

Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity)
মৃত্যু দাবির জন্য দাবিদারের বিবৃতি (SSG এবং অ্যাফিনিটি)

Group Policy Number গ্রুপ পলিসি নম্বর	
Group Policy Holder Name গ্রুপ পলিসি ধারীর নাম	
Member number সদস্য সংখ্যা	
Date of Joining the Policy নীতিতে যোগদানের তারিখ	
Certificate Number সার্টিফিকি-কট নম্বর	
Loan disbursal date ধ-পর অর্থপ্রদান-নর তারিখ	
Outstanding loan as of date of death of member সদস্যের মৃত্যুর তারিখ অনুযায়ী বাকীয়া ঋণ	

Details of the Insured Member: বীমাকৃত সদস্যের বিবরণ:			
Full name পূর্ণ নাম			
Residential Address আবাসিক ঠিকানা			
PAN No./ Form 60 প্যান নং./ ফর্ম 60			
Gender লিঙ্গ	Male পুরুষ	Female মহিলা	Age at death: মৃত্যুর বয়স:
Nature of occupation পেশার ধরণ			
Date of birth (as per records) জন্মতারিখ (রেকর্ডস অনুযায়ী)			
Date of death and Time of Death মৃত্যুর তারিখ এবং মৃত্যুর সময়			
Cause of death মৃত্যুর কারণ	<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"/> দুর্ঘটনা <input type="checkbox"/> হত্যা <input type="checkbox"/> আত্মহত্যা <input type="checkbox"/> কোভিড 19 (COVID 19) <input type="checkbox"/> প্রাকৃতিক দুর্ভাগ <input type="checkbox"/> হৃদরোগ <input type="checkbox"/> কিডনির রোগ <input type="checkbox"/> লিভারের রোগ <input type="checkbox"/> ক্যান্সার <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন) _____		
Place of death মৃত্যুবরণ এর 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"/> আত্মহত্যা <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক মৃত্যু <input type="checkbox"/> অসুস্থতা <input type="checkbox"/> অর্নাল (দয়া করে অর্নাল/হাসপাতালের নাম উল্লেখ করুন) _____		

In case of death due to illness অসুস্থতার কারণে মৃত্যু হলে	
When and where did the insured member give first indication of falling ill কখন এবং কোথায় বীমাকৃত সদস্য অসুস্থ হওয়ার প্রথম ইঙ্গিত দেন	
Date and type of illness অসুস্থতার তারিখ ও ধরণ	
Treatment given প্রদানকৃত চিকিৎসা	
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness ডাক্তারের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর শেষ অসুস্থতার সময় বীমাকৃতের সাথে পরামর্শ করে	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness বীমাকৃত ব্যক্তিকে শেষ অসুস্থতার সময় যে হাসপাতালে চিকিৎসা করা হ-য়ছিল তার নাম ও ঠিকানা	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents দুর্ঘটনার কারণে মৃত্যুর ক্ষেত্রে: একআইআর এবং পিএমআর (জিপিএইচ দ্বারা প্রত্যয়িত) দাবির নথি সহ দায়ের করতে হবে	
Date and Time of accident দুর্ঘটনার তারিখ ও সময়	
Details of accident দুর্ঘটনার বিবরণ	
Address of Police Station to which the accident was reported যে থানার ঠিকানায় দুর্ঘটনার খবর পাওয়া গেছে	
FIR number একআইআর নম্বর	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা যেখানে বীমাকৃত ব্যক্তি শেষ অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা করেছেন	

Details of Claimant/Nominee দাবীকারী / উত্তরাধিকারীর বিবরণ		
Name of the claimant দাবীকারীর নাম		
Relationship with the insured and % of Share বীমাকৃত এবং শেয়ারের % এর সাথে সম্পর্ক		
Address of the claimant দাবীকারীর ঠিকানা		
PAN No./ Form 60 (Mandatory) প্যান নং./ ফর্ম 60 (বাহ্যতামূলক)		
Email and phone number ই-মইল ও ফোন নম্বর		
Claimant/Nominee's Bank details দাবিদার/নমিনি ব্যাঙ্কের বিশদ বিবরণ		
Bank Name and complete address ব্যাঙ্কের নাম ও সম্পূর্ণ ঠিকানা		
Account type অ্যাকাউন্ট ধরন	Savings সঞ্চয়	Current কারেন্ট
Bank account number ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর		
MICR code: এমআইসিআর কোড:		IFSC Code: আইএফএসসি কোড:

Declaration from Claimant / Nominee

দাবীকারী / উত্তরাধিকারী 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.

আমি/আমরা _____ এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি/আমরা উপরোক্ত পলিসির বীমাকৃত ব্যক্তি প্রয়াত মি/মিসেস _____ এর উত্তরাধিকারী/রা/ আইনী উত্তরাধিকারী/রা।

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.

আমি/আমরা এতদ্বারা অপরিবর্তনীয়ভাবে সম্মত এবং অঙ্গীকার করছি যে, পলিসির অধীনে প্রদেয় অর্থ প্রদানের পরে, পিএনবি মেটলাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড উপরোক্ত থেকে উদ্ধৃত মৃত সদস্যের বীমা কভার সম্পর্কিত সমস্ত দায় থেকে চূড়ান্তভাবে নিষ্ক্রিয় হবে। নীতি আমি/আমরা এতদ্বারা চিকিৎসক/ডাক্তার/রা, হাসপাতাল, চিকিৎসা কেন্দ্র, ইত্যাদিকে অনুমোদন দিচ্ছি যারা পূর্বে মৃত ব্যক্তি/বীমাকৃত কোন অসুস্থতা বা অসুস্থতার জন্য উপস্থিত ছিলেন বা পরীক্ষা করেছেন বা চিকিৎসা করেছেন, যে বীমা কোম্পানিগুলি পূর্বে মৃত ব্যক্তিকে পলিসি জারি করেছে / বীমাকৃত, বর্তমান/পূর্ববর্তী নিয়োগকর্তা বা জীবন বীমাকৃতের ব্যবসায়িক সহযোগী, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধক, ডায়াগনসিস সেন্টার যেখানে জীবন বীমাকৃত ব্যক্তি মৃত ব্যক্তির অবস্থা সম্পর্কে কোনো জ্ঞান বা তথ্য বা নথি প্রকাশ বা শেয়ার করতে ব্যক্তিগত/অফিসিয়াল/বীমা সংক্রান্ত মেডিকেল পরীক্ষা করিয়েছেন। তাদের সাথে পাওয়া স্বাস্থ্য বা অন্যান্য বিশদ যা তিনি/তারা PNB MetLife দ্বারা পলিসি জারির আগে বা পরে অর্জিত হতে পারে।

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.

অনুমোদন প্রদানের একটি ফটোকপি আসলের মতই বৈধ হিসেবে বিবেচিত হবে। যেহেতু উপরোক্ত কভার-রজটি প্রয়াত _____ এর দ্বারা তার দ্বারা ব্যাঙ্ক/আর্থিক প্রতিষ্ঠান/জিপিএইচ এর কাছ থেকে প্রাপ্ত একটি খ-পর বকয়া ও প্রদেয় অর্থ-ক সুরক্ষিত রাখার জন্য অর্জিত হ-যছিল, -সজন্য আমি/আমরা আপনাকে _____ ক টাকা বকয়া খণের পূর্ণ দায়মুক্তি/আংশিক দায়মুক্তির জন্য ব্যাঙ্ক আর্থিক সংস্থা/ জিপিএইচ কে প্রদানের অনুরোধ জানাচ্ছি। উপরোক্ত বকয়া অর্থপ্রদানের পর কোন ব্যালেন্স বাকী থাকলে তা আমার/আমাদের নামে প্রদান করা যেতে পারে।

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

আমি / আমরা যে কোনও পরিমাণ অর্থ ফেরত দেওয়ার প্রতিশ্রুতি দিই যা আমার / আমাদের অ্যাকাউন্টে অতিরিক্ত পরিমাণে জমা দেওয়া হয় বা যা আমার / আমাদের কারণে নয়, যে কোনও সময়, যে কোনও কারণে এবং এই প্রত্যাবের জন্য। আমি এর দ্বারা নিশ্চিত করছি যে এখানে উল্লিখিত বিবরণগুলি সত্য, সঠিক এবং সমস্ত দিক থেকে সম্পূর্ণ। আমি / আমরা এর দ্বারা আরও সম্মতি জানাই, এবং অনুমোদিত, পিএনবি মেটলাইফ, সংবেদনশীল এবং ব্যক্তিগত তথ্য বা আমার / আমাদের সংগৃহীত বা পিএনবি মেটলাইফের সংগৃহীত বা উপলব্ধ তথ্য সহ যে কোনও তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করার অনুমতি দিই (এই বিবৃতিতে অন্তর্ভুক্ত কিনা বা অন্যথায় প্রাপ্ত হোক না কেন) যা আমার / আমাদের কেওয়াইসি ডকুমেন্টগুলি কোনও ব্যক্তি / সংস্থা / সংস্থার সাথে সংযুক্ত বা পিএনবি মেটলাইফ দ্বারা সংযুক্ত বা জড়িত বা জড়িত কোনও ব্যক্তির কাছে পুনরায় বীমা সহ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, তদন্তকারী সংস্থা, বিক্রোতা এবং শিশু সমিতি / ফেডারেশনগুলি দাবি করে, এই দাবিটি প্রক্রিয়াকরণের উদ্দেশ্যে এবং / অথবা পরবর্তী পরিষেবাগুলি প্রদানের জন্য।

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

মূল পলিসি বন্ড ও নথির সাথে সাযুজ্য রেখে, ক্ষতি থেকে সুরক্ষা/প্রতিশ্রুতি/ওয়্যার্যান্টি এবং দাবীকারীর উপস্থাপনাগুলি

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.

আমি অপরিবর্তনীয়ভাবে কোম্পানির কাছে কার্যকর, স্বীকার, উপস্থাপিত ও গ্রহণ করছি যে, মূল পলিসি চুক্তিটি হয় পলিসিধারীর দ্বারা বা আইনী উত্তরাধিকারীদের দ্বারা অঙ্গীকারকৃত, বন্ধককৃত, আরোপিত করা হয় নি বা অন্য কোন ভাবে এর উপর কোন প্রতিকূল লিয়েন, টাইটেল, সুদ ভেরী করা হয়নি এবং আমি আরো প্রতিশ্রুতি দিচ্ছি যে, কোম্পানির কাছ থেকে পলিসির আওতায় দাবীর পূর্ণ ও চূড়ান্ত অর্থপ্রদানের পর এটিকে একটি অকার্যকর নথি হিসেবে বিনষ্ট করব। আমি আরো প্রতিশ্রুতি দিচ্ছি যে, মূল পলিসি চুক্তিটির বিধিগুলি বা মেথলে থাকা উপস্থাপনা/ওয়্যার্যান্টি সংক্রান্ত উদ্ধৃত হওয়া কোনও ক্ষতি, দাবী থেকে আমি কোম্পানিকে সুরক্ষিত বিবেচনা করছি। আমি কোম্পানির সাথে সম্পূর্ণ অবগত ও সম্মত আছি যে, আমাকে, মালোনিীত ব্যক্তিকে, আইনী উত্তরাধিকারীকে বা পলিসিধারী/জীবন আশ্রাসিত ব্যক্তির উত্তরাধিকারীকে অর্থপ্রদান করার মাধ্যমে কোম্পানি এই পলিসি/গুলি থেকে উদ্ধৃত হওয়া সমস্ত বাধাবাহকতা থেকে নিশ্চিতভাবে দায়মুক্ত হচ্ছে।

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.

আমি এই মর্মে স্বীকার করছি ও সম্মত আছি যে, আমার প্রদান করা কোন তথ্য, মিথ্যা, তুল দিকে চালিত, মাটিজ থাকা তথ্যের জন্য দাবীটিকে বাতিল করা হতে পারে বা দাবীর অর্থ থেকে তার খরচ ও ক্ষতিপূরণ কেটে নেওয়া হতে পারে, কারণ এই কেসটি আমার ও আমার সম্পদের ক্ষেত্রে দেওয়ানী ও ফৌজদারী দায়ভার থেকে আলাদা হবে।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

দাবিদার/দের স্বাক্ষর/আঙুলের ছাপ

Date: _____

তারিখ: _____

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 ব্যক্তির দ্বারা ঘোষণা করা হবে যেখানে দাবিদার তার বুডো আঙুলের ছাপ সংযুক্ত করেছে / তার/তাদের দ্বারা স্বাক্ষর করেছে আমি ঘোষণা করছি যে, আমি এই অ্যাপ্লিকেশন ফর্মের বিষয়বস্তু _____ আমি আরও ঘোষণা করি যে দাবিদাররা আমার উপস্থিতিতে তার / তার / তাদের খাঙ্গ ইমপ্রেশন স্বাক্ষর / সংযুক্ত করেছে।

Name: _____

Contact No. _____

নাম: _____

যোগাযোগের নম্বর. _____

Signature _____

স্বাক্ষর _____

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

ক্রেডিট অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট (নিচের ক্ষেত্রগুলি গ্রুপ মাস্টার পলিসিধারীর দ্বারা বাধ্যতামূলকভাবে পূরণ করতে হবে)

1) Name of the Group Master policy holder গ্রুপ মাস্টার পলিসিধারীর নাম	
2) Group Master policy number গ্রুপ মাস্টার পলিসি নম্বর	
3) Name of the Insured Member বিমাকৃত সদস্যের নাম	
4) Loan Account number ঋণ অ্যাকাউন্ট নম্বর	
5) Loan Disbursement date ঋণের অর্থপ্রদানের তারিখ	
6) Date of Commencement of Risk ঝুঁকি শুরু হওয়ার তারিখ	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured যে বিমাকৃত অর্থের জন্য গ্রুপ বিমা পলিসির সদস্যের বিমা করা হয়েছিল	
8) Original amount of Loan ঋণের মূল পরিমাণ	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ঋণের ক্ষেত্রে মাস্টার পলিসিধারীর করা আদায়ের বিবরণ	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member সদস্যের মৃত্যুর তারিখে বকেয়া ঋণের পরিমাণ	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ব্যালেন্স দাবির পরিমাণ (নামিনিকে প্রদেয় পরিমাণ)	

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.

আমরা এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, মৃত _____, যার মৃত্যু শংসাপত্র এখানে সংযুক্ত করা হয়েছে তিনি উপরে উল্লিখিত গ্রুপ নীতির সদস্য ছিলেন। আমরা এতদ্বারা নিশ্চিত করি যে, উপরে উল্লিখিত বিবরণগুলি সত্য, সঠিক এবং সমস্ত ক্ষেত্রে সম্পূর্ণ। আমরা যেকোন পরিমাণ অর্থ ফেরত দেওয়ার প্রতিশ্রুতি দিই যা আমাদের অ্যাকাউন্টে অভিরিক্তভাবে জমা হয়েছে বা না হয়েছে, যে কোনো সময়ে, যেকোনো কারণে।

Verified & Recommended by

দ্বারা যাচাইকৃত এবং প্রস্তাবিত

Group Policy Holder Name [Company Seal]

গ্রুপ পলিসি হোল্ডারের নাম [কোম্পানীর সীল]

Name:

নাম:

Date:

তারিখ:

Signature of the official

অফিশিয়াল-এর স্বাক্ষর

Documents required:

প্রয়োজনীয় নথিগুলি:

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority
স্থানীয় কর্তৃপক্ষের ইস্যুকৃত বৈধ ডেথ সার্টিফিকেটের কপি
- Current Address Proof of the Nominee
মলোনীত ব্যক্তির বর্তমান ঠিকানা প্রমাণ
- Photo Identity Proof of the Nominee
মলোনীত ব্যক্তির ছবি পরিচয় প্রমাণ
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook
বাতিলকৃত চেক/ ব্যাংকের পাশবই এর কপি
- 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
দুর্ঘটনার কারণে মৃত্যুর ক্ষেত্রে, মৃত্যুর প্রমাণপত্রের সাথে নীচে উল্লিখিত কোনো একটি নথি জমা দিতে হবে: চূড়ান্ত পুলিশ তদন্ত রিপোর্টের কপি, অনুসন্ধান রিপোর্ট বা পঞ্চনামা ও ময়নাতদন্ত রিপোর্ট
- Obituary/Newspaper cutting (if available)
মৃত্যু সংক্রান্ত বার্তা/সংবাদপত্রের কাটিং (যদি উপলব্ধ হয়)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)
ভিসেরা / রাসায়নিক বিশ্লেষণ রিপোর্ট (যদি প্রযোজ্য হয়)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee
নামিনি বা থাকলে আইনী উত্তরাধিকারী/উত্তরাধিকার সার্টিফিকেট
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank
ব্যাঙ্ক থেকে স্ট্যান্ডার্ড ফরম্যাটে, মৃত্যুর তারিখে বকেয়া ঋণ সংক্রান্ত স্টেটমেন্ট ও ক্রেডিট অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)
প্রোপোজাল পর্যায়ে (পুরনো নীতি) জীবনের আশ্রয়িত ব্যক্তির কাছ থেকে অনুমোদন না নেওয়া হয়ে থাকলে, স্ট্যান্ডার্ড ফরম্যাটে নামিনি ঘোষণা বিবৃতি
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.
মৃত ব্যক্তির সদস্যতা ও তার মৃত্যু নিশ্চিতকারী সংশ্লিষ্ট সামাজিক সেক্টর গ্রুপের কাছ থেকে কভারিং চিঠি
- Certificate of Insurance
বীমার সার্টিফিকেট
- Age proof of the Insured
বীমাকৃত ব্যক্তির বয়সের প্রমাণপত্র