین کوڈ: \_\_\_\_\_ موبائل / ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_

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

ان سبھی ڈاکٹروں/ہسپتالوں کے نام، پتہ اور رابطہ کی تفصیلات جہاں لائف انشورنس کروانے والے کا موت سے پہلے 5 سالوں کے اندر اندر علاج ہوا تھا

Name of Doctor/ Hospital ڈاکٹر / ہسپتال کا نام	Address and Contact Details پتہ اور رابطہ کی تفصیلات	Disease /Condition Treated For بیماری / حالت کا علاج	Treatment Dates (From- To) علاج کی تاریخیں (سے)

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

#### بیمہ شدہ زندگی کی دیگر لائف انشورنس پالیسیوں کی تفصیلات

Name of Life Insurance Company لائف انشورنس کمپنی کا نام	Policy Number/s پالیسی نمبر	Policy Commencement Date پالیسی کے شروع ہونے کی تاریخ	Coverage Amount (Rs.) (بھریائی کی رقم (روپے))	Claim Submitted دعویٰ ارسال ہوگئی

## Declaration and Authorization

### قرارداد اور اجازت نامہ

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.

میں/ہم، اوپر بیان کیا/کئے گیا/گئے دعویدار، پختہ طور پر اقرار کرتا/کرتے ہوں/ہیں کہ اوپر دیے گئے جواب اور بیان پر طرح سے ہلکل سچ ہیں، اور میں/ہم مزید اس بات سے اتفاق کرتے ہیں کہ پی این بی میٹ لائف نے دعویٰ کرنے کے فارم میں کوئی قانونی ذمہ داری تسلیم نہیں کی ہے اور نہ ہی اپنے کسی حق سے چھوٹ دی ہے۔

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 load availed by him/her from \_\_\_\_\_ Bank/GPH, I request you to pay Rs. \_\_\_\_\_ to Bank/GPH towards the load outstanding as on the date of death. Any balance after payment of the outstanding may be paid in my name.

میں/ہم نے یہاں مجاز قرار دیا ہے معالجوں/ڈاکٹروں یا ہسپتالوں، طبی مراکز کو جو کہ مذکورہ فوت شدہ/انشورڈ شخص کے ہاں تیمارداری کرتے تھے یا معائنہ یا علاج کرتے تھے کسی بھی تکلیف یا بیماری کے لئے یا کوئی دوسری انشورنس کمپنی جس نے مذکورہ فوت شدہ/انشورڈ شخص کو پالیسیاں جاری کی، لائف انشورڈ کے موجودہ/ماضی کے آجر یا کاروباری شریک، پیدائش اور وفات کے رجسٹرار، تشخیص کے وہ مراکز جہاں لائف انشورڈ شخص ذاتی/سرکاری/انشورنس سے متعلق طبی ٹیسٹ سے گذرتا تھا تاکہ فوت شدہ شخص کی صحت کے حال یا دوسری تفصیلات سے متعلق کوئی انکشاف یا معلومات یا خبر یا دستاویزات موصول کی جائیں جو کہ اس/انہوں نے پی این بی میٹ لائف کی پالیسی جاری ہونے سے پہلے یا بعد میں حاصل کی ہوں گی۔ اس اجازت نامہ کی ایک نقل اتنی کارآمد اور قابل قبول سمجھی جائے گی جیسے اصل کاپی سمجھی جاتی ہے۔ چونکہ مذکورہ کوریج مرحوم نے حاصل کی تھی اس مقصد کے لیے کہ لوڈ کے بقایاجات حاصل کر سکے جو اس نے \_\_\_\_\_ بینک/جی پی ایچ سے حاصل کیا تھا، میں آپ سے درخواست کرتا/ کرتی ہوں کہ \_\_\_\_\_ پاکستانی روپے بینک/جی پی ایچ کو ادا کریں جو وفات کی تاریخ سے لوڈ میں سے باقی رہ رہے ہیں۔ ادائیگی کے بعد بقایا رہنے والا کوئی بھی بیلنس میرے نام سے ادا کیا جائے گا۔

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

میں/ہم اس بیان کے تحت (PNB) پی این بی میٹ لائف کو PNB میٹ لائف (جو اس بیان میں موجود ہے یا کسی اور طرح سے حاصل ہوا ہے) کے پاس میری / ہماری جمع کردہ یا دستیاب کسی بھی قسم کی ذاتی اور حساس معلومات کو استعمال کرنے اور افشاء کرنے کے لئے مزید رضامندی، اور اس کی اجازت دیتے ہیں، اس میں (PNB) پی این بی میٹ لائف سے منسلک یا متعلق کسی فرد / تنظیم / ادارہ کو دعویٰ پر تحقیق اور دیگر خدمات فراہم کرنے کی غرض سے، KYC کی دستاویز، بشمول ری انشورنس، تفتیش دعویٰ جات، ایجنسیوں، دکانداروں اور انڈسٹری ایسوسی ایشن / فیڈریشن کی معلومات فراہم کرنا بھی شامل ہے۔

Signature/ Left Thumb impression of Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
دستخط/مدعی کے بائیں انگوٹھے کا نشان \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

### 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)

فارم پُر کرنے والے شخص کی جانب سے اعلان۔ (اگر دعویٰ فارم درخواست فارم سے مختلف زبان میں دستخط شدہ / پر شدہ ہے)

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

میں اس تحریر کے ذریعہ یہ اعلان کرتا ہوں کہ میں نے دعویٰ فارم کے مندرجات کو مدعی کے سامنے اس کی سمجھ میں آنے والی زبان میں پوری طرح سے واضح کیا ہے۔ اس نے بھی اس کو پوری طرح سمجھا ہے اور مدعی کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کے مطابق جوابات محفوظ کر دیئے گئے ہیں اور جوابات مدعی کو پوری طرح سمجھا دیئے گئے ہیں اور اس کی تصدیق ہو گئی ہے۔

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

فارم اور دستاویز کے مندرجات کو مجھ پر پوری طرح بیان کیا گیا ہے اور یہ کہ میں مذکورہ مواد اور مجوزہ دعوے کے لئے اس کی اہمیت کو پوری طرح سے سمجھ چکا ہوں۔

DATE تاریخ	PLACE جگہ	Signature of the Declarant اعلان کنندہ کے دستخط	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee دستخط / بائیں انگوٹھے کے تاثر کا دعویدار / نامزد
Name of Witness: _____		Signature of Witness: _____ گواہ کے دستخط:	
Address of Witness: _____		گواہ کا نام: _____	
Date: _____		Place: _____ جگہ:	
_____		_____	
_____		_____	

### DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

#### وفات کے دعوے کے اقرار نامے کی رسید

Policy number(s) _____	پالیسی نمبر
Name of claimant _____	دعویدار کا نام
Branch name & code _____	شاخ کا نام اور کوڈ
Date: _____	تاریخ:
Employee name & Code _____	ملازم کا نام اور کوڈ

Company Seal  
& Stamp with  
Date and time

کمپنی کی مہر اور  
ٹھہپہ، تاریخ اور  
وقت کے ساتھ

Documents Submitted:	<input type="checkbox"/> Original Policy Document دستاویزات پیش کی گئیں: پالیسی کی اصل دستاویز	<input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof دعویدار کی تصویر پہچان کا ثبوت	<input type="checkbox"/> Claimant's Current address Proof دعویدار کے موجودہ پتہ کا ثبوت	
	<input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook منسوخ چیک / بینک پاس بک کی کاپی	<input type="checkbox"/> Copy of death certificate issue by local municipal authority مقامی میونسپل اتھارٹی سے جاری کردہ وفات کے سرٹیفیکیٹ کی کاپی		
	<input type="checkbox"/> Medical Documents (if any) طبی دستاویزات (اگر کوئی ہوں تو)	<input type="checkbox"/> Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor) ڈاکٹر کا سرٹیفیکیٹ (خاندانی ڈاکٹر یا علاج کرنے والے ڈاکٹر سے جاری کردہ)		
	<input type="checkbox"/> Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party دعویدار کی جانب سے اجازت نامہ اور اس شخص کا ایک ویب کیمرہ، اگر دعویٰ کی اطلاع کسی تیسرے فریق کے ذریعے سے ملی ہو			
	<input type="checkbox"/> Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official بینک کی طرف سے موت والی تاریخ تک کا قرض کے بقایاجات کا بیان، بینک افسر سے تصدیق شد			

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.

اس اعترافی سلیپ کو دعویٰ کی قبولیت کے طور پر نہیں مانا جانا چاہیے۔ کمپنی اس دعویٰ پر کارروائی کے فیصلے کے لئے اضافی دستاویزات، معلومات اور کوئی بھی دوسری ضروریات مانگنے کا حق محفوظ رکھتی ہے۔

**Terms and Conditions:****شرائط و ضوابط:**

- 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.  
دعوے کے پر شدہ فارم کو لازمی دستاویزات کے ساتھ، جمع کروانا اس پالیسی کے تحت، ہماری کمپنی پر ذمہ داریوں کو لازم نہیں کرتا۔ کمپنی کی طرف سے کسی بھی ایجنٹ / واسطہ کو کسی بھی ذمہ داری کو قبول کرنے کا اختیار نہیں ہے۔
- 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.  
جیسا کہ ذیل میں فراہم کیا گیا ہے، لازمی دستاویزات کے ساتھ اس فارم کو جلد جمع کروانا ہمیں آپ کے دعوے پر تیزی سے کارروائی کرنے میں مدد دے گا۔ نامکمل دعوے کے فارم جمع کروانے اور / یا لازمی دستاویزات پیش نہ کرنے کی وجہ سے پی این بی میٹ لائف دعویٰ کی کارروائی میں ہونے والی کسی تاخیر کی ذمہ دار نہیں ہوگی۔

**For Office Use Only****صرف دفتری استعمال کے لیے**

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

برانچ سروس ایسوسی ایٹ کے دستخط کے ساتھ او ایس وی / اے ایس وی کی تفصیلات کے ساتھ برانچ سے متعلق تاریخ اور وقت کی ڈاک ٹکٹ پر نقشہ شدہ

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

درخواست نمبر: \_\_\_\_\_

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

ایچ او، تاریخ مہر کو یہاں چسپاں کرنے کا دعویٰ کرتا ہے۔  
(وقت، اگر براہ راست موصول ہوا۔)

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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ربیجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔ سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883، 1-800-425-6969، ویب سائٹ: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com)، ای میل: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیپلیکس -1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکار فلائی اوور، گوریگاؤن (ویسٹ)، ممبئی 400062۔ فون: + 91-22-41790000، فیکس: + 91-22-41790203

# Credit Account Statement Form

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

## کریڈٹ اکاؤنٹ بیان کا فارم

(مندرجہ ذیل نکات لازمی طور پر بینک عہدیدار کو پھرنے چاہئیں)

S No. نمبر شمار	Particulars تفصیلات	Filled by GPH جی پی ایچ کے ذریعہ پر شدہ
1	Name of the Group Master Policy Holder گروپ ماسٹر پالیسی ہولڈر کا نام	
2	Group Master Policy Number گروپ ماسٹر پالیسی ہولڈر کا نمبر	
3	Name of Insured Member بیمہ شدہ رکن کا نام	
4	Risk-commencement Date خطرہ کے وقوع کی تاریخ	
5	Sum Assured طے شدہ رقم	
6	Original amount of Loan قرض کی اصل رقم	
7	Outstanding Loan balance amount as on the date of death وفات کی تاریخ پر قرض کی بقیہ رقم	
8	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) بقیہ مطلوبہ رقم (طے شدہ رقم اور تاریخ وفات پر باقی رہ جانے والی رقم کا فرق)	
9	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) ماسٹر پالیسی کے حامل کی جانب سے قرض کی مد میں کی جانے والی وصولیوں کی تفصیلات (قرض کی رقم میں ڈیبٹ اور کریڈٹ انٹریاں)	

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

ہم تصدیق کرتے ہیں مندرجہ ذیل معلومات تصحیح کے لئے تصدیق شدہ ہیں۔

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

مہر، تاریخ اور بینک افسر کے دستخط

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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، راجیہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کارناتاکا۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔ سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883، 1-800-425-6969 پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیپلیکس -1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویئر ساورکار فلائی اوور، گوریگاؤن (ویسٹ)، ممبئی 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203