

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

মৃত্যুৰ ক্লেইমৰ বাবে দাবীদাৰ বিবৃতি (এছ.এছ.জি. আৰু আফিনিটি)

Group Policy Number গ্ৰুপ পলিচী নম্বৰ	
Group Policy Holder Name গ্ৰুপ পলিচী ধাৰকৰ নাম	
Member number সদস্যৰ সংখ্যা	
Date of Joining the Policy পলিচীত যোগ দিয়াৰ তাৰিখ	
Certificate Number চাৰ্টিফিকেট নম্বৰ	
Loan disbursement date ঋণ মুকলি কৰাৰ তাৰিখ	
Outstanding loan as of date of death of member সদস্যৰ মৃত্যুৰ তাৰিখলৈকে পৰিশোধ কৰিবলৈ বাকী থকা ঋণ	

Details of the Insured Member:

বীমাকৃত সদস্যৰ সন্নিবেশ:

Full name সম্পূৰ্ণ নাম			
Residential Address আবাসিক ঠিকনা			
PAN No./ Form 60 পান নং./ফৰ্ম 60			
Gender লিঙ্গ	Male পুৰুষ	Female মহিলা	Age at death: মৃত্যুৰ সময়ত বয়স:
Nature of occupation জীৱিকাৰ প্ৰকাৰ			
Date of birth (as per records) জন্মৰ তাৰিখ (ৰেকৰ্ড অনুসৰে)			
Date of death and Time of Death মৃত্যুৰ তাৰিখ আৰু মৃত্যুৰ সময়			
Cause of death মৃত্যুৰ কাৰণ	<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"/> দুৰ্ঘটনা <input type="checkbox"/> হত্যা <input type="checkbox"/> আত্মহত্যা <input type="checkbox"/> ক'ভিড 19 <input type="checkbox"/> ৰাষ্ট্ৰীয় দুৰ্যোগ <input type="checkbox"/> হৃদৰোগ <input type="checkbox"/> বৃক্কৰ ৰোগ <input type="checkbox"/> যকৃতৰ ৰোগ <input type="checkbox"/> কেশাৰ <input type="checkbox"/> আন কিবা (অনুগ্রহ কৰি স্পষ্ট কৰক) _____		
Place of death মৃত্যুৰ স্থান	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> ঘৰ <input type="checkbox"/> হাস্পিতাল <input type="checkbox"/> কাৰ্যালয় <input type="checkbox"/> আন কিবা (অনুগ্রহ কৰি আন ঠাই/ চিকিৎসালয়ৰ নাম স্পষ্ট কৰক) _____		

In case of death due to illness

ৰোগৰ বাবে মৃত্যু হলে

When and where did the insured member give first indication of falling ill ৰোগাক্ৰান্ত হোৱাৰ প্ৰথম সংকেত বীমাকৃত সদস্যজনে কেতিয়া আৰু ক'ত দিছিল	
Date and type of illness তাৰিখ আৰু ৰোগৰ প্ৰকাৰ	
Treatment given চিকিৎসা দিয়া হৈছে	
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness অন্তিমবাৰ ৰোগীয়া হোৱাৰ সময়ত যিজন চিকিৎসকৰ পৰা পৰামৰ্শ গ্ৰহণ কৰিছিল তেওঁৰ নাম, ঠিকনা আৰু ফোন নম্বৰ	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness বীমাকৃত ব্যক্তিজনে অন্তিমবাৰ ৰোগীয়া হোৱাৰ সময়ত য'ত চিকিৎসা গ্ৰহণ কৰিছিল সেই হাস্পিতালৰ নাম আৰু ঠিকনা	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents

দুৰ্ঘটনাত মৃত্যু হলে: ক্লেইম নথিপত্ৰৰ সৈতে এজাহাৰ আৰু পি.এম.আৰ. (জি.পি.এইছ.ৰ দ্বাৰা প্ৰত্যায়িত) দাখিল কৰিব লাগিব।

Date and Time of accident দুৰ্ঘটনাৰ তাৰিখ আৰু সময়	
Details of accident দুৰ্ঘটনাটোৰ সন্নিবেশ	
Address of Police Station to which the accident was reported দুৰ্ঘটনাটোৰ বিষয়ে অৱগত কৰা পুলিচ থানাৰ ঠিকনা	
FIR number এজাহাৰ নম্বৰ	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted মৰণোত্তৰ পৰীক্ষা কৰা হাস্পিতালৰ নাম আৰু ঠিকনা	

Details of Claimant/Nominee দাবীদাৰ/নমিনীৰ সন্নিবেশ		
Name of the claimant দাবীদাৰৰ নাম		
Relationship with the insured and % of Share বীমাকৃতজনৰ সৈতে সম্বন্ধ আৰু শ্বেয়াৰৰ %		
Address of the claimant দাবীদাৰৰ ঠিকনা		
PAN No./ Form 60 (Mandatory) পান নং./ফর্ম 60 (বাস্তবিক)		
Email and phone number ইমেইল আৰু ফোন নম্বৰ		
Claimant/Nominee's Bank details দাবীদাৰ/নমিনীৰ বেঙ্কৰ সন্নিবেশ		
Bank Name and complete address বেঙ্কৰ নাম আৰু সম্পূৰ্ণ ঠিকনা		
Account type একাউন্টৰ প্ৰকাৰ	Savings সঞ্চয়ী	Current কাৰেন্ট
Bank account number বেঙ্ক একাউন্ট নম্বৰ		
MICR code: এম.আই.চি.আৰ. কোড:		IFSC Code: আই.এফ.এছ.চি. কোড:

Declaration from Claimant / Nominee

দাবীদাৰ / নমিনীৰ তৰফৰপৰা ঘোষণা

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.

মই/আমি _____ যে ইয়াৰ দ্বাৰাই ঘোষণা কৰোঁ যে, মই / আমি উপবৃত্ত পলিচীখনৰ জীৱন বীমাকৃত ব্যক্তি প্ৰয়াত শ্ৰী / শ্ৰীমতী _____ ৰ আইনগত নমিনী/সকল/বৈধ উত্তৰাধিকাৰী।

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.

মই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই অপৰিৱৰ্তনীয়ভাৱে সন্মত প্ৰকাশ কৰি মাতি হৈছে যে, পলিচীৰ অধীনত দেয় ৰাশি পৰিশোধ কৰিলে, পি.এন.বি. মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সিউৰেন্স কোম্পানী লিমিটেড উপবৃত্ত পলিচীৰ পৰা উদ্ভূত মুক্ত সদস্যৰ বীমা ক'ভাৰ সম্বন্ধীয় নিজৰ সকলো দেয় দায়িত্বৰ পৰা চূড়ান্তভাৱে আঁতৰ হৈ অৱস্থান কৰিব। মই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই চিকিৎসক/ডাক্তাৰ/সকল, হাস্পিতেল, মেডিকেল চেণ্টাৰ, আদি যি উপবৃত্ত মৃত ব্যক্তি/বীমাকৃত ব্যক্তিৰ কোনো ৰোগ বা বিকাৰৰ বাবে শূন্যতা কৰিছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকিৎসা কৰিছিল, বীমা কোম্পানীবোৰ যি উপবৃত্ত মৃত ব্যক্তি/বীমাকৃত ব্যক্তিলৈ পলিচী আৰি কৰিছিল, জীৱন বীমাকৃত ব্যক্তিজনৰ বৰ্তমান/অতীতৰ নিয়োগকাৰী বা ব্যৱসায়িক সহযোগীসকল, অস্বাস্থ্য আৰু মৃত্যুৰ পঞ্জীয়ক, ৰোগ পৰীক্ষা কেন্দ্ৰ য'ত জীৱন বীমাকৃত ব্যক্তিজনে প্ৰকট কৰিবৰ বাবে ব্যক্তিগত/চৰকাৰী/বীমা সম্পৰ্কীয় স্বাস্থ্য পৰীক্ষা কৰাইছিল বা মৃত ব্যক্তিজনে তেওঁৰ স্বাস্থ্যৰ স্থিতিৰ সম্পৰ্কে কোনো তথ্য আৰু নথিপত্ৰ তেওঁলোকৰ ওচৰত উপলব্ধ বা আন সন্নিবেশ পি.এন.বি. মেটলাইফৰ দ্বাৰা পলিচী আৰি কৰাৰ পূৰ্বে বা পাছত তেওঁ/তেওঁলোকে গ্ৰহণ কৰিব পাৰে তেওঁলোকক সেই স্বীকৃতি প্ৰদান কৰিছে।

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.

এই স্বীকৃতি প্ৰদান পত্ৰৰ এটা প্ৰতিলিপিক আচল কপি তথা বৈধ কপি হিচাপে বিবেচনা কৰা হ'ব। যিহেতু উক্ত ক'ভাৰ প্ৰয়াত _____ ৰ দ্বাৰা তেওঁৰ দিবলৈ বাকী থকা দেয়ৰাশি সুস্থিত কৰাৰ উদ্দেশ্যে গ্ৰহণ কৰিছিল আৰু তেওঁৰ দ্বাৰা _____ বেঙ্ক/বিত্তীয় প্ৰতিষ্ঠান/জি.পি.এইছ.ৰ পৰা লোৱা ঋণ পৰিশোধ যোগ্য, সেয়ে মই/আমি আপোনাক _____ টকা বেঙ্ক/বিত্তীয় প্ৰতিষ্ঠান/জি.পি.এইছ.ক দিবলৈ বাকী থকা ঋণৰ দিশে মুকলি কৰি দিবলৈ/আংশিকভাৱে মুকলি কৰি দিবলৈ অনুৰোধ জনাইছোঁ। উক্ত বকেয়া ৰাশিৰ বেলেগ শেট পেমেট মোৰ/আমাৰ নামত পৰিশোধ কৰিব পাৰে।

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.

মই/আমি মোৰ/আমাৰ একাউন্টত অভিৰিক্ত বৃত্ত জমা হোৱা বা যি মোৰ/আমাৰ বাবে প্ৰাপ্য নহয় সেয়া, যিকোনো সময়ত, যিকোনো কাৰণত আৰু ইয়াক কাৰ্যকৰী কৰিবলৈ সেই যিকোনো ৰাশি ঘূৰাই দিবলৈ সন্মত দিছোঁ। মই ইয়াৰ দ্বাৰাই নিশ্চিত কৰিছোঁ যে, ইয়াত উল্লেখ কৰা তথ্যবোৰ সকলো দিশৰ পৰা সত্য, শূন্য আৰু সম্পূৰ্ণ। মই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই এয়াও সন্মতি প্ৰদান কৰিছোঁ আৰু পি.এন.বি. মেটলাইফক কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰিছোঁ যে তেওঁলোকে মোৰ/আমাৰ পৰা সংগ্ৰহ কৰা বা পি.এন.বি. মেটলাইফৰ (এই বিবৃতিত সংগ্ৰহ বা অন্যভাৱে প্ৰাপ্ত কৰাই হওক) ওচৰত উপলব্ধ স্পৰ্শকাতৰ আৰু ব্যক্তিগত তথ্যকে ধৰি যিকোনো তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিব পাৰিব আৰু সদৰি কৰিব পাৰিব, য'ত অৱৰ্ত্তিত থাকিব পাৰে- পি.এন.বি. মেটলাইফৰ দ্বাৰা জড়িত বা অনুমোদিত কৰা বা স্বীকৃত কৰা কোনো ব্যক্তি/সংস্থা/প্ৰতিষ্ঠান, ক্ৰেইম অনুসন্ধানকাৰী সংস্থা, তেওঁৰ আৰু উদ্যোগৰ এছোচিয়েছন/ফেডাৰেশ্বন যি সকলৰ উদ্দেশ্য হ'ব এই ক্ৰেইম প্ৰক্ৰিয়াকৰণ কৰা আৰু/বা ইয়াৰ লগত জড়িত সেৱাসমূহৰ যোগান ধৰা।

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

মূল পলিচী বণ্ড আৰু নথিৰ পৰিৱৰ্তে দাবীদাৰৰ দ্বাৰা ক্ষতিপূৰণ/জামানত্ব/ৱাৰেণ্টী আৰু প্ৰতিনিধিত্ব

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.

মই কোম্পানীৰ বাবে অপৰিৱৰ্তনীয়ভাৱে পুঞ্জীভূত, স্বীকাৰ, প্ৰতিনিধিত্ব কৰি মাতি হওঁ যে মূল পলিচী চুক্তিৰ প্ৰতিক্ৰমিত দিয়া হোৱা নাই, মৰ্গেজত ৰখা হোৱা নাই, সঁপি দিয়া হোৱা নাই বা অন্যথা কোনো প্ৰতিকূল গ্ৰহণাধিকাৰ, টাইটেল, তাৰ ওপৰত সূচ বা পলিচীধাৰকৰ দ্বাৰা বা বৈধ উত্তৰাধিকাৰীৰ দ্বাৰা বনোৱা হৈছে আৰু মই লগতে কোম্পানীৰ পলিচীৰ অধীনৰ ক্ৰেইমৰ সম্পূৰ্ণ আৰু চূড়ান্ত পৰিশোধৰ এক নিশ্চিত তথ্য সূচ্য কৰি পেলাৱা দস্তাবেজ শেট ৰচিদৰ বৃত্ত ইয়াক নষ্ট কৰি পেলাৱাৰ কাম কৰোঁ। মই লগতে এইটোও কওঁ যে কোম্পানীয়ে সকলো লোকচান, ক্ৰেইমৰ বিপৰীতে মোৰ দ্বাৰা ক্ষতিপূৰণৰ স্থিতিত আছে, যি লৈকি মূল পলিচী চুক্তি বা ইয়াৰ প্ৰতিনিধিত্বসমূহ/ৱাৰেণ্টীসমূহৰ ব্যৱস্থাসমূহৰ লগত জড়িত কোনোবা বিষয়ৰ পৰা উদ্ভূত হয়। মই কোম্পানীক সম্পূৰ্ণৰূপে বৃত্তি পাইছোঁ আৰু সন্মত হৈছোঁ যে, এই পলিচী/সমূহৰ পৰা উৎপন্ন সকলো দায়বদ্ধতাৰ পৰা মোক মুক্তি দিয়া হ'ব, যি মোক পলিচীধাৰক/জীৱন বীমাকৃতৰ নমিনী, বৈধ উত্তৰাধিকাৰ বা উত্তৰাধিকাৰীক পৰিশোধ কৰাৰ আশ্বাস দিয়া হৈছিল।

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.

মই ইয়াৰ দ্বাৰা স্বীকাৰ কৰিছোঁ আৰু সন্মত হৈছোঁ যে মোৰ দ্বাৰা দাখিল কৰা যিকোনো অশুদ্ধ, ভুল, বা বিপথে পৰিচালিত কৰা বা অসম্পূৰ্ণ দস্তাবেজৰ পৰিণতি স্বৰূপে ক্ৰেইম নাকচ হ'ব পাৰে বা ক্ৰেইমৰ উদ্ধাৰ প্ৰক্ৰিয়া বায়বহুল তথা ক্ষতিপূৰণমূলক হ'ব পাৰে যিকোনো মোৰ আৰু মোৰ সম্পত্তিৰ ওপৰত কেজদাৰী বা অপাধ্যক্ষক দায়বদ্ধতাৰ বাহিৰেও গোচৰ হ'ব পাৰে।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

স্বাক্ষৰ/ দাবীদাৰ/সকলৰ বৃত্ত আঙুলিৰ টিপসহী

Date: _____

তাৰিখ: _____

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.

তৃতীয় ব্যক্তিক দ্বাৰা ঘোষণা কৰিব লাগিব, য'ত দাবীদাৰে তেওঁৰ/তেওঁলোকৰ বুঢ়া আঙুলিৰে টিপচহী মাৰে/স্থানীয় ভাষাত স্বাক্ষৰ কৰে। মই ইয়াৰ দ্বাৰাই ঘোষণা কৰিছো যে মই দাবীদাৰ/সকলক এই আবেদন পত্ৰত থকা কথাখিনি তেওঁ/তেওঁলোকে বুজি পোৱা _____ ভাষাত বৰ্ণনা কৰি দিলো আৰু মোক দিয়া উত্তৰবোৰ মই সত্যভাৱে ৰেকৰ্ড কৰিলো। মই লগতে এইটোও ঘোষণা কৰিছো যে, দাবীদাৰ/সকলে মোৰ উপস্থিতিত তেওঁৰ/তেওঁলোকৰ স্বাক্ষৰ/বুঢ়া আঙুলিৰে টিপচহী কৰিছে।

Name: _____

Contact No. _____

নাম: _____

ফোন নম্বৰ: _____

Signature _____

স্বাক্ষৰ: _____

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)

ক্রেডিট একাউন্ট ষ্টেটমেন্ট (গ্ৰুপ মাষ্টাৰ পলিচী ধাৰকে বাধ্যতামূলকভাৱে তলৰ স্থানবোৰ পূৰ কৰিব লাগিব)

1) Name of the Group Master policy holder গ্ৰুপ মাষ্টাৰ পলিচী ধাৰকৰ নাম	
2) Group Master policy number গ্ৰুপ মাষ্টাৰ পলিচী নম্বৰ	
3) Name of the Insured Member বীমাকৃত সদস্যৰ নাম	
4) Loan Account number ঋণ একাউন্ট নম্বৰ	
5) Loan Disbursement date ঋণ মুকলি কৰি দিয়াৰ তাৰিখ	
6) Date of Commencement of Risk বিপদাশংকা আৰম্ভ হোৱাৰ তাৰিখ	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured চাম এচিউৰ'ড বাশি, যাৰ বাবে গ্ৰুপ ইঞ্চিউৰেন্স পলিচীখনক বীমাকৃত কৰা হৈছিল	
8) Original amount of Loan ঋণৰ মূল পৰিমাণ	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ঋণৰ দিশে মাষ্টাৰ পলিচী ধাৰকে কৰা পুনৰুদ্ধাৰৰ বিৱৰণ	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member সদস্যৰ মৃত্যুৰ তাৰিখত বকেয়া ঋণৰ পৰিমাণ	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) বেলেগ ক্লেইম পৰিমাণ (নমিনী ব্যক্তিক পৰিশোধ কৰিবলগীয়া বাশি)	

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.

আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই ঘোষণা কৰিছো যে, প্ৰয়াত _____, যাৰ মৃত্যুৰ প্ৰমাণপত্ৰ ইয়াত সংলগ্ন কৰি দিয়া হৈছে, তেওঁ উপৰুক্ত গ্ৰুপ পলিচীৰ এজন সদস্য আছিল। আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই নিশ্চিত কৰিছো যে, ওপৰত উল্লেখ কৰা তথ্যবোৰ সকলো দিশৰ পৰা সত্য, শুদ্ধ আৰু সম্পূৰ্ণ। আমি প্ৰতিশ্ৰুতি দিছো যে, আমাক দিবলগীয়া লোহোৱা বা অতিরিক্তকৈ আমাৰ একাউন্টত জমা হোৱা যিকোনো বাশি আমি যিকোনো সময়ত, যিকোনো কাৰণৰ বাবে ঘূৰাই দিম।

Verified & Recommended by

পৰীক্ষা কৰোঁতা আৰু অনুমোদন কৰোঁতা

Group Policy Holder Name [Company Seal]

গ্ৰুপ পলিচী ধাৰকৰ নাম (কোম্পানীৰ মোহৰ)

Name:

নাম:

Signature of the official

বিষয়াৰ স্বাক্ষৰ

Date:

তাৰিখ:

Documents required:

প্ৰয়োজনীয় নথি-পত্ৰ:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
স্থানীয় কৰ্তৃপক্ষৰ দ্বাৰা জাৰী কৰা বৈধ মৃত্যু প্ৰমাণপত্ৰৰ প্ৰতিলিপি
- Current Address Proof of the Nominee
মলোনীত ব্যক্তিৰ বৰ্তমান ঠিকনা প্ৰমাণ
- Photo Identity Proof of the Nominee
মলোনীত ব্যক্তিৰ ফটো পৰিচয় প্ৰমাণ
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
বাতিল কৰা চেক/বেংকৰ পাছবুক
- 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
যদি দুৰ্ঘটনাৰ বাবে মৃত্যু হয়, তেন্তে তলত উল্লেখ কৰা যিকোনো নথি-পত্ৰ মৃত্যুৰ প্ৰমাণৰ সৈতে দাখিল কৰিব লাগিব: চূড়ান্ত আৰক্ষী তদন্তৰ প্ৰতিবেদন, তদন্ত প্ৰতিবেদন বা পঞ্চনামাৰ প্ৰতিলিপি আৰু মৰণোত্তৰ পৰীক্ষাৰ প্ৰতিবেদন
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
মৃত্যু বাৰ্তা/ বাতৰি কাকতৰ কাটিং (যদি উপলব্ধ)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
ভিক্ষুৰা / ৰাসায়নিক বিশ্লেষণৰ প্ৰতিবেদন (যদি প্ৰযোজ্য)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
বৈধ বংশধৰ/উত্তৰাধিকাৰীৰ প্ৰমাণপত্ৰ, যদি নমিনী নাথাকে
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
মৃত্যুৰ তাৰিখত দিবলৈ বাকী থকা ঋণবাশিৰ ষ্টেটমেন্ট আৰু বেংকৰ পৰা মানক আৰ্হিত ক্রেডিট একাউন্ট ষ্টেটমেন্ট
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
প্ৰস্তাৱৰ পৰ্যায়ত জীৱন বীমাকৃতগৰাকীৰ পৰা যদি অনুমোদন লোৱা হোৱা নাছিল, তেন্তে প্ৰামাণিককৃত আৰ্হিত নমিনীৰ ঘোষণাৰ বিবৃতি (পুৰণি নীতিসমূহ)

- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
মৃতকৰ সদস্যপদ আৰু তেওঁৰ মৃত্যু নিশ্চিত কৰা সংশ্লিষ্ট সামাজিক খণ্ডৰ গোটৰ পৰা কভাৰিং লেটাৰ।
- Certificate of Insurance
বীমাৰ প্ৰমাণ পত্ৰ
- Age proof of the Insured
বীমাকৃত ব্যক্তিৰ বয়সৰ প্ৰমাণ