

Employer Employee Death Claim Form

ಉದ್ಯೋಗದಾತ ಉದ್ಯೋಗಿ ಡೆತ್ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(ಎಲ್ಲಾ ಗ್ರೂಪ್ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಗ್ರೂಪ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೋಲ್ಡರ್ (ಜಿಪಿಎಚ್) ಮತ್ತು ನಾಮಿನಿ ಮೂಲಕ ಭರ್ತಿ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ಈ ನಮೂನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳು:

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. Photo identity proof of the nominee attested by GPH ಜಿಪಿಎಚ್ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH ಜಿಪಿಎಚ್ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಪ್ರತಿ</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee ಪಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ / ನಾಮಿನಿಯ ನಮೂನೆ 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಅನಿವೃತ್ತಿ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ/ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ</p> <p>7. Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ತಾಜೆ/ಜಿಪಿಎಚ್ ನಲ್ಲಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಾಗಿ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ಕ್ಲೈಮ್ ಪಡೆಯುವಿಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಹಕ್ಕುದಾರರಿಂದ ಅಧಿಕೃತ ಪತ್ರ</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>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims ಮೇಲಿನ ದಾಖಲೆಗಳು ನೋಂದಣಿಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು, ಕಂಪನಿಯು ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಬಹುದು</p>	<p>Natural death/ death due to illness ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಸಾವು/ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ 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 attested by GPH ಹಿಂದೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಅಥವಾ ಮರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜಿಪಿಎಚ್ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಪ್ರವೇಶ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು ಮತ್ತು ಬಿಡುಗಡೆ / ಸಾವಿನ ಸಾರಾಂಶ & ಪರೀಕ್ಷೆ / ತನಿಖಾ ವರದಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ).</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) ಸಕ್ರಿಯ ಕೆಲಸದ ಷರತ್ತು ಅನ್ವಯವಾಗಿದ್ದರೆ ಗುಂಪು ಟರ್ಮ್ ಲೈಫ್ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳಿಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಬಿಡಿ (ಇ&ಇ ಪ್ರಕರಣ)</p> <p>Accidental Death ಅಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* ಎಫ್‌ಐಆರ್ ನಕಲು, ಪಂಚನಾಮ, ಇನ್ಕ್ವೆಸ್ಟ್ ವರದಿ, ಪೋಸ್ಟ್ಮಾರ್ಟಮ್ ವರದಿ*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* ಮರಣ ವಾರ್ತೆ / ವ್ಯತ್ಯಾಸತ್ರಿಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡ ಭಾಗ (ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ)*</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* ವಿಸ್ಕೆರಾ (ಒಳಾಂಗಗಳ ವರದಿ) / ರಾಸಾಯನಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ವರದಿ (ಅನ್ವಯಿಸಿದಲ್ಲಿ)*</p> <p>4. Final police investigation report* ಅಂತಿಮ ಪೊಲೀಸ್ ತನಿಖಾ ವರದಿ*</p> <p>*Attested by GPH *ಜಿಪಿಎಚ್ ನಿಂದ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ</p>

Part A / ಭಾಗ A:

1) Group Policy No/ ಗ್ರೂಪ್ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

2) Member ID/ ಸದಸ್ಯರ ಐಡಿ: _____

3) Employee ID/ ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಐಡಿ: _____

4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
ಸಂತ್ರಸ್ತ ಸದಸ್ಯರ ಸದ್ಯದ ಹುದ್ದೆ / ಬಾಂಡ್ / ಶ್ರೇಣಿ: _____
(ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗುವ ದಿನಾಂಕದೊಂದಿಗೆ) ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಾದಂತೆ

5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯ / ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ: _____

6) Name of Group Policyholder / ಗ್ರೂಪ್ ಪಾಲಿಸಿದಾರನ ಹೆಸರು: _____

7) Date of Birth of Insured / ವಿಮಾದಾರರ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ: _____

8) Date of Joining the Service / ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ: _____

9) PAN No./ Form 60 / ಪಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60: _____

10) Date of Death / ಮರಣದ ದಿನಾಂಕ: _____

11) Place and Cause of Death / ಮರಣದ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಕಾರಣ: _____

12) Cause of Death/ ಸಾವಿನ ಕಾರಣ: _____

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) ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಸಂಬಳ: (ಜಿಟಿಎಲ್/ ಎಫ್‌ಎಸ್‌ಎಲ್ ಯೋಜನೆಗೆ ಕಡ್ಡಾಯ, ದಯವಿಟ್ಟು ಎಫ್‌ಎಸ್‌ಎಲ್ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗೆ ಮೂಲ ವೇತನವನ್ನು ಒದಗಿಸಿ, ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವೇತನವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿಸಿ)	Monthly ಮಾಸಿಕ	Annual ವಾರ್ಷಿಕ

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention ಕಳೆದ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ / ಘಟನೆಯ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳು ಪಡೆದ ರಜಾ ವಿವರಗಳು. ದಯವಿಟ್ಟು ನಮೂದಿಸಿ

From Date ಈ ದಿನಾಂಕದಿಂದ	To Date ಈ ದಿನಾಂಕದವರೆಗೆ	No. of Days ಒಟ್ಟು ದಿನಗಳು	Type of Leave ರಜೆಯ ವಿಧ	Reason ಕಾರಣ

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

ವಿಮಾನ ಮೆಟಲ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಾಜಾ ಟವರ್ಸ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಹೀಲ್ಪ್ ಡೆಸ್ಕ್ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ, ಟೆಲಿ ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

- 15) Sum Assured / ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/ ವಿಮಾದಾರರ ಪಿಎಫ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/ (ಇಡಿಎಲ್‌ಐ ಕ್ಲೈಮ್ ಗೆ ಕಡ್ಡಾಯ)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent Contractual
 ಪುನಃ ದಿನಾಂಕದ ಪ್ರಕಾರ ನೌಕರರ ಉದ್ಯೋಗದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ: ಶಾಶ್ವತ ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇಲೆ
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
 ಉದ್ಯೋಗಿ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿದ್ದರೇ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ದೃಢೀಕರಿಸಿ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- 19) Last working date/ ಕೊನೆಯ ಕೆಲಸದ ದಿನಾಂಕ: _____

Declaration and authorization by Group policy holder

ಗುಂಪು ಪಾಲಿಸಿ ಹೊಂದಿರುವವರ ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಣ

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.

ಮೇಲಿನ ಹೆಸರಿನ ಹಕ್ಕುದಾರನಾ(ರಾ)ದ ನಾನು / ನಾವು, ಮುಂಬರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನಿಜವೆಂದು ದೃಢವಾಗಿ ಹೇಳುತ್ತೇನೆ(ವೆ) ಮತ್ತು ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು, ಅಥವಾ ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಕೊಡಬಹುದಾದಂತಹ ಯಾವುದೇ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ, ಅದು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಮಾದಾರನ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ವಿಮೆ ಇತ್ತೀಚೆಯಿಂದ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಮನ್ನಾ ಮಾಡುವುದಾಗಲೀ ಅಥವಾ ರಕ್ಷಣಾ ಸಾಧನವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಾಗಲೀ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಏನು ನಾನು/ನಾವು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ(ವೆ). ಸದಸ್ಯರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ತನಿಖೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪಡೆದ ರಹಸ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯ ಒದಗಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿಷೇಧಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನಿನ, ವಾಡಿಕೆ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ.

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.

ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ, ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀ ಅಥವಾ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಆರೋಗ್ಯಧಾಮ, ವೈದ್ಯಕೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಇತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ ಸಂಸ್ಥೆ, ವಿಮೆಯುಂಟಲ ಸಂಸ್ಥೆ, ಔಷಧಾಲಯ, ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಉದ್ಯೋಗದಾತ, ಲಾಭ ಯೋಜನಾ ನಿರ್ವಹಕರು, ಆಕೌಂಟೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಹಣಕಾಸು ಸಲಹೆಗಾರ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಪಿಎನ್‌ಎಲ್ ಮೆಟಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ಅದರ ಯಾವುದೇ ಕಛೇರಿಗಳು, ಅಥವಾ ನ್ಯಾಯಾಲಯ ಅಥವಾ ಅದರ ಪರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಯಾವುದೇ ತನಿಖಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಸ್ವತಂತ್ರ ನಿರ್ವಹಕರಿಗೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಉದ್ಯೋಗ, ಹಣಕಾಸು ಅಥವಾ ವಿಮೆ, ಸಲಹೆ, ರಕ್ಷಣೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ, ಮಾದಕವಸ್ತುಗಳ ಬಳಕೆ, ಮದ್ಯದಬಳಕೆ, ಏರ್‌ಬಿಪಿ (ಒಬಿಪಿ) ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಹರಡುವ ರೋಗಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ವಿಮಾದಾರರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ(ವೆ). ಈ ಅಧಿಕಾರ ಪತ್ರದ ಒಂದು ಫೋಟೋಸ್ಟಾಟ್ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಮೂಲ ದಾಖಲೆಯಷ್ಟೇ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮತ್ತು ಮಾನ್ಯ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

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.

ನಾನು/ನಾವು ಪಿಎನ್‌ಎಲ್ ಮೆಟಲೈಫ್ ಗೆ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ಪಿಎನ್‌ಎಲ್ ಮೆಟಲೈಫ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ (ಈ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ / ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರಲಿ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿರಲಿ) ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಒಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದು ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು ಇದು ಮರು ವಿಮೆಗಾರರು, ಕ್ಲೈಮ್ ತನಿಖಾ ಏಜೆಂಟುಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಸಂಘಗಳು / ಫೆಡರೇಷನ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಘಟಕಕ್ಕೆ ಕೆಪ್ಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತಿದ್ದು ಅದು ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ, ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಇರುತ್ತಿದ್ದು ಇದು ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಸೇವೆಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

Declaration by Group Policy Holder

ಗ್ರೂಪ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೋಲ್ಡರ್‌ನಿಂದ ಘೋಷಣೆ

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.

ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ವಿಮಾ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ನೀಡಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಮ್ಮ ಬುದ್ಧಿ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಯ ಪ್ರಕಾರದಂತೆ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಅಧಿಕೃತ ದಾಖಲೆಗಳಿಂದ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಕಂಪನಿ ಮುದ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ಅಧಿಕೃತ ಸಹಿದಾರರ ಸಹಿ

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
 ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆ: _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ದಿನಾಂಕ: _____

Part B / ಭಾಗ B:

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

ಎಲ್ಲಾ ನಾಮಿನಿಗಳಿಗೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60 ಅನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:

Particulars ವಿವರಗಳು	Nominee 1 ನಾಮಿನಿ 1	Nominee 2 ನಾಮಿನಿ 2	Nominee 3 ನಾಮಿನಿ 3	Nominee 4 ನಾಮಿನಿ 4	Nominee 5 ನಾಮಿನಿ 5
Name ಹೆಸರು					
Bank Account Number ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ					
IFSC Code ಐ ಎಫ್ ಎಸ್ ಸಿ ಕೋಡ್					
PAN No./ Form 60 ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60					

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

ಜಿಪಿಎಚ್ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಜೀವ ವಿಮೆಯುಂಟಾಳುತ್ತಿರುವ ನಾಮಿನಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ:

SL. No. ಕ್ರ. ಸಂ.	Nominee Name ನಾಮಿನಿ ಹೆಸರು	Relationship ಸಂಬಂಧ	Benefit Share in % % ನಲ್ಲಿ ಲಾಭದ ಹಂಚಿಕೆ	Address of Nominee ನಾಮಿನಿ ವಿಳಾಸ

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

ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಅಥವಾ ಅಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾದ ಸಾವಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ:

Types of illness and date of diagnosis ಅನಾರೋಗ್ಯದ ವಿಧಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ದಿನಾಂಕ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment ನೀಡಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ವಿಮಾದಾರನು ದಾಖಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿವರಗಳು	

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
 ಪಿಎನ್‌ಎಲ್ ಮೆಟಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
 ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಾಜೇಜ್ ಟವರ್ಸ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560001. 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 ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ,
 ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

Details of accident (for unnatural death) ಅಪಘಾತದ ವಿವರಗಳು (ಅಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಮರಣಕ್ಕೆ)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	
Name and address of police station to which accident was reported ಅಪಘಾತ ವರದಿಯಾದ ಪೊಲೀಸ್ ಸ್ಟೇಷನ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	

Declaration and authorization by Beneficiary

ಘಟಾನುಭವಿಯಿಂದ ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ

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.

ಮೇಲಿನ ಹೆಸರಿನ ಹಕ್ಕುದಾರನಾ(ರಾ)ದ ನಾನು / ನಾವು, ಮುಂಬರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನಿಜವೆಂದು ದೃಢವಾಗಿ ಹೇಳುತ್ತೇನೆ(ವೆ) ಮತ್ತು ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು, ಅಥವಾ ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಕೊಡಬಹುದಾದಂತಹ ಯಾವುದೇ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ, ಅದು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಮೆದಾರನ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ವಿಮೆ ಇತ್ತೀಚೆಯಿಂದ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಮನ್ನಾ ಮಾಡುವುದಾಗಲೀ ಅಥವಾ ರಕ್ಷಣಾ ಸಾಧನವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಾಗಲೀ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು/ನಾವು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ(ವೆ). ಸದಸ್ಯರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ತನಿಖೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪಡೆದ ರಹಸ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯು ಒದಗಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿಷೇಧಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನಿನ, ವಾಡಿಕೆ ಅಥವಾ ಬಳಕೆಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ.

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.

ನಾನು / ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ, ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಆರೋಗ್ಯಧಾಮ, ವೃತ್ತಿಪರ ವೈದ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಇತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ ಸಂಸ್ಥೆ, ವಿಮೆಯುಬೆಂಬಲ ಸಂಸ್ಥೆ, ಔಷಧಾಲಯ, ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ, ಉದ್ಯೋಗದಾತ, ಲಾಭ ಯೋಜನಾ ನಿರ್ವಹಕರು, ಆಕೌಂಟೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಹಣಕಾಸು ಸಲಹೆಗಾರ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ವಿಮೆನಾಭಿ ಮೆಲ್ಟೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ಅದರ ಯಾವುದೇ ಕಛೇರಿಗಳು, ಅಥವಾ ನ್ಯಾಯಾಲಯ ಅಥವಾ ಅದರ ಪರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಯಾವುದೇ ತನಿಖಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಸ್ವತಂತ್ರ ನಿರ್ವಹಕರಿಗೆ, ವಿಮೆದಾರರ ಉದ್ಯೋಗ, ಹಣಕಾಸು ಅಥವಾ ವಿಮೆ, ಸಲಹೆ, ರಕ್ಷಣೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ, ಮಾದಕವಸ್ತುಗಳ ಬಳಕೆ, ಮದ್ಯದಬಳಕೆ, ಏಜೆಂಟರಿ (ಐಡ್ಸ್) ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಹರಡುವ ರೋಗಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ವಿಮೆದಾರರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಆಗತ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ(ವೆ). ಈ ಅಧಿಕಾರ ಪತ್ರದ ಒಂದು ಫೋಟೋಕಾಪಿ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಮೂಲ ದಾಖಲೆಯುಳ್ಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮತ್ತು ಮಾನ್ಯ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

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.

ನಾನು/ನಾವು ವಿಮೆನಾಭಿ ಮೆಲ್ಟೈಫ್ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಥವಾ ವಿಮೆನಾಭಿ ಮೆಲ್ಟೈಫ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ (ಈ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ / ಆಪ್ಲಿಕೇಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿರಲಿಲ್ಲ) ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಒಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದು ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು ಇದು ಮರು ವಿಮೆಗಾರರು, ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ತನಿಖಾ ಏಜೆಂಟರಿಗಳು, ಮಾರಾಟಗಾರರು ಮತ್ತು ಉದ್ಯಮ ಸಂಘಗಳು / ಫೆಡರೇಷನ್‌ಗಳ ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಂಸ್ಥೆ / ಘಟಕಕ್ಕೆ ಕೆಪ್ರೆಸೆಂಟೇಟಿವ್‌ನಾಗಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತಿದ್ದು ಅದು ಈ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಅನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ, ಆಪ್ಲಿಕೇಷನ್ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಂತರ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಇರುತ್ತಿದ್ದು ಇದು ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಇತ್ಯರ್ಥದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಸೇವೆಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

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

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

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.

ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಬಾಂಡ್/ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್‌ಗಳು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಂದ ಅಥವಾ ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ, ಶೀರ್ಷಿಕೆ, ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಪ್ರತಿಜ್ಞೆ, ಅಡಮಾನ, ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ರಚಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗದೆ, ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ, ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಪಾಲಿಸಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಪಾವತಿಯ ರಶೀದಿಯ ನಂತರ ಅದನ್ನು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನೂರ್ಜಿತ ದಾಖಲೆಯಾಗಿ ನಾಶಪಡಿಸಲು ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು/ವಾರಂಟ್‌ಗಳ ವಿತರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಉಂಟಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್‌ಗಳು, ವಿಮಾ ನಷ್ಟಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕಂಪನಿಯು ನನ್ನಿಂದ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ನನಗೆ, ನಾಮಿನಿ, ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿದಾರ/ಜೀವ ವಿಮೆದಾರರ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಈ ಪಾಲಿಸಿ/ವಿಮೆನಾಭಿಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ವಿಮಾ ಬಾಧ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಅದು ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.

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.

ನನ್ನಿಂದ ಒದಗಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪಾದ, ಸುಳ್ಳು, ಅಥವಾ ದಾರಿತಪ್ಪಿಸುವ ಅಥವಾ ಅಸಮರ್ಪಕ ಮಾಹಿತಿಯು ಹಕ್ಕು ನಿರಾಕರಣೆ ಅಥವಾ ಹಕ್ಕು ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯು ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರದೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಆದಾಯದ ನಿರಾಕರಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಸ್ವತ್ತುಗಳು ಮೇಲೆ ನಾಗರಿಕ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ಮೊಕದ್ದಮೆ ಹೂಡಲು ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಅಂಗೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

Signature of the Nominee of Insurance Claim

ವಿಮೆ ಕ್ಲೈಮ್ಸ್ ಮಾಡುವವರ ನಾಮಿನಿಯ ಸಹಿ

Particulars ವಿವರಗಳು	Nominee 1 ನಾಮಿನಿ 1	Nominee 2 ನಾಮಿನಿ 2	Nominee 3 ನಾಮಿನಿ 3	Nominee 4 ನಾಮಿನಿ 4	Nominee 5 ನಾಮಿನಿ 5
Name of Nominee ನಾಮಿನಿ ಹೆಸರು					
Signature of Nominee ನಾಮಿನಿ ಸಹಿ					
Contact No. ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ					
Date ದಿನಾಂಕ					

Declaration by Group Policy Holder

ಗ್ರೂಪ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೋಲ್ಡರ್‌ನಿಂದ ಘೋಷಣೆ

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.

ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ನಾಮಿನಿಯನ್ನು / ಗಳನ್ನು ಉದ್ಯೋಗಿಯು ಅವನ / ಅವಳ ಜೀವ ವಿಮೆಯ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ವಹಿಸಿಕೊಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ನಾಮಿನಿದೇಶನ ಮಾಡಿದ್ದಾನೆ/ಳೆ ಎಂದು ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಹೋಲ್ಡರ್‌ನ ಕಂಪನಿ ಮುದ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ಅಧಿಕೃತ ಅಧಿಕಾರಿಯು ಮಾಡಿದ ಸಹಿ

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆ: _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ದಿನಾಂಕ: _____