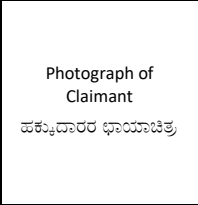


INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಾವಿನ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್

For Official Use Only / ಅಧಿಕೃತ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ

Branch Name / ಶಾಖೆಯ ಹೆಸರು: _____ Branch Code / ಶಾಖೆಯ ಕೋಡ್: _____
 Employee Name / ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಹೆಸರು: _____
 Employee Code / ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್: _____ Sign / ಸಹಿ: _____
 Date: Time: On or Before 3PM After 3PM
 ದಿನಾಂಕ: _____ ಸಮಯ: ಮಧ್ಯಾಹ್ನ 3 ಗಂಟೆಗೆ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಮೊದಲು ಮಧ್ಯಾಹ್ನ 3 ಗಂಟೆಯ ನಂತರ



Documents to be Submitted
ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು

Mandatory Documents ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳು	Additional documents* to be submitted ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು*
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಮಾನ್ಯವಾದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format ಸಾಧ್ಯವಾದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ (ಕುಟುಂಬದ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರಿಂದ)</p> <p>3. Current address proof of the nominee ನಾಮಿನಿಯ ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ</p> <p>4. PAN Card or Form 60 of the nominee ನಾಮಿನಿಯ ಪಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಅಥವಾ ಫಾರ್ಮ್ 60</p> <p>5. Photo identity proof of the nominee ನಾಮಿನಿಯ ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್ ನಕಲು</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ಶಾಖೆ/GPH ನಲ್ಲಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ಕ್ಲೈಮ್ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುದಾರರಿಂದ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ</p> <p>8. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee ನಾಮಿನಿಯ ಅನಿವೃತ್ತಿಯಾದಲ್ಲಿ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ/ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request ಸೂಚನೆ:- ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಕೆವೈಸಿ ಪುರಾವೆಯಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಮನವಿಯ ಜೊತೆ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೊದಲ 8 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮರೆಮಾಚಿ</p>	<p>Natural death/ death due to illness ಸಹಜ ಸಾವು / ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಸಾವು</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 ಈ ಹಿಂದೆ ಅಥವಾ ಮರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕುರಿತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಆಡ್ಮಿಷನ್ ನೋಟ್ಸ್ & ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ / ಡೆತ್ ಸಾರಾಂಶ ಮತ್ತು ಟೆಸ್ಟ್ / ತನಿಖಾ ವರದಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ)</p> <p>Accidental Death ಅಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ವಿಘ್ನಾಘಾತ, ಪಂಚನಾಮಾ, ತನಿಖಾ ವರದಿ, ಮರಣೋತ್ತರ ವರದಿಯ ನಕಲು</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) ಮರಣ ವಾರ್ತೆ / ವ್ಯಕ್ತಪತ್ರಿಕೆಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡ ಭಾಗ (ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ವಿಸ್ವೇರಾ (ಓಳಾಂಗಗಳ ವರದಿ) / ರಾಸಾಯನಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ವರದಿ (ಅನ್ವಯಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ)</p> <p>4. Final police investigation report ಅಂತಿಮ ಪೊಲೀಸ್ ತನಿಖಾ ವರದಿ</p>

*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents/evidences apart from the given below, if required.
*ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಕೆಳಗೆ ಕೇಳಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು / ಸಾಕ್ಷಿಯಾಧಾರಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದೆ.

***SECTION A - POLICY DETAILS**
*ವಿಭಾಗ A - ಪಾಲಿಸಿ ವಿವರಗಳು

Policy Number(s): _____
 ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು): _____
 (Please mention all policy numbers with PNB MetLife India Insurance Co. Ltd)
 (ದಯವಿಟ್ಟು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಜೊತೆಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿ)

***SECTION B - DETAILS OF LIFE ASSURED (LA)**
*ವಿಭಾಗ B - ಲೈಫ್ ಅಶೂರ್ಡ್ (LA) ವಿವರಗಳು

Name of Life Assured: Mr. Ms.
ಲೈಫ್ ಅಶೂರ್ಡ್ ಹೆಸರು: ಶ್ರೀ. ಶ್ರೀಮತಿ

Father's Name: _____
ತಂದೆಯ ಹೆಸರು: _____

Date of Death: _____
ಮರಣದ ದಿನಾಂಕ: _____

Place of Death: Hospital* Clinic* Residence Office Other (Please specify) _____
ಸಾವಿನ ಸ್ಥಳ: ಆಸ್ಪತ್ರೆ* ಕ್ಲಿನಿಕ್* ನಿವಾಸ ಕಛೇರಿ ಇತರ (ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ)

*If hospital/ clinic is selected, please mention hospital/ clinic name _____
*ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಹೆಸರನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿ

Family Doctor: Name: _____
ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರು: ಹೆಸರು: _____
Registration No.: _____ Contact No.: _____ PAN No./ Form 60: _____
ನೋಂದಣಿ ಸಂ.: _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ಪಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ / ಫಾರ್ಮ್ 60: _____

Last treated/attended Doctor: Name: _____
ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ/ನೋಡಿಕೊಂಡ ವೈದ್ಯರು: ಹೆಸರು: _____
Registration No.: _____ Contact No.: _____
ನೋಂದಣಿ ಸಂ.: _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity

ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ: ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ನಿಯಮಿತ ಪಾವತಿ ವರ್ಷಾಲಸ

(Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)

(ಆಯ್ಕೆಗಳು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ.)

SECTION G- NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH

ವಿಭಾಗ G - ಮರಣಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿನ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ, ಲೈಫ್ ಅಶೂರ್ಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯರು/ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು

Table with 4 columns: Name of Doctor/ Hospital, Address and Contact Details, Disease /Condition Treated For, Treatment Dates (From- To)

*SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION

*ವಿಭಾಗ H - ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಣ

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 PNB MetLife has not admitted any liability or waived any of its rights.

ಮೇಲೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ಹಕ್ಕುದಾರ(ಗಳು) ನಾನು/ನಾವು, ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ, ಸತ್ಯವೆಂದು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ, ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಮುಂದೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಒದಗಿಸುವಾಗ ಓವರ್ ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಯಾವುದೇ ಬಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿಲ್ಲ.

I/We hereby authorize the physicians/doctors or hospitals, medical centers, who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other insurance Companies which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/ past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnostic 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 or after the policy was issued by PNB MetLife.

ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ವೈದ್ಯರು/ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಯಾವುದೇ ಕಾರ್ಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯಾಲಯ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಮೃತ ವ್ಯಕ್ತಿ/ವಿಮಾದಾರನನ್ನು ಉಪಚರಿಸಿದ ಅಥವಾ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಅಥವಾ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಮೃತ ವ್ಯಕ್ತಿ/ವಿಮಾದಾರ, ಪ್ರಸ್ತುತ/ಹಿಂದಿನ ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಅಥವಾ ಜೀವವಿಮಾದಾರ, ಜನನ ಮತ್ತು ಮರಣ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ನ ವ್ಯವಹಾರ ಸಹವರ್ತಿಗಳಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ಹೊರಡಿಸಿದ ಇತರ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

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 / 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.

ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಪಿಎನ್ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಪಿಎನ್ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್, (ಈ ಹೇಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದು ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿರುವುದು) ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಪಿಎನ್ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್ ಮತ್ತು ಸಮ್ಪತ್ತಿ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ, ಇದು KYC ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಪಿಎನ್ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯೈಫ್‌ನಿಂದ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಥವಾ ಸಂಯೋಜಿತ ಅಥವಾ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಮರುವಿಮೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ತನಿಖಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಸಂಘಗಳ/ ಒಕ್ಕೂಟಗಳನ್ನು ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವುದು.

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

ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಬಾಂಡ್ ಮತ್ತು ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್‌ಗಳ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಕ್ಕುದಾರರಿಂದ ನಷ್ಟ ಪರಿಹಾರ / ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ/ ಖಾತರಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು

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.

ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಬಾಂಡ್/ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್‌ಗಳು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಂದ ಅಥವಾ ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ, ಶೀರ್ಷಿಕೆ, ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಪ್ರತಿಜ್ಞೆ, ಅಡಮಾನ, ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ, ಅಥವಾ ರಚಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ, ಎಂದು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ, ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ, ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಪಾಲಿಸಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ, ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಪಾವತಿಯ ರಶೀದಿಯ ನಂತರ ಅದನ್ನು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರ್ಥಕ ದಾಖಲೆಯಾಗಿ ನಾಶಪಡಿಸಲು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು/ವಾರಂಟಿಗಳ ವಿತರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಉಂಟಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮ್‌ಗಳು, ಎಲ್ಲಾ ನಷ್ಟಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕಂಪನಿಯು ನನ್ನಿಂದ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ನನಗೆ, ನಾಮಿನಿ, ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿದಾರ/ಜೀವ ವಿಮಾದಾರ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಈ ಪಾಲಿಸಿ/ವಿಮೆಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಬಾಧ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಅದು ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ನನ್ನಿಂದ ಒದಗಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪಾದ, ಸುಳ್ಳು, ಅಥವಾ ದಾರಿತಪ್ಪಿಸುವ ಅಥವಾ ಅಸಮರ್ಪಕ ಮಾಹಿತಿಯು ಹಕ್ಕು ನಿರಾಕರಣೆ ಅಥವಾ ಹಕ್ಕು ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯು ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಆದಾಯದ ನಿರಾಕರಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಸ್ವತ್ತುಗಳು ಮೇಲೆ ನಾಗರಿಕ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ಮೊಕದ್ದಮೆ ಹೂಡಲು ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಅಂಗೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

Date / ದಿನಾಂಕ: [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y]

Place / ಸ್ಥಳ: _____

SIGN HERE
ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ
Signature of Claimant
ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in _____ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ತನ್ನ ಹೆಬ್ಬರಳನ ಗುರುತನ್ನು ಅಂಟಿಸಿದ್ದಾರೆ/ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ/ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿಲ್ಲ. ಈ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಗೆ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ನನಗೆ ನೀಡಲಾದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನಿಜಾಯತಿಯಿಂದ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ನನ್ನ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವರ ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತಿಗೆ ಸಹಿ ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ / ಲಗತ್ತಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant: _____
ಘೋಷಣೆದಾರರ ಹೆಸರು: _____ ಘೋಷಿಸಿದವರ ಜೊತೆ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಂಬಂಧ: _____
Address: _____ Contact Number of Declarant: _____
ವಿಳಾಸ: _____ ಘೋಷಿಸಿದವರ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

Date / ದಿನಾಂಕ: [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y]

Place / ಸ್ಥಳ: _____

SIGN HERE
ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ
Signature of Third person
ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ

Terms and Conditions:

ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು:

1) The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed 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.

ಆಗತ್ಯವಾದ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ, ತುಂಬಿದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದನ್ನು ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗೆ ಪ್ರವೇಶ ಪಡೆದಂತೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಕಂಪನಿಯ ಪರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲು ಯಾವುದೇ ಐಜೆಂಟ್ / ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಇಲ್ಲ. ಅಥವಾ ಅಧಿಕೃತ ಅಧಿಕಾರಿ ಇಲ್ಲ.

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.

ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಅವಶ್ಯಕ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ವೇಗವಾಗಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೂರ್ಣವಾದ ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆಯ ಸಲ್ಲಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸದೇ ಇರುವ ಕಾರಣ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಯಾವುದೇ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

Important Note: In case of any demand or favor asked by anyone including a company representative towards claim processing or settlement, the same should not be entertained and must be reported to the company immediately on the company's Email id: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

ಪ್ರಮುಖ ಟಿಪ್ಪಣಿ: ಕ್ಲೈಮ್ ಪ್ರೊಸೆಸಿಂಗ್ ಅಥವಾ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾರಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಬೇಡಿಕೆ ಅಥವಾ ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ಕೇಳಿದರೆ, ಅದನ್ನು ಪುರಸ್ಕರಿಸಲಾರದು ಮತ್ತು ತಕ್ಷಣವೇ ಕಂಪನಿಯ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಯಲ್ಲಿ, ಕಂಪನಿಗೆ ವರದಿ ಮಾಡಬೇಕು: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM
ಫಾರ್ಮ್ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು ಸೂಚನೆ

IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)

ಪ್ರಮುಖ ಮಾಹಿತಿ (ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಓದಿ)

- The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form. ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಹಕ್ಕುದಾರರು ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಒಂದುವೇಳೆ ಹಕ್ಕುದಾರರು ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಸಿನಾಗಿದ್ದರೆ, ಪೋಷಕರು/ನಿಯೋಜಿತರು ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬಹುದು.
- Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers. ಒಂದೇ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಬಹು ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳನ್ನು ನೋಂದಾಯಿಸಬಹುದು.
- In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant. ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಕ್ಕುದಾರರಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿ ಹಕ್ಕುದಾರರಿಗೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.
- Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in the same manner as you normally sign your cheque. ದಯವಿಟ್ಟು ಘೋಷಣೆಗಳನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಚೆಕ್‌ಗೆ ನೀವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಹಕ್ಕುದಾರರು ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು.
- Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy. ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಯ ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳ ಈಡೇರಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- No fee or commission should be paid to anyone to process this claim. ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ಯಾರಿಗೂ ಯಾವುದೇ ಶುಲ್ಕ ಅಥವಾ ಕಮಿಷನ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾರದು.
- Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the correspondence will happen through this only. ನಿಮ್ಮ ವಿಳಾಸ, ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ ಇತ್ತೀಚಿನದಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿವೆ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ಪತ್ರವ್ಯವಹಾರವು ಇದರ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರ ಸಂಭವಿಸುತ್ತದೆ.
- Asterisk (*) refers to mandatory information. ಅಸ್ಕರಿಸ್ಕ್ (*) ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

ಗ್ರಾಹಕ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಪ್ರತಿ-ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಾವಿನ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್

Policy No.: _____ Claimant Name: _____
 ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.: _____ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೆಸರು: _____
 Branch Name / Intimation Number: _____ Claimant Client ID: _____
 ಶಾಖೆಯ ಹೆಸರು / ಸೂಚನೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಗ್ರಾಹಕ ಐಡಿ: _____
 Employee Name: _____ Date: _____
 ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಹೆಸರು: _____ ದಿನಾಂಕ: _____
 Employee Signature: _____ Employee Code: _____
 ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಸಹಿ: _____ ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್: _____
 IRDAI Registration No. _____
 IRDAI ನೋಂದಣಿ ಸಂ. _____

Branch Stamp
ಶಾಖೆ ಅಂಚೆಚೀಟಿ

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)

ಮಾನ್ಯವಾದ ಗುರುತು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆಗಳ ಪಟ್ಟಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ)

PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)	ADDRESS PROOF (ANY ONE)
<input type="checkbox"/> ಫೋಟೋ ಐಡೆಂಟಿಫಿಕೇಶನ್ ಪ್ರೂಫ್ (ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದು)	<input type="checkbox"/> ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ (ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದು)
<input type="checkbox"/> Claimant's PAN CARD ಹಕ್ಕುದಾರರ ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್	<input type="checkbox"/> Valid Passport ಮಾನ್ಯ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್
<input type="checkbox"/> Aadhar Card* ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್*	<input type="checkbox"/> Valid Driving License ಮಾನ್ಯ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ
<input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್ ಮಾಡಿದ ಛಾಯಾಚಿತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್ ಬುಕ್ (6 ತಿಂಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಳೆಯದಾಗಿರಬಾರದು) ಐಡಿ	<input type="checkbox"/> Voter ID Card ವೋಟರ್ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್
<input type="checkbox"/> Card Issued by Central/State Govt. to employees ಕೇಂದ್ರ/ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ನೌಕರರಿಗೆ ವಿತರಿಸಿದ ಕಾರ್ಡ್	<input type="checkbox"/> Aadhar Card* ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್*
<input type="checkbox"/> Any other Central/State Govt. issued ID ಇತರ ಯಾವುದೇ ಕೇಂದ್ರ / ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ವಿತರಿಸಿದ ಐಡಿ	<input type="checkbox"/> Valid Driving License ಮಾನ್ಯ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ
<input type="checkbox"/> Voter ID Card ವೋಟರ್ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್	<input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್ ಮಾಡಿದ ಛಾಯಾಚಿತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್ ಬುಕ್ (6 ತಿಂಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಳೆಯದಾಗಿರಬಾರದು)

*I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd
*ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನಿಂದ ಕೆಪಾಯ್‌ಸಿ ಅನುಸರಣೆಗಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿ ಪರಿಶೀಲನೆ ನಡೆಸಲು ನನ್ನ ಆಧಾರ್ ಅನ್ನು ಬಳಸಲು ನಾನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

ಸೂಚನೆ: ಹಕ್ಕುದಾರರ NEFT ಆದೇಶ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳು

- A cancelled personalized cheque with the account no. and IFSC should be submitted along with the NEFT mandate. If the cheque is not personalized, a latest bank statement or copy of passbook (where account number and IFSC is mentioned) needs to be submitted with the mandate.

NEFT ಆದೇಶದೊಂದಿಗೆ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ IFSC ಇರುವ ರದ್ದಾದ ವ್ಯಯಕ್ಕೀಕರಿಸಿದ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ವ್ಯಯಕ್ಕೀಕರಣಗೊಳಿಸದಿದ್ದರೆ, ಇತ್ತೀಚಿನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಪ್ರತಿಯನ್ನು (ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು IFSCಯನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಲ್ಲಿ) ಆದೇಶದೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

- This mandate, upon processing, will override any of the previously tagged NEFT mandates for all policies, held by the client with PNB MetLife Insurance Co.Ltd.

ಈ ಆದೇಶವು ಸಂಸ್ಕರಣೆಗೊಂಡ ನಂತರ, ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯಾಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಹಕರು ಹೊಂದಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಈ ಹಿಂದೆ ಜೋಡಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ NEFT ಆದೇಶಗಳನ್ನು ಮೀರಿರುತ್ತದೆ.

- In case of NEFT failure or any further requirements pending on the mandate, payout will be kept on hold till fresh NEFT mandate is received. Intimation will be sent to you for the same.

NEFT ವೈಫಲ್ಯ ಅಥವಾ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಹೊಸ NEFT ಆದೇಶವನ್ನು ಪಡೆಯುವವರೆಗೆ ಪಾವತಿಯನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ಕಳುಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

#Refund to NRE account (full or proportionate) will be subject to ratio of premium(s) paid through NRE Account. Please submit a Bank Statement or Bank Confirmation letter as evidence for premium(s) paid through NRE account.

#NRE ಖಾತೆಗೆ ಮರುಪಾವತಿಯು (ಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಅನುಪಾತದ) NRE ಖಾತೆಯ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳ) ಅನುಪಾತಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ದಯವಿಟ್ಟು NRE ಖಾತೆಯ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳ)ಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಬ್ಯಾಂಕ್ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ.

In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.

ಅನುಪಾತದ ಪಾವತಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಎರಡು NEFT ಆದೇಶಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ, ಅಂದರೆ NRE ಖಾತೆಗೆ ಮತ್ತು NRE ಆಲ್ಲದ ಖಾತೆಗೆ.

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 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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲ್ಯಾಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಾಜಾ ಎವರ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಗೆ ಅಥವಾಮಹಡಿ, ಚಿಹಿ ಕ್ರ. -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರಗಾಂವ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062.

ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

BEWARE OF SPURIOUS / FRAUD PHONE CALLS: IRDAI is not involved in activities like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums. Public receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint.

ನಕಲಿ / ವಂಚನೆ ಫೋನ್ ಕರೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರವಾಗು: IRDAI ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡುವುದು, ಬೋನಸ್ ಘೋಷಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳ ಹೂಡಿಕೆಯಂತಹ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗಿಯಾಗಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ದೂರವಾಣಿ ಕರೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ಪೊಲೀಸರಿಗೆ ದೂರು ನೀಡುವಂತೆ ಕೋರಲಾಗಿದೆ.