

Claimant Statement for Credit Life Claims

કલેમન્ટ સ્ટેટમેન્ટ ફોર ક્રેડિટ લાઈફ કલેમ્સ

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

કલેમન્ટ સ્ટેટમેન્ટ ફોર્મ દાવો કરનાર/લાભાર્થીક્ય પોલિસી હેલ્થ નિયુક્ત વ્યક્તિ/કાનુની રીતે પાત્ર વ્યક્તિ દ્વારા ભરવામાં આવવું જોઈએ

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

ફોર્મ માત્ર એક જ રંગમાં એક જ વ્યક્તિ દ્વારા એક જ શાહીથી જ ભરવાનું છે

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

કલેમની પ્રક્રિયા માટે જોઈતા તમામ દસ્તાવેજો પાછમાં નીચે જણાવવામાં આવેલ "કલેમ્સ એન્ટિટી"ને મોકલવામાં આવવા જોઈશે

All supporting documents to be self - attested by nominee

તમામ સપોર્ટિંગ દસ્તાવેજો નોમિની દ્વારા સ્વ-પ્રમાણિત હોવા જોઈશે

Documents to be Submitted

સબમિટ કરવાના દસ્તાવેજો

Mandatory Documents ફરજિયાત દસ્તાવેજ	Additional documents* to be submitted સબમિટ કરવાના* વધારાના દસ્તાવેજો
<p>1. Copy of death certificate issued by local municipal authority સ્થાનિક મ્યુનિસિપલ વહીવટીતંત્ર દ્વારા જારી કરવામાં આવેલ મરણના પ્રમાણપત્રની નકલ</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ડોક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (ફેમિલી ફિઝિશિયન અથવા સારવાર કરનાર ડોક્ટર પાસેથી)</p> <p>3. Original policy document ઓરિજિનલ પોલિસી દસ્તાવેજ</p> <p>4. Current address proof વતસ્થમાન સરનામાનો પુરાવો</p> <p>5. Photo identity proof ફોટો ઓળખ પત્ર</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook કેન્સલ કરવામાં આવેલ ચેક/બેન્ક પાસબુકની નકલ</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party જો ઓથોરાઈઝેશનમાં કરવામાં આવેલ દાવો ત્રીજા પક્ષ દ્વારા પ્રાપ્ત થાય તો દાવો કરનાર તરફથી ઓથોરાઈઝેશન લેટર</p> <p>8. Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official બેન્ક તરફથી બેન્ક અધિકારી દ્વારા એટેસ્ટ કરવામાં આવેલ મરણની તારીખે બાકી લોનનું સ્ટેટમેન્ટ</p>	<p>Natural death/ death due to illness કુદરતી મૃત્યુ/આંતરગીના લીધે મૃત્યુ</p> <p>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 ભૂતકાળમાં અથવા મૃત્યુ વખતે લેવામાં આવેલ કોઈક સારવાર માટેના સંપૂર્ણ તબિબી રિપોર્ટ્સ(એડમિશન નોટ્સ અને ડિસ્ચાર્જ/મૃત્યુનો સાર અને પરીક્ષણ/તપાસના રિપોર્ટ્સ વગેરે)</p> <p>Accidental Death આકસ્મિક મૃત્યુ</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report FIR ની નકલ, પંચનામા, ઇન્કવેસ્ટ રિપોર્ટ, પોસ્ટમોર્ટલ રિપોર્ટ</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) મૃત્યુનોંધ/સમાચાર પત્રની કટિંગ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) વિસેરા/રાસાયણિક પુષ્ટકરણ રિપોર્ટ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)</p> <p>4. Final police investigation report પોલિસ તપાસની અંતિમ રિપોર્ટ</p>

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

*PNB (પીએનબી) મેટલાઈફ જો જરૂર હશે, તો નીચે આપવામાં આવેલ સિવાયના કોઈક વધારાના દસ્તાવેજો/પુરાવા માટે કહેવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.

1. POLICY NUMBER/S

પોલિસી નંબર/રો

2. DETAILS OF THE CLAIMANT

કલેમન્ટ (દાવો કરનાર) ની વિગતો

Name: _____ Date of Birth:

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

 Gender: Male Female

નામ : _____ જન્મની તારીખ: _____ લિંગ : પુરુષ સ્ત્રી

Relationship with Life Insured: _____ Mobile / Landline number: _____

જીવન વીમિત સાથે સંબંધ: _____ મોબાઈલ / લેન્ડલાઈન નંબર: _____

Current Address: _____

વતસ્થમાન સરનામું: _____

City: _____ State: _____ Pin Code: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ પિન કોડ: _____

Email ID: _____

ઈમેઈલ આઈડી: _____

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

PAN નંબર/ફોર્મ 60: _____ *આધાર નંબર: _____

*Only last 4 digits to be mentioned.

*ફક્ત છેલ્લા 4 અંકોનો ઉલ્લેખ કરવો

3. BANKING DETAILS

બેન્કિંગ વિગતો

Bank Account No.: _____ Account holder name: _____

બેન્ક ખાતા નંબર: _____ ખાતાધારકનું નામ: _____

Name of the Bank: _____ Address of the Bank: _____

બેન્કનું નામ: _____ બેન્કનું સરનામું: _____

State: _____ PIN Code: _____

રાજ્ય: _____ પિન કોડ: _____

MICR: IFSC:

એમઆઈસીઆર:

આઈએફએસસી:

4. LIFE INSURED DETAILS**જીવન વીમા વિગતો**Name of the life insured: _____ Date of Death:

જીવન વીમિતનું નામ: _____ મૃત્યુની તારીખ: _____

Time of Death: AM/PM Place of Death: Home Hospital Office Others (please Specify Others / Hospital name)મૃત્યુનો સમય: _____ ડું / પામ મૃત્યુનું સ્થળ: ઘર હોસ્પિટલ કાર્યાલય અન્ય (કૃપા કરી અન્ય/હોસ્પિટલનું નામ જણાવો)Cause of Death: Accident Murder Suicide Natural Illness Others (please specify) _____મૃત્યુનું કારણ: અકસ્માત હત્યા આપઘાત દરતી માંદગી અન્ય (કૃપા કરી જણાવો) _____**5. NATURE OF ILLNESS & HABITS****માંદગીનું સ્વરૂપ અને ટેવો**

Date of Diagnosis

નિદાનની તારીખ

 Hypertension Diabetes Asthma IHD Malignancy Others (please specify) _____ હાયપરટેન્શન ડાયાબિટીઝ અસ્થમા આઈએચડી મેલિગ્નન્સી અન્ય (કૃપા કરી જણાવો) _____ Smoking Alcohol Tobacco Drugs- if yes, duration of consumption _____

Quantity consumed _____ (Per-Day/Week/Month).

 ધૂમ્રપાન આલ્કોહોલ તમાકુ ડ્રગ્સ- જો હા, તો સેવનની અવધિ _____

જથ્થો વન કરવામાં આવેલ _____ (દિવસ/અઠવાડિયા/મહિના દીઠ)

6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS**નિયોક્તાઓ/વ્યવસાય/વંધાની વિગતો**

Last Employer's name/Business/Occupation: _____

છેલ્લા નિયોક્તાનું નામ/વ્યવસાય/વંધો: _____

Nature of work/designation: _____

કામનું સ્વરૂપ/હોદ્દો: _____

Employment/Business/Occupation Address: _____

રોજગાર/વ્યવસાય/વંધાનું સરનામું: _____

State: _____ PIN Code: _____ Mobile / Landline number: _____

રાજ્ય: _____ પિન કોડ: _____ મોબાઈલ/લેન્ડલાઈન નંબર: _____

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

નામ, સરનામું અને બધા / ડોક્ટરો / હોસ્પિટલોના સંપર્કની વિગતો જ્યાં જીવન વીમો આપવામાં આવેલ છેલ્લા 5 વર્ષથી મૃત્યુની પૂર્તિ કરાઈ હતી

Name of Doctor/ Hospital ડોક્ટર/હોસ્પિટલનું નામ	Address and Contact Details સરનામું અને સંપર્કની વિગતો	Disease /Condition Treated For રોગ/પરિસ્થિતિ	Treatment Dates (From- To) આપવામાં આવેલી તે સારવારની તારીખો (થી - સુધી)

8. DETAILS OF OTHER LIFE INSURANCE POLICIES OF THE LIFE INSURED**જીવન વીમાની અન્ય જીવન વીમા પોલિસીઓની વિગતો**

Name of Life Insurance Company જીવન વીમા કંપનીનું નામ	Policy Number/s પોલિસી નંબર/રો	Policy Commencement Date પોલિસી અસ્તિત્વમાં આવી તે તારીખ	Coverage Amount (Rs.) આવરણની રકમ (રૂ.)	Claim Submitted સબમિટ કરવામાં આવેલ ક્લેમ

Declaration and Authorization

ડિક્લેરેશન અને ઓથોરાઇઝેશન (જાહેરનામું અને અધિકૃતતા)

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 PNBMetLife has not admitted any liability or waived any of its rights.

હું/અમે, ઉપરોક્ત નામના ક્લેમન્ટ(સ), આ સાથે જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત જવાબો અને નિવેદનો તમામ રીતે સાચા છે, અને હું/અમે વધુમાં સંમત થાઉં છું/થઈએ છીએ કે ક્લેમ ફોર્મમાં સબમિટ કરવાનું PNB(પીએનબી) મેટલાઇફ કોર્પોરેશનને કોઈ કબજાત કે એના કોર્પોરેટ અધિકારી જતાં કરવાનું નહીં હોય.

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.

હું આ સાથે જેણે ક્યારેય મને કોઈક માંદગી અથવા બીમારી એટેન્ડ કરેલ અથવા તપાસેલ અથવા મારી સારવાર કરી હોય તે ફિઝિશિયન અથવા હોસ્પિટલને અથવા કોઈક વીમા કંપની જેણે ઉપરોક્ત મરનાર વ્યક્તિ/વીમિતને પોલિસીઓ જારી કરી હોય, જીવન વીમિતના વતસ્થમાન/ભૂતકાળના નિયંત્રકો અથવા વ્યવસાય ભાગીદારો, બચસ્થ અને ડેથ રજિસ્ટ્રાર, ડાયગ્નોસિસ સેન્ટર અથવા જ્યાં જીવન વીમિત અંગત/આધિકારિક/વીમા સંબંધી તબિબી પરિક્ષણો હેઠળ ગયેલ હોય ભલે પછી તેણે/તેઓએ કદાચને .દમ(પીએનબી) મેટલાઇફ દ્વારા પોલિસી જારી કરવામાં આવી તે અગાઉ અથવા પછીથી મેળવેલ હોય તેવી કોઈક જાણકારી અથવા માહિતી છતી કરવા અથવા મારા આરોગ્યની સ્થિતિ સંબંધી રેકોર્ડ્સ પૂરા પાડવા અધિકૃત કરું છું આ ઓથોરાઇઝેશનની કોપી ઓરિજિનલ તરીકે જ અસરકારક અને માન્ય તરીકે ગણવામાં આવશે. ઉપરોક્ત કવરેજ સ્વ. _____ દ્વારા _____ તેના/તેણીના દ્વારા ઉપલબ્ધ લોન હેઠળ આઉટસ્ટેન્ડિંગ સુરક્ષિત કરવા _____ લોન તરફ રૂ. બેન્ક/ન.જને ચૂકવવા વિનંતી કરું છું. આઉટસ્ટેન્ડિંગ ચૂકવ્યા પછી કોઈક બેલેન્સ હોય તો તે મારા નામે ચૂકવવામાં આવી શકાય.

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

હું/અમે આ સાથે વધુમાં, .દમ(પીએનબી) મેટલાઇફને અંગત અને સંવેદનશીલ અથવા PNB (પીએનબી) મેટલાઇફ સાથે ઉપલબ્ધ હોય તેવી (આ સ્ટેટમેન્ટમાં આવેલી હોય કે બીજી કોઈક રીતે મેળવવામાં આવેલ હોય) માહિતીમાંથી કોઈ પણ વાપરવા અને છતી કરવા જે કદાચને મારી/અમારી એકત્રિત કરવામાં આવેલ હોય છપ્પદ દસ્તાવેજો સહિતની કોઈક જોડાયેલ વ્યક્તિ/સંગઠન/સંસ્થા અથવા ભાગીદારીમાં હોય અથવા PNB (પીએનબી) મેટલાઇફ દ્વારા એન્ગેજ કરવામાં આવેલ હોય, રિઇન્સ્યોરરસક્ષ, ક્લેમ ઇન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, ટુકાનદારો અને ટ્રિવોગ એસોસિએશન/ફેડરેશન્સ સાથે આ ક્લેમની પ્રક્રિયાના હેતુથી અને/અથવા અનુગામી સેવા પુરી પાડવા સંમત થાઉં છું/થઈએ છીએ અને અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ.

Signature/ Left Thumb impression of Claimant _____ Date _____

દાવેદારની સહી / ડાબી અંગૂઠાની છાપ _____ તારીખ _____

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)

દાવા ફોર્મ ભરનાર દ્વારા ઘોષણા. (અરજ ફોર્મમાં જે ભાષા છે તે સિવાયની ભાષામાં જો દાવા ફોર્મ ભરવામાં આવેલ છે/ સહી કરવામાં આવેલ છે.)

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

હું અહીંથી જાહેર કરું છું કે દાવેદારને આ દાવા ફોર્મના સમાવિષ્ટોને તેના/તેણીના દ્વારા સમજાય તે ભાષામાં મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજાવેલ છે. તે તમામ તેના/તેણીના દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને જવાબો દાવેદાર દ્વારા અપાયેલ માહિતી પ્રમાણે નોંધવામાં આવેલ છે અને જવાબોને વાંચવામાં પણ આવેલ છે, દાવેદાર દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને ખાતરી કરવામાં આવેલ છે.

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

ફોર્મ અને દસ્તાવેજના તમામ સમાવિષ્ટોને મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવેલ છે અને સૂચિત દાવા માટે અહીં દર્શાવવામાં આવેલ સમાવિષ્ટોને અને તેના મહત્વને મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજેલ છે

Table with 4 columns: DATE, PLACE, Signature of the Declarant, Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee. Includes fields for Name of Witness, Address of Witness, Date, and Place.

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ડેથ ક્લેમ અકનોલેજમેન્ટ સ્લીપ

Policy number(s) _____

પોલિસી સંખ્યા(ઓ)

Name of claimant _____

દાવેદારનું નામ

Branch name & code _____

શાખા નામ અને કોડ

Date: _____ Employee name & Code _____

તારીખ:

કર્મચારી નામ અને કોડ

Documents Submitted: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Claimant's Current address Proof

દસ્તાવેજો રજૂ કરેલ:

મુખ્ય પોલિસી દસ્તાવેજ

દાવેદારનો ફોટો ઓળખ પૂરાવો

દાવેદારનું વર્તમાન સરનામો પૂરાવો

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

રદબાતલ ચેક / બેંક પાસબુકની નકલ

Copy of death certificate issue by local municipal authority

સ્થાનિક મ્યુનીસીપલ ઓથોરિટી દ્વારા ઇશ્યુ કરાયેલ મૃત પ્રમાણપત્રની નકલ

Medical Documents (if any)

મેડીકલ દસ્તાવેજો (જો હોય તો)

Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)

ડૉક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (ફેમિલી ફિઝિશિયન અથવા સારવાર કરનાર ડૉક્ટર તરફથી)

Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party

દાવેદાર તરફથી અધિકૃત પત્ર અને જો દાવા પતાવટની શરૂઆત થઈ પાટી દ્વારા મળેલ હોય તેવા કિસ્સામાં વ્યક્તિનો વેબકેમ ફોટો

Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official

બેંક ઓફીશિયલ દ્વારા બેંક એકાઉન્ટ તરફથી મૃત્યુ તારીખ સુધીનું બાકી રહેતી લોનનું સ્ટેટમેન્ટ

Company Seal & Stamp with Date and time તારીખ અને સમય સાથે કંપની સીલ અને સ્ટેમ્પ

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.

આ એકનોલેજમેન્ટ સ્લીપ દાવાની સ્વીકૃતિ તરીકે ગણાવી જોઈએ નહીં. દાવાની પ્રક્રિયાને નક્કી કરવાના હેતુથી કંપની વધારાના દસ્તાવેજો, માહિતી અને કોઈ અન્ય ખાસ જરૂરિયાતોને મંગાવવાનો તેનો હક્ક અનામત રાખે છે.

Terms and Conditions:**નિયમો અને શરતો:**

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.

ભરવામાં આવેલ ક્લેમ ફોર્મ, જોઈતા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત સબમિટ કરવાને, પોલિસી હેઠળ અમારી કંપનીની જવાબદારીઓની કબૂલાત તરીકે ગણી લેવામાં આવશે નહીં. કંપની વતી કોઈક જવાબદારીઓ પાકી કરવા કોઈ એજન્ટ/મધ્યસ્થી નથી કે અધિકૃત કરવામાં આવેલ નથી.

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.

નીચે પૂરા પાડવામાં આવ્યા મુજબના જોઈતા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત આ ફોર્મનું વહેલું સબમિશન, અમને તમારા ક્લેમની પ્રક્રિયા વધુ ઝડપથી કરવા શક્ય બનાવશે. PNB (પીએનબી) મેટલાઈફ અપૂરુક્ષ્ય ક્લેમ ફોર્મ સબમિટ કરવા અથવા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સબમિટ ન કરવાના કારણે ક્લેમની પ્રક્રિયામાં વિલંબ માટે જવાબદાર નહીં હોય.

For Office Use Only**ફક્ત કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે**

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

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

ઓએસવી / એએસવીની વિગતો સાથે શાખા સેવા એસોસિએટની સહી સાથે અહીં **તારીખ અને સમયનો સ્ટેમ્પ** જોડવાની શાખા

HO, અહીં દાવાની તારીખનું મતુ મારે છે.
(સીધે-સીધા મેળવેલ હોય, તો સમય.)

Application No.: _____

એપ્લિકેશન નં.(આવેદન સં.): _____

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, Email: 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

પી.એન.બી. મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજીસ્ટર્ડ કાર્યાલય: યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, સાતમા માળે, વેસ્ટ વીંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી. રોડ, બેંગલોર-560001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ રજિસ્ટ્રેશન નં 117, ઈ સીઆઈ નં. U66010KA2001PLC028883, અમોને ટોલ ફ્રી 1-800-425-6969 પર ફોન કરો, વેબસાઈટ: www.pnbmetlife.com, ઈમેલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને લખો: પ્રથમ માળ, ટેકનીપ્લેક્સ-1, ઓફ વીર સાર્કર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

Credit Account Statement Form

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

ક્રેડિટ એકાઉન્ટ સ્ટેટમેન્ટ ફોર્મ

(નીચેના મુદ્દાઓ બેંક અધિકારી દ્વારા ફરજિયાત ભરવા જોઈએ)

S No. ક્ર.સં.	Particulars વિગતો	Filled by GPH દ્વારા ભરવામાં આવેલ
1	Name of the Group Master Policy Holder ગ્રુપ માસ્ટર પોલિસી હોલ્ડર (ધારક)નું નામ	
2	Group Master Policy Number ગ્રુપ માસ્ટર પોલિસી નંબર	
3	Name of Insured Member વીમિત સભ્યનું નામ	
4	Risk-commencement Date જોખમ-અસ્તિત્વમાં આવવાની તારીખ	
5	Sum Assured સમ એસ્યોડક્ષ	
6	Original amount of Loan લોનની ઓરિજિનલ રકમ	
7	Outstanding Loan balance amount as on the date of death બેલેન્સ કલેમ એમાઉન્ટ (મૃત્યુની તારીખે સમ એસ્યોડક્ષ અને આઉટસ્ટેન્ડિંગ એમાઉન્ટનો તફાવત)	
8	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) લોન તરફ માસ્ટર પોલિસી હોલ્ડર દ્વારા કરવામાં આવેલી રીકવરીની વિગતો (લોન ખાતામાં કરવામાં આવેલ ઉધાર અને જમાની એન્ટ્રી)	
9	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) લોન તરફ માસ્ટર પોલિસી હોલ્ડર દ્વારા કરવામાં આવેલી રીકવરીની વિશેષતા. (લોન ખાતામાં ડેબિટ અને ક્રેડિટ એન્ટ્રીઓ)	

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

અમે આ સાથે જાહેર કરીએ છીએ કે નીચે જણાવવામાં આવેલ માહિતીઓ ચોકસાઈ માટે પ્રમાણિત કરવામાં આવેલ છે.

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

સિક્કો, તારીખ અને બેંક અધિકારીની સહી

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, Email: 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

પી.એન.બી. મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજીસ્ટર્ડ કાર્યાલય: યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, સાતમા માળે, વેસ્ટ વીંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી. રોડ, બેંગલોર-560001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ રજિસ્ટ્રેશન નં. 117, ઈ સીઆઈ નં. U66010KA2001PLC028883, અમોને ટોલ ફ્રી 1-800-425-6969 પર ફોન કરો, વેબસાઈટ: www.pnbmetlife.com, ઈમેલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમોને લખો: પ્રથમ માળ, ટેકનીપ્લેક્સ-1, ઓફ વીર સાર્કર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203