

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

وفات کے دعوے کے لیے دعویٰ کنندہ کا بیان نامہ (SSG) اور قرابت داری

Group Policy Number گروپ پالیسی نمبر													
Group Policy Holder Name گروپ پالیسی کے مالک کا نام													
Member number رکن کا نمبر													
Date of Joining the Policy پالیسی میں شمولیت کی تاریخ													
Certificate Number سند کا نمبر													
Loan disbursal date قرضے کی تقسیم کی تاریخ													
Outstanding loan as of date of death of member رکن کی وفات کی تاریخ پر واجب الادا قرضہ													
<b>Details of the Insured Member:</b>													
بیمہ یافتہ رکن کی تفصیلات:													
Full name مکمل نام													
Residential Address رہائشی پتہ													
<input type="checkbox"/> Form 60	<input type="checkbox"/> PAN No.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
فارم 60	نمبر PAN												
Gender جنس	<input type="checkbox"/> Male مرد	<input type="checkbox"/> Female عورت	Age at death: وفات کے وقت عمر:										
Nature of occupation پیشے کی نوعیت													
Date of birth (as per records) تاریخ پیدائش (ریکارڈز کے مطابق)													
Date of death and Time of Death وفات کی تاریخ اور وقت													
Cause of death وفات کی وجہ													
Place of death وفات کا مقام													
<b>In case of death due to illness</b>													
بیماری کے باعث وفات کی صورت میں													
When and where did the insured member give first indication of falling ill بیمہ یافتہ رکن نے بیماری کی پہلی اطلاع کب اور کہاں دی													
Date and type of illness بیماری کی تاریخ اور نوعیت													
Treatment given فرام کیا جانے والا علاج													
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness گزشتہ بیماری کے دوران بیمہ یافتہ فرد کی مشاورت کرنے والے ڈاکٹر کا نام، پتہ اور فون نمبر													
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness اُس اسپتال کا نام اور پتہ جہاں بیمہ یافتہ فرد کی گزشتہ بیماری کا علاج کیا گیا													

<b>In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents</b>	
حادثے کے باعث وفات کی صورت میں: دعوے کی دستاویزات کے ہمراہ FIR اور PMR (GPH کی جانب سے تصدیق شدہ) کو بھی پُر کرنا ہوگا	
Date and Time of accident	حادثے کی تاریخ اور وقت
Details of accident	حادثے کی تفصیلات
Address of Police Station to which the accident was reported	اُس پولیس اسٹیشن کا پتہ جہاں حادثے کی اطلاع دی گئی
FIR number	FIR نمبر
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted	اُس اسپتال کا نام اور پتہ جہاں پوسٹ مارٹم کیا گیا
<b>Details of Claimant/Nominee</b>	
دعویٰ کنندہ/نامزد فرد کی تفصیلات	
Name of the claimant	دعویٰ کنندہ کا نام
Relationship with the insured and % of Share	بیمہ یافتہ فرد سے رشتہ اور % حصہ
Address of the claimant	دعویٰ کنندہ کا پتہ
Contact details Email and phone number	رابطے کی تفصیلات ای میل اور فون نمبر
<b>Claimant/Nominee's Bank details</b>	
دعویٰ کنندہ/نامزد فرد کے بینک کی تفصیلات	
Bank Name and complete address	بینک کا نام اور مکمل پتہ
Account type	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current سavings اکاؤنٹ کی قسم کرنٹ
Bank account number	بینک اکاؤنٹ نمبر
MICR code:	IFSC Code:
MICR کوڈ:	IFSC کوڈ:

### Declaration from Claimant / Nominee

دعویٰ کنندہ / نامزد فرد کی طرف سے اعلامیہ

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.

میں/ہم \_\_\_\_\_ بذریعہ ہذا یہ اعلان کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ میں/ہم مرحوم \_\_\_\_\_ کی/کی/کے نامزد فرد/قانونی وارث ہوں / نامزد افراد/قانونی ورثاء ہیں جو کہ مذکورہ بالا پالیسی کا لائف بیمہ یافتہ ہے۔

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. 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.

میں/ہم ناقابل تنسیخ طور پر اس بات پر متفق ہوں/ہیں اور اقرار کرتا/کرتی ہوں/کرتے ہیں کہ پالیسی کے تحت واجب الادا رقم کی ادائیگی پر، PNB MetLife انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ مذکورہ پالیسی کے نتیجے میں متوفی کے بیمے کی رقم کے حوالے سے سامنے آنے والے تمام واجبات سے قطعاً پر بری الذمہ ہوگا۔ میں/ہم بذریعہ ہذا، مذکورہ بالا متوفی/بیمہ یافتہ فرد کی بیماری یا کسی بھی عارضے کا جائزہ لینے یا معائنہ کرنے یا علاج کرنے والے معالج/معالجین / ڈاکٹر/ڈاکٹرز، اسپتالوں، طبی مراکز وغیرہ کو، مذکورہ بالا متوفی/بیمہ یافتہ فرد کو پالیسیاں جاری کرنے والی کمپنیوں، بیمہ یافتہ فرد کے موجودہ/سابقہ آجر یا کاروباری شرکاء، پیدائش اور وفات کے رجسٹرار، لائف بیمہ یافتہ فرد کے ذاتی/باضابطہ/بیمہ شدہ طبی معائنے کرنے والے تشخیصی مراکز کو اس بات کا مجاز بنانا/بناتی ہوں / بناتے ہیں کہ وہ متوفی کی صحت کی کیفیات کے حوالے سے اپنے پاس موجود کوئی بھی معلومات یا تفصیلات یا دستاویزات یا PNB MetLife کی طرف سے پالیسی کا بیمہ اختیار کرنے سے پہلے یا بعد میں اس/ان کی حاصل کردہ دیگر تفصیلات کا اظہار یا اشتراک کر سکتے ہیں۔ اس اجازت نامے کی نقل کو اصل کے قائم مقام مستند سمجھا جائے گا۔ چونکہ مذکورہ بیمہ مرحوم \_\_\_\_\_ کی جانب سے واجب الادا رقم کو محفوظ بنانے کے لیے حاصل کیا گیا تھا اور جو کہ اس کی جانب سے بینک/مالیاتی ادارے/ GPH سے حاصل کردہ قرضے کے تحت واجب الادا ہے، لہذا میں/ہم سے آپ سے درخواست کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ بینک/مالیاتی ادارے/ GPH کو واجب الادا قرضے کی مکمل/جزوی ادائیگی کی مد میں \_\_\_\_\_ روپے ادا کیے جائیں۔ ادائیگی کے بعد باقی ماندہ واجب الادا رقم میرے/ہمارے نام پر ادا کی جاسکتی ہے۔

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.

میں/ہم اپنے/ہمارے اکاؤنٹ میں جمع کردہ کسی بھی وقت، کسی بھی وجہ سے اور اس حوالے سے ایسی کوئی بھی رقم، خواہ اضافی ہو یا جو مجھے/میں واجب الادا نہ ہو، واپس کرنے کا اقرار کرتا/کرتی ہوں / کرتے ہیں۔ میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہاں درج کردہ کوائف سچ پر مبنی، درست اور ہر لحاظ سے مکمل ہیں۔ میں/ہم بذریعہ ہذا اس بات پر بھی متفق ہوں/ہیں اور اجازت دیتا/دیتی ہوں / دیتے ہیں کہ PNB MetLife دعویٰ پر عمل درآمد اور/یا مابعد خدمات کی فراہمی کے لیے، کوئی بھی معلومات بشمول مجھ/ہم سے حاصل کردہ یا PNB MetLife کے پاس دستیاب حساس اور ذاتی نوعیت کے کوائف یا معلومات (جو اس بیان نامے میں درج ہوں یا کسی اور طرح سے حاصل کی جائیں) جن میں میری/ہماری KYC دستاویزات شامل ہوسکتی ہیں، PNB MetLife کے ساتھ اشتراک کے حامل یا الحاقی یا اس کے ساتھ کام کرنے والے کسی بھی فرد واحد/تنظیم/ادارے بشمول مکرر بیمہ کنندگان، دعویٰ کی تفتیش کی ایجنسیاں، ویبٹرز اور انٹسٹری کی ایسوسی ایشنز/فیڈریشنز پر ظاہر کرسکتا اور ان کا استعمال کرسکتا ہے۔

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

دعویٰ کنندہ/کنندگان کے دستخط/انگوٹھے کا نشان

**Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular**

اگر دعویٰ کنندہ نے انگوٹھے کا نشان لگایا ہو یا مقامی زبان میں دستخط کیے ہوں تو ایک فریق ثالث کی جانب سے اعلامیہ دیا جائے گا۔

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.

میں بذریعہ ہذا اعلان کرتا ہوں کہ میں اس درخواست فارم کے مندرجات کی وضاحت دعویٰ کنندہ/کنندگان کو اسے/انہیں سمجھ میں آنے والی زبان \_\_\_\_\_ میں کرچکا/چکی ہوں اور میں نے اس کے دیے گئے جوابات کا درست طور پر اندراج کر لیا ہے۔ میں اس بات کا بھی اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ دعویٰ کنندہ/کنندگان نے میری موجودگی میں اپنے انگوٹھے کا نشان ثبت کیا ہے۔

Name: \_\_\_\_\_

Contact No. \_\_\_\_\_

رابطہ نمبر \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

دستخط \_\_\_\_\_

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER	
ماسٹر پالیسی کے مالک کا اعلامیہ	
a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy گروپ پالیسی کے تحت بیمہ یافتہ فرد کے لیے بیمہ شدہ مجموعی رقم	
b) Original amount of Loan قرضے کی اصل رقم	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan قرضے کی مد میں ماسٹر پالیسی کے مالک کی جانب سے کی گئی وصولیوں کی تفصیلات	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member رکن کی وفات کی تاریخ پر واجب الادا قرضے کی رقم	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) دعویٰ کردہ باقی ماندہ رقم (نامزد فرد کو واجب الادا رقم)	

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.

ہم بذریعہ ہذا اعلان کرتے ہیں کہ مرحوم \_\_\_\_\_، جن کی وفات کی سند اس دستاویز کے ساتھ منسلک ہے، مذکورہ بالا پالیسی کے گروپ رکن تھے۔ ہم بذریعہ ہذا تصدیق کرتے ہیں کہ درج بالا کوائف سچ پر مبنی، درست اور ہر لحاظ سے مکمل ہیں۔ ہم ہر اُس رقم کو واپس کرنے کا اقرار کرتے ہیں جو کسی بھی وقت، کسی بھی وجہ سے اضافی طور پر ہمارے اکاؤنٹ میں جمع کردی گئی ہو یا جو ہمیں واجب الادا نہ ہو۔

Verified & Recommended by

Group Policy Holder Name [Company Seal]

گروپ پالیسی کے مالک کا نام [کمپنی کی مہر]

تصدیق کردہ اور تجویز کردہ

Name:

Signature of the official

عہدیدار کے دستخط

نام:

Date:

تاریخ: