

Employer Employee Death Claim Form

নিয়োগকাৰী কৰ্মচাৰীৰ মৃত্যু দাবী ফৰ্ম

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(গ্ৰুপ পলিচি হোল্ডাৰ (জিপিএইচ) আৰু সকলো গ্ৰুপ বীমা আচনিৰ মনোনীত ব্যক্তিয়ে সম্পূৰ্ণ কৰিবৰ বাবে)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

এই ফৰ্মখনৰ লগত দাখিল কৰিবলগীয়া বাধ্যতামূলক দস্তাবেজসমূহ:

| Mandatory Documents বাধ্যনীয় দস্তাবেজ | Additional documents* to be submitted জমা দিব লগীয়া অতিৰিক্ত দস্তাবেজ* |
|---|--|
| <p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority স্থানীয় কৰ্তৃপক্ষৰ দ্বাৰা জাৰি কৰা মৃত্যুৰ বৈধ প্রমাণপত্ৰৰ প্ৰতিলিপি</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH জি.পি.এই.য়ে সত্যায়ন কৰা নমিনীৰ ফটো পৰিচয়ৰ প্রমাণ</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH জি.পি.এই.য়ে সত্যায়ন কৰা নমিনীৰ বৰ্তমানৰ ঠিকনাৰ প্রমাণ</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook কেনচেল চেক/বেঙ্ক পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee পেন নং/ মনোনীত ব্যক্তিৰ প্ৰপত্ৰ 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee বৈধ বংশধৰ/উত্তৰাধিকাৰীৰ প্রমাণপত্ৰ, যদি নমিনী নাথাকে</p> <p>7. Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH শাখা/জি পি এইছত প্ৰাপ্ত হোৱা দাবীৰ ক্ষেত্ৰত যোগাযোগ যদি তৃতীয় পক্ষৰ জৰিয়তে কৰা হৈছে তেন্তে দাবীদাৰৰ পৰা কৰ্তৃত্ব প্ৰদানৰ পত্ৰ</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request বিঃদ্রঃ:- যদি আধাৰ কাৰ্ড কে ৱাই চি প্রমাণ হিচাপে দাখিল কৰিছে তেন্তে অনুৰোধৰ সৈতে আধাৰ নম্বৰৰ প্ৰথম ৪ টা অংক অজ্ঞাত ৰাখক</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims উপৰোক্ত নথি-পত্ৰবোৰ পঞ্জীয়নৰ উদ্দেশ্যে প্ৰয়োজন, কোম্পানীয়ে দাবীৰ প্ৰচেছিঙৰ বাবে অতিৰিক্ত নথি-পত্ৰ বিচাৰিবও পাৰে</p> | <p>Natural death/ death due to illness প্ৰাকৃতিক মৃত্যু/ৰোগৰ বাবে মৃত্যু</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 attested by GPH মৃত্যুৰ সময়ত বা বিগত কালত গ্ৰহণ কৰা যিকোনো চিকিৎসাৰ সম্পূৰ্ণ মেডিকেল ৰেকৰ্ড (ভৰ্তীৰ টোকা আৰু ডিছাৰ্জ / মৃত্যুৰ সংক্ষিপ্ত বিৱৰণ আৰু পৰীক্ষা / তদন্তৰ ৰিপোর্ট আদি) যাক জি.পি.এইছ.ৰ দ্বাৰা সত্যায়িত কৰা হ'ব লাগিব</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) গ্ৰুপ টাৰ্ম লাইফ দাবীৰ বাবে ছুটাৰ বিৱৰণ যদি সক্ৰিয় কৰ্ম দফা প্ৰযোজ্য (ই. এণ্ড ই.ব. ক্ষেত্ৰত)</p> <p>Accidental Death দুৰ্ঘটনাত মৃত্যু</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* এজাহাৰ, পঞ্চনামা, অনুসন্ধানৰ প্ৰতিবেদন, মৰণোত্তৰ পৰীক্ষাৰ প্ৰতিবেদন*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* শোকবাত্তা/ বাতৰি কাকতৰ টুকুৰা (যদি প্ৰযোজ্য)*</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* ভিচিৰা/ ৰসায়নিক বিশ্লেষণৰ প্ৰতিবেদন (যদি প্ৰযোজ্য)*</p> <p>4. Final police investigation report* পুলিচ অনুসন্ধানৰ চূড়ান্ত প্ৰতিবেদন*</p> <p>*Attested by GPH *জি.পি.এইছ.ৰ দ্বাৰা সত্যায়িত</p> |

Part A / অংশ A:

- 1) Group Policy No./ গ্ৰুপ পলিচী নং: _____
- 2) Member ID/গৰল পলিচী নং: _____
- 3) Employee ID/ কৰ্মচাৰী আইডি: _____
- 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
মৃত সদস্য জনৰ বৰ্তমান পদবী/ বেণ্ড/ গ্ৰেড: _____
(কাৰ্যকৰী হোৱা তাৰিখ) খাপ খোৱা কোটাৰ অধিনত প্ৰয়োজন অনুসৰি
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / বীমাকৃত সদস্যকৰ্মচাৰী জনৰ সম্পূৰ্ণ নাম আৰু ঠিকনা: _____
- 6) Name of Group Policyholder / গ্ৰুপ পলিচী হোল্ডাৰ জনৰ নাম: _____
- 7) Date of Birth of Insured / বীমাকৃত ব্যক্তি ৰ জন্মতাৰিখ: _____
- 8) Date of Joining the Service / সেৱাত যোগ কৰা তাৰিখ: _____
- 9) PAN No./ Form 60 / পেন নং/ প্ৰপত্ৰ 60: _____
- 10) Date of Death / মৃত্যুৰ তাৰিখ: _____
- 11) Place and Cause of Death / মৃত্যু হোৱা কাৰণ আৰু ঠাই: _____
- 12) Cause of Death/মৃত্যুৰ কাৰণ: _____

| 13) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote) লাভ কৰা শেষৰটো দৰমহা: (জিটিএল/ এফএচএলএচ আচনিৰ বাবে বাধ্যতামূলক। অনুগ্ৰহ কৰি এফএচএল দাবীৰ বাবে মূল দৰমহা উল্লেখ কৰক। খাপ খোৱা কোটাৰ অধিনত প্ৰয়োজন অনুসৰি দৰমহা উল্লেখ কৰক) | Monthly মাহেকায়াকৈ | Annual বছৰি |
|---|------------------------|----------------|
| | | |

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention যোৱা এবছৰত কৰ্মচাৰী জনে লোৱা ছুটাৰ বিৱৰণ/ ঘটনাতো হোৱা তাৰিখৰ পৰা। অনুগ্ৰহ কৰি উল্লেখ কৰক

| From Date তাৰিখৰ পৰা | To Date তাৰিখলৈ | No. of Days দিনৰ সংখ্যা | Type of Leave ছুটাৰ প্ৰকাৰ | Reason কাৰণ |
|-------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |

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

পিনএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্শুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহেজা টাৱাৰ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালুৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ৱেবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাৰকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

- 15) Sum Assured / বীমাকৃত ধনৰ পৰিমাণ: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/পিএফসফ বীমাকৃত সদস্য জনৰ একাউন্ট নম্বৰ: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/(ইডিএলআই দাবীৰ বাবে বাধ্যতামূলক)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent Contractual
মৃত্যু তাৰিখত কৰ্মচাৰী জনৰ চাকৰিৰ অৱস্থা উল্লেখ কৰক: স্থায়ী চুক্তি মূলক
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
অনুগ্রহ কৰি নিশ্চিত কৰক যে যোগদানৰ তাৰিখৰ পৰা কৰ্মচাৰীজন সক্ৰিয়ভাৱে কামত নিয়োজিত আছিলনে: হয় নহয়
- 19) Last working date/ অন্তিম কৰ্মৰত তাৰিখ: _____

Declaration and authorization by Group policy holder

পলিচীধাৰকৰ দ্বাৰা ঘোষণা আৰু কৰ্তৃত্ব প্ৰদান

I/We, the above-named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

মই/আমি ওপৰোক্ত দাবীদাৰে নিজেই ঘোষণা কৰিছো যে ওপৰত উল্লেখিত বিবৃতি সমূহ সত্য আৰু একমত হৈছে যে কোম্পানীৰ দ্বাৰা এই ফৰ্ম খন বা আন কোনো আনুশাংগিক ফৰ্ম পূৰ কৰোঁতে ইয়াৰ দ্বাৰা বলপূৰ্বক ভাৱে কোনো জীৱন বীমা জাপি দিয়া হোৱা নাই বা কোনো চৰ্ত বা সুৰক্ষাবিধিও উঠাই লোৱা হোৱা নাই। কোনো আইন, নীতি বা ব্যৱহাৰত নহয়, সদস্য জনৰ চিকিৎসা! অনুসন্ধান ৰ সময়ত লোৱা গুপ্ত তথ্য প্ৰস্তুত কৰাত বাধা আছে।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

মই/ আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই স্বিকৃতি প্ৰদান কৰিছো কোনো চিকিৎসক বা আন লোক, বা কোনো চিকিৎসালয়, চনেটৰিয়াম, চিকিৎসা কৰ্মী/চিকিৎসালয় বা আন গু চৰ্মা প্ৰতিষ্ঠান, বীমা সহায়ক সংস্থা:ফাৰ্মাচী, চৰকাৰী এজেন্সি, বীমা কোম্পানী, নিয়োগকাৰী, বেনিফিট প্লে এডমিনিষ্ট্ৰেটৰ, হিচাপপৰীক্ষক বা আৰ্থিক উপদেষ্টা বা আন কোনো পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স লিমিটেড ক সহায়কাৰী, ইয়াৰ কোনো কাৰ্যালয়, বা আইনি আদালত, বা কোনো অনুসন্ধান এজেন্সি বা ইয়াৰ হৈ কাম কৰা কোনো স্থায়ী এডমিনিষ্ট্ৰেটৰ, বীমাকৃত ব্যক্তি প্ৰদান কৰা নিয়োগ, আৰ্থিক বা বীমা সম্বন্ধীয় তথ্য, উপদেশ, গু চৰ্মা বা আন কোনো তথ্য যি বীমাকৃত ব্যক্তি জনৰ স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় হ'ব পাৰে যেনে মানসিক ৰোগৰ তথ্য, গুণ গ্ৰহণ, এলকহল সেৱন, এইচআইভি(এইডছ) আৰু যবা যৌন সংৰূপিত মিত ৰোগ সমূহ।

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

মই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই এই ক্লেইমৰ প্ৰক্ৰিয়াকৰণ, আবেদনৰ উদ্দেশ্যে আৰু/বা ইয়াৰ লগত সংগত সেৱাসমূহ আগবঢ়োৱাৰ বাবে য'ত ক্লেইম মীমাংসাৰ ক্ষেত্ৰত উভূত সেৱাসমূহ অন্তৰ্ভুক্ত থাকিব, তেনে কামৰ বাবে পি.এন.বি. মেটলাইফক পি.এন.বি. মেটলাইফৰ দ্বাৰা সংগ্ৰহিত বা তেওঁলোক ওচৰত উপলব্ধ মোৰ/আমাৰ ব্যক্তিগত আৰু স্পৰ্শকাতৰ তথ্যবোৰ ব্যৱহাৰ আৰু সদৰি কৰিবলৈ সন্মতি আৰু কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰিছো য'ত অন্তৰ্ভুক্ত থাকিব পাৰে বি-ইন্সুৰাৰ, ক্লেইম অনুসন্ধান এজেন্সী, ভেণ্ডাৰ আৰু উদ্যোগৰ সংস্থা/ফেডাৰেশ্যনসমূহকে ধৰি পি.এন.বি. মেটলাইফৰ লগত সংযুক্ত বা অনুমতিপ্ৰাপ্ত বা জড়িত কোনো ব্যক্তি/সংস্থা/প্ৰতিষ্ঠানক দিয়া কে.বাই.চি. নথিপত্ৰ।

Declaration by Group Policy Holder

গ্ৰুপ পলিচী হস্তাৰৰ দ্বাৰা ঘোষণা

We confirm that the foregoing information including the details of the insured member stated above are true to the best of our knowledge and belief and our born out from our official records.

আমি নিশ্চিত কৰিছো যে বীমাকৃত ব্যক্তি জনৰ সৈতে জড়িত ওপৰত উল্লেখিত তথ্য সমূহ আমাৰ বি বাসলৈকে সত্য আৰু সকলো অনুষ্ঠানিক ৰেকৰ্ডৰ পৰা লোৱা হৈছে।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

মাষ্টাৰ পলিচী হস্তাৰৰ কোম্পানীৰ মোহৰৰ সৈতে অনুমোদিত স্বাক্ষৰকাৰীৰ স্বাক্ষৰ

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
নাম আৰু পদবী: _____ যোগাযোগৰ নম্বৰ: _____ তাৰিখ: _____

Part B / অংশ B:

1) Please provide bank account number and PAN No./ Form 60 for all the Nominees:

সকলো মনোনীত ব্যক্তিৰ বাবে বেংক একাউন্ট নম্বৰ আৰু পেন নং/ ফৰ্ম 60 দিব:

| Particulars তথ্যসমূহ | Nominee 1 মনোনীত ব্যক্তি 1 | Nominee 2 মনোনীত ব্যক্তি 2 | Nominee 3 মনোনীত ব্যক্তি 3 | Nominee 4 মনোনীত ব্যক্তি 4 | Nominee 5 মনোনীত ব্যক্তি 5 |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Name নাম | | | | | |
| Bank Account Number বেংক একাউন্ট নম্বৰ | | | | | |
| IFSC Code আইএফএচি কোড | | | | | |
| PAN No./ Form 60 পেন নং/ প্ৰপত্ৰ 60 | | | | | |

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records:

জিপিএইচ ৰেকৰ্ড অনুসৰি জীৱন বীমাৰ লাভ উঠাবলৈ অনুগ্রহ কৰি মনোনীত ব্যক্তিৰ সৈতে জড়িত সকলো তথ্য উল্লেখ কৰক:

| SI. No. এছএন নম্বৰ। | Nominee Name মনোনীত ব্যক্তিৰ নাম | Relationship সম্পৰ্ক | Benefit Share in % % ত লাভাভাৰ অংশ | Address of Nominee মনোনীত ব্যক্তিৰ ঠিকনা |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following:

ৰোগৰ বাবে বা অপ্রাকৃতিক কাৰণত হোবা মৃত্যুৰ ক্ষেত্ৰত তলত দিয়া সমূহৰ প্ৰয়োজন হ'ব:

| Types of illness and date of diagnosis ৰোগৰ প্ৰকাৰ আৰু চিকিৎসা কৰাৰ তাৰিখ |
|--|
| |

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

পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহেজা টাৱাৰ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওেবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইমইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাৰকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গংবেগাওঁ (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

| | |
|---|--|
| Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment বীমাকৃত ব্যক্তি জনৰ য'ত চিকিৎসা কৰা হৈছিল সেই চিকিৎসালয়ৰ বিৱৰণ তথা তেখেতৰ চিকিৎসাৰ বিৱৰণ | |
| Details of accident (for unnatural death) দুৰ্ঘটনাৰ বিৱৰণ (অপ্রাকৃতিক মৃত্যুৰ ক্ষেত্ৰত) | |
| Name and address of hospital where postmortem was conducted পষ্টমৰ্টেম কৰা চিকিৎসালয়ৰ নাম আৰু ঠিকনা | |
| Name and address of police station to which accident was reported দুৰ্ঘটনাটো ৰোপৰ্ট কৰা আৰক্ষী থানাৰ নাম আৰু ঠিকনা | |

Declaration and authorization by Beneficiary

হিতাধিকাৰী সমূহ আৰু গ্ৰুপ পলিচি হস্তাৰ দ্বাৰা কৰা ঘোষণা আৰু অনুমোদন

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

মই/ আমি ওপৰোক্ত দাবীদাৰে নিজেই ঘোষণা কৰিছোঁ। যে ওপৰত উল্লেখিত বিবৃতি সমূহ সত্য আৰু একমত হৈছে যে কোম্পানীৰ দ্বাৰা এই ফৰ্ম খন বা আন কোনো আনুশংগিক ফৰ্ম পূৰ কৰোঁতে ইয়াৰ দ্বাৰা বলপূৰ্বক ভাৱে কোনো জীৱন বীমা জপি দিয়া হোৱা নাই বা কোনো চৰ্ত বা সুৰক্ষাবিধিও উঠাই লোৱা হোৱা নাই। কোনো আইন, নীতি বা ব্যৱহাৰত নহয়, সদস্য জনৰ চিকিৎসা। অনুসন্ধান ৰ সময়ত লোৱা গুপ্ত তথ্য প্ৰস্তুত কৰাত বাধা আছে।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

মই/ আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই স্বিকৃতি প্ৰদান কৰিছোঁ কোনো চিকিৎসক বা আন লোক, বা কোনো চিকিৎসালয়, চনোটৰিয়াম, চিকিৎসা কৰ্মী, চিকিৎসালয় বা আন গু চৰ্মা প্ৰতিষ্ঠান, বীমা সহায়ক সংস্থা:ফাৰ্মাচী, চৰকাৰী এজেন্সি, বীমা কোম্পানী, নিয়োগকাৰী, বেনিফিট মে এডমিনিষ্ট্ৰেটৰ, হিচাপপৰীক্ষক বা আৰ্থিক উপদেষ্টা বা আন কোনো পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স লিমিটেড ক সহায়কাৰী, ইয়াৰ কোনো কাৰ্যালয়, বা আইনি আদ লত, বা কোনো অনুসন্ধান এজেন্সি বা ইয়াৰ হৈ কাম কৰা কোনো স্বাধীন এডমিনিষ্ট্ৰেটৰ, বীমাকৃত ব্যক্তি প্ৰদান কৰা নিয়োগ, আৰ্থিক বা বীমা সম্বন্ধীয় তথ্য, উপদেশ, গু চৰ্মা বা আন কোনো তথ্য যি বীমাকৃত ব্যক্তি জনৰ স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় হ'ব পাৰে যেনে মানসিক ৰোগৰ তথ্য, ওষধ গ্ৰহণ, এলকহল সেৱন, এইচআইভি(এইডছ)আৰম্ভণি বা যৌন সংগ্ৰহ মিত ৰোগ সমূহ।

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/application or obtained otherwise) which may include 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, application and/or for providing subsequent services.

মই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই এই ক্লেইমৰ প্ৰক্ৰিয়াকৰণ, আবেদনৰ উদ্দেশ্যে আৰু/বা ইয়াৰ লগত সংগত সেৱাসমূহ আগবঢ়োৱাৰ বাবে য'ত ক্লেইম মীমাংসাৰ ক্ষেত্ৰত উভূত সেৱাসমূহ অন্তৰ্ভুক্ত থাকিব, তেনে কামৰ বাবে পি.এন.বি. মেটলাইফক পি.এন.বি. মেটলাইফৰ দ্বাৰা সংগ্ৰহিত বা তেওঁলোক ওচৰত উপলব্ধ মোৰ/আমাৰ ব্যক্তিগত আৰু স্পৰ্শকাতৰ তথ্যবোৰ ব্যৱহাৰ আৰু সদৰি কৰিবলৈ সন্মতি আৰু কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰিছোঁ য'ত অন্তৰ্ভুক্ত থাকিব পাৰে ৰি-ইন্সুৰাৰ, ক্লেইম অনুসন্ধান এজেন্সী, ভেণ্ডাৰ আৰু উদ্যোগৰ সংস্থা/ফেডাৰেশ্যনসমূহকে ধৰি পি.এন.বি. মেটলাইফৰ লগত সংযুক্ত বা অনুমতিপ্ৰাপ্ত বা জড়িত কোনো ব্যক্তি/সংস্থা/প্ৰতিষ্ঠানক দিয়া কে.ৱাই.চি. নথিপত্ৰ।

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

মূল পলিচী বণ্ড আৰু ডকুমেন্টৰ সলনি দাবীকৰ্তাৰ দ্বাৰা ক্ষতিপূৰণ/প্ৰতিশ্ৰুতি/ৱাৰেণ্টি আৰু প্ৰতিনিধিত্ব

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy bond/documents are not pledge, 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 document 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 অপৰিৱৰ্তনীয়ভাৱে অপৰিৱৰ্তনীয়ভাৱে অপৰিহাৰ্য, স্বীকাৰ কৰোঁ, প্ৰতিনিধিত্ব কৰোঁ আৰু কোম্পানীক প্ৰতিশ্ৰুতি দিওঁ যে মূল আঁচনি বণ্ড/নথিপত্ৰবোৰ প্ৰতিশ্ৰুতি, বন্ধকী, আৱণ্টন বা অন্যথা আঁচনিধাৰক বা আইনী উত্তৰাধিকাৰীৰ দ্বাৰা ইয়াৰ ওপৰত কোনো প্ৰতিকূল অধিগ্ৰহণ, শিৰোনাম, সূত সৃষ্টি কৰা নহয় আৰু মই কোম্পানীৰ পৰা আঁচনিৰ অধীনত দাবীৰ সম্পূৰ্ণ আৰু চূড়ান্ত পৰিশোধপ্ৰাপ্তিৰ পিছত ইয়াক বাতিল আৰু বাতিল দস্তাবেজ হিচাপে ধৰণ কৰাৰ প্ৰতিশ্ৰুতি দিওঁ। মই আৰু প্ৰতিশ্ৰুতি দিছোঁ যে কোম্পানীটোৱে সকলো লোকচানৰ বিপৰীতে মোৰ দ্বাৰা ক্ষতিপূৰণ প্ৰদান কৰিছে, মূল আঁচনি দস্তাবেজ বা ইয়াত থকা প্ৰতিনিধিত্ব/ৱাৰেণ্টিৰ বিতৰণৰ সন্দৰ্ভত যিকোনো বস্তৰ পৰা উদ্ভৱ হোৱা যিকোনো দাবীৰ বিৰুদ্ধে। মই কোম্পানীৰ সৈতে সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছোঁ আৰু সন্মত যে ই মোক, মনোনীত ব্যক্তি, আইনী উত্তৰাধিকাৰী বা আঁচনিধাৰক/জীৱন নিশ্চিত উত্তৰাধিকাৰীক পৰিশোধ কৰাৰ পিছত এই আঁচনি/বোৰৰ পৰা উদ্ভৱ হোৱা সকলো দায়বদ্ধতাৰ পৰা চূড়ান্তভাৱে অব্যাহতি দিয়া হ'ব।

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 আৰু সন্মত যে মোৰ দ্বাৰা প্ৰদান কৰা যিকোনো অসুন্দ, মিছা, বা বিভ্ৰান্তিকৰ বা ঘাটৰ তথ্যৰ ফলত দাবী প্ৰত্যাখ্যান বা ব্যয় আৰু ক্ষতিপূৰণৰ সৈতে দাবীৰ উপাৰ্জন পুনৰুদ্ধাৰ হ'ব পাৰে কিয়নো পোচৰটো মোৰ আৰু মোৰ সম্পত্তিৰ ওপৰত অসামৰিক আৰু অপৰাধমূলক দায়বদ্ধতাৰ বাহিৰে হ'ব পাৰে।

Signature of the Nominee of Insurance Claim

বীমা দাবী কৰা মনোনীত ব্যক্তিৰ স্বাক্ষৰ

| Particulars তথ্যসমূহ | Nominee 1 মনোনীত ব্যক্তি 1 | Nominee 2 মনোনীত ব্যক্তি 2 | Nominee 3 মনোনীত ব্যক্তি 3 | Nominee 4 মনোনীত ব্যক্তি 4 | Nominee 5 মনোনীত ব্যক্তি 5 |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Name of Nominee মনোনীত ব্যক্তিৰ নাম | | | | | |
| Signature of Nominee মনোনীত ব্যক্তিৰ স্বাক্ষৰ | | | | | |
| Contact No. যোগাযোগৰ নম্বৰ | | | | | |
| Date তাৰিখ | | | | | |

Declaration by Group Policy Holder

গ্ৰুপ পলিচি হস্তাৰ দ্বাৰা ঘোষণা

We confirm that, the Nominee/s mentioned in this form is/are as nominated by the employee for the purpose of vesting of his/her life Insurance benefits.

আমি নিশ্চিত কৰিছোঁ যে, এই ফৰ্মত উল্লেখিত নমিনী/সকলক কৰ্মচাৰীজনৰ দ্বাৰা তেওঁৰ লাইফ ইন্সুৰেন্সৰ লাভসমূহ প্ৰাপ্তিৰ উদ্দেশ্যে মনোনীত কৰিছে।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

মাষ্টাৰ পলিচি হস্তাৰ কোম্পানীৰ মোহৰৰ সৈতে অনুমোদিত স্বাক্ষৰকাৰীৰ স্বাক্ষৰ

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
নাম আৰু পদবী: _____ যোগাযোগৰ নম্বৰ: _____ তাৰিখ: _____

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

পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহেজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডিএ পৰীয়েল নম্বৰ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওৱেবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাৰকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গৰ্বেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203