

## Claimant Statement for Credit Life Claims

### क्रेडिट लाइफ क्लेम साठी क्लेमंट स्टेटमेंट

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy

दावे सांगणारा निवेदन फॉर्म पालिसी अंतर्गत दावेदार / फायदेविषयक नियुक्त व्यक्ती / क्यदेशीररित्या पात्र व्यक्तीद्वारे सादर केला जाणे आवश्यक आहे.

The Form is to be filled in one color by one person is single ink only

फॉर्म एक व्यक्तीकडून एकच शाईत भरायला पाहिजे.

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below

दाव्यावर प्रक्रिया करण्यासाठी आवश्यक असलेली सर्व कागदपत्रे खालील पृष्ठामध्ये उल्लेखित "दाव्याची संस्था" कडे पाठविली पाहिजेत

All supporting documents to be self - attested by nominee

सर्व सहाय्यक कागदपत्रे नॉमिनीद्वारे स्वतः सत्यापित केली पाहिजेत.

#### Documents to be Submitted

कागदपत्रे सादर करावी लागतात

Mandatory Documents अनिवार्य दस्तऐवज	Additional documents* to be submitted सादर करावयाची अतिरिक्त कागदपत्रे*
<p>1. Copy of death certificate issued by local municipal authority स्थानिक महापालिका प्राधिकरणाद्वारे जारी केलेल्या मृत्यू प्रमाणपत्राची प्रत</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) प्रमाणपत्र (कौटुंबिक डॉक्टर किंवा उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांकडून)</p> <p>3. Original policy document मूळ पालिसी दस्तऐवज</p> <p>4. Current address proof वर्तमान पत्ता पुरावा</p> <p>5. Photo identity proof फोटो ओळख पुरावा</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook रद्द केलेले चेक / बँक पासबुकची कॉपी</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party तृतीय पक्षद्वारे दावा सूचना प्राप्त झाल्यास दावेदाराकडून अधिकृत पत्र</p> <p>8. Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official बँकेच्या मृत्यूच्या तारखेस बँक अधिका-याने प्रमाणित केलेले क्रेडिट बॅलन्स स्टेटमेंट</p>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> <b>नैसर्गिक मृत्यू / आजारांमुळे मृत्यू</b></p> <p>1. Complete Medical records (Admission notes &amp; Discharge / Death summary &amp; Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death पूर्वी किंवा मृत्यूच्या वेळी घेतलेल्या कोणत्याही उपचारांच्या पूर्ण वैद्यकीय नोंदी (प्रवेश नोट आणि डिस्चार्ज / मृत्यू सारांश व चाचणी / तपासणी अहवाल इ.)</p> <p><b>Accidental Death</b> <b>अपघाती मृत्यू</b></p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report एफआयआर, पंचनामा, चौकशी अहवाल, पोस्टमार्टम अहवाल</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) मृत्युपत्र / वृत्तपत्र कटिंग (उपलब्ध असल्यास)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) व्हिसेरा / रासायनिक विश्लेषण अहवाल (लागू असल्यास)</p> <p>4. Final police investigation report अंतिम पोलिस तपासणी अहवाल</p>

\*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents / evidences apart from the given below, if required.

\*आवश्यक असल्यास, खाली दिलेल्या कोणत्याही अतिरिक्त दस्तऐवज/ पुराव्यासाठी पीएनबी मेटलाइफचा कॉल करण्याचा अधिकार सुरक्षित आहे.

#### 1. POLICY NUMBER/S

पालिसी क्रमांक \_\_\_\_\_

#### 2. DETAILS OF THE CLAIMANT

दावेदाराचे तपशील

Name: \_\_\_\_\_  
नाव: \_\_\_\_\_

Date of Birth: 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

  
जन्म तारीख:

Gender:  Male  Female  
लिंग:  पुरुष  स्त्री

Relationship with Life Insured: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_  
विमा उतरवलेल्या व्यक्तीशी नाते: \_\_\_\_\_ मोबाईल/लँडलाईन नंबर: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_  
सध्याचा पत्ता: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Pin Code: \_\_\_\_\_  
शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ पिन कोड: \_\_\_\_\_

Email ID: \_\_\_\_\_  
इमेल आयडी: \_\_\_\_\_

PAN No./ Form 60: \_\_\_\_\_ \*Aadhaar number: 

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
पॅन क्र./फॉर्म 60: \_\_\_\_\_ \*आधार क्रमांक: \_\_\_\_\_

\*Only last 4 digits to be mentioned.

\*केवळ शेवटचे 4 अंक नमूद करावचे आहेत.

#### 3. BANKING DETAILS

बँकिंग तपशील

Bank Account No.: \_\_\_\_\_ Account holder name: \_\_\_\_\_  
बँक खाते क्रमांक: \_\_\_\_\_ खात धारकाचे नाव: \_\_\_\_\_

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Address of the Bank: \_\_\_\_\_

बैंकेचे नाव: \_\_\_\_\_ बँकेचा पत्ता: \_\_\_\_\_  
State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
राज्य: \_\_\_\_\_ पिन कोड: \_\_\_\_\_

MICR: \_\_\_\_\_  
एमआयसीआर: \_\_\_\_\_

IFSC: \_\_\_\_\_  
आयएफएससी: \_\_\_\_\_

#### 4. LIFE INSURED DETAILS

##### विमा धारकचे तपशील

Name of the life insured: \_\_\_\_\_ Date of Death: \_\_\_\_\_  
विमा उतरवलेल्या व्यक्तित्चे नाव: \_\_\_\_\_ मृत्यूची तारीख: \_\_\_\_\_

Time of Death: \_\_\_\_\_ AM/PM

Place of Death:  Home  Hospital  Office

Others (please Specify Others / Hospital name) \_\_\_\_\_

मृत्यूची वेळ: \_\_\_\_\_ AM/PM

मृत्यूची जागा:  घर  हॉस्पिटल  ऑफिस

इतर ( कृपया इतर स्पष्ट करा हॉस्पिटलचे नाव इत्यादी) \_\_\_\_\_

Cause of Death:  Accident  Murder  Suicide  Natural  Illness  Others (please specify) \_\_\_\_\_

मृत्यूचे कारण:  दुर्घटना  हत्या  आत्महत्या  नैसर्गिक  आजार  इतर (कृपया निर्दिष्ट करा) \_\_\_\_\_

#### 5. NATURE OF ILLNESS & HABITS

##### आजारचे स्वरूप व सवयी

Date of Diagnosis

निदान तारीख

Hypertension  Diabetes  Asthma  IHD  Malignancy  Others (please specify) \_\_\_\_\_

हायपरटेंशन  मधुमेह  अस्थमा  आयएचडी  दूष  इतर (कृपया निर्दिष्ट करा) \_\_\_\_\_

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs- if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_

Quantity consumed \_\_\_\_\_ (Per-Day/Week/Month).

धूम्रपान  अल्कोहोल  तंबाखू  ड्रग्स - जर हो तर वापराचा कालावधी \_\_\_\_\_

खाण्याचे प्रमाण \_\_\_\_\_ (प्रति दिवस /आठवडा /महिना)

#### 6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

##### कर्मचारी / व्यवसाय / उद्योग तपशील

Last Employer's name/Business/Occupation: \_\_\_\_\_

शेवटच्या नियोजकाचे नाव / व्यवसाय / उद्योग: \_\_\_\_\_

Nature of work/designation: \_\_\_\_\_

कामाचे स्वरूप / पदनाम: \_\_\_\_\_

Employment/Business/Occupation Address: \_\_\_\_\_

रोजगार /व्यवसाय / उद्योगाचा पत्ता: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_

राज्य: \_\_\_\_\_ पिन कोड: \_\_\_\_\_ मोबाईल/लँडलाइन नंबर: \_\_\_\_\_

#### 7. NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL/DOCTORS/HOSPITAL WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEDING THE DEATH

सर्व /डॉक्टर / रुग्णालये यांचे नाव, पत्ता आणि संपर्क तपशील, जेथे विमा धारकला शेवटच्या 5 वर्षात उपचार दिले होते

Name of Doctor/ Hospital डॉक्टर / रुग्णालयाचे नाव	Address and Contact Details पत्ता आणि संपर्क तपशील	Disease /Condition Treated For उपचार केलेला रोग/स्थिती	Treatment Dates (From- To) उपचार तारीख (पासून पर्यंत)

#### 8. DETAILS OF OTHER LIFE INSURANCE POLICIES OF THE LIFE INSURED

##### विमाधारकच्या इतर विमा पॉलिसीचे तपशील

Name of Life Insurance Company विमा कंपनीचे नाव	Policy Number/s पॉलिसी क्रमांक	Policy Commencement Date पॉलिसी सुरु झाल्याची तारीख	Coverage Amount (Rs.) कमरेज रक्कम (रु.)	Claim Submitted दावा सबमिट केला

#### Declaration and Authorization

##### घोषणा आणि अधिकृतता

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.

मी/आम्ही उपरोक्त नामांकित दावेदार सर्वप्रथम अशी घोषणा करीत आहोत की, उपरोक्त उत्तरे आणि विधाने सर्व बाबतीत खरी आहेत आणि मी / आम्ही असे मानतो की दाव्याचे प्रपत्र सादर करताना पीएनबी मेटलाइफने कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकारले नाही किंवा त्याचे कोणतेही हक्क माफ केले नाहीत.

I/We hereby authorized the physician/Doctors or hospitals, medical centers, who as attended upon or examine or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Company which 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 or other details which he/they may have acquire whether before and after the policy was issued by PNB MetLife. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original. Since the said coverage was procured by Late \_\_\_\_\_ for the purpose of securing outstanding under a loan availed by him/her from \_\_\_\_\_

Bank/GPH, I request you to pay Rs. \_\_\_\_\_ to Bank/GPH towards the load outstanding as on the date of death. Any balance after payment of the outstanding may be paid in my name.

मी/आम्ही अशा प्रकारे वैद्यकीय / डॉक्टर किंवा रुग्णालये, वैद्यकीय केंद्रे यांना अधिकृत केले आहे, ज्यांनी उपरोक्त मृत व्यक्तीवर / विमाधारकवर आजारत उपचार केले आहेत किंवा उपरोक्त मृत व्यक्तीला / विमाधारकला ज्यांनी पॉलिसी जारी केल्या आहेत अशा इतर विमा कंमन्या किंवा विमाधारकची तपासणी केली आहे किंवा त्याच्यावर उपचार केला आहे. पूर्वीचा नियोक्ता किंवा जीवित विमाधारक, जन्म व मृत्यूचे रजिस्ट्रार, डायग्नोस्टिक सेंटर, ज्यात विमाधारकने वैयक्तिक / अधिकारिक / विम्याशी संबंधित वैद्यकीय चाचण्या घेतल्या आहेत. मृत व्यक्तीच्या आरोग्यासंबंधी किंवा इतर संबंधित माहिती सामायिक करण्यास किंवा सामायिक करण्यासाठी पीएनबी मेटलाईफने पॉलिसी जारी करण्यापूर्वी किंवा त्यानंतर त्याला / तिला प्राप्त झालेली माहिती दिली आहे. या अधिकृततेची एक फोटो प्रत मूळ प्रत म्हणून प्रभावी व वैध मानली जाईल. बँक / जीपीएच कडून घेतलेल्या भारतानुसार बकाया मिळविण्याच्या हेतूने हेव्हेन्युई \_\_\_\_\_ ने सांगितले की कव्हेरेज घेण्यात आले होते म्हणून मी तुम्हाला तारखेच्या तारखेप्रमाणे बकाया भारापर्यंत बँक / जीपीएचला \_\_\_\_\_ रुपये भरावे अशी विनंती करतो. थकबाकी भरल्यानंतर कोणतीही रक्कम माझ्या नावावर भरली जाऊ शकते.

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/organisation/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

मी/आम्ही या द्वारे पीएनबी मेटलाईफला माझ्या / आमच्या एकत्रित किंवा पीएनबी मेटलाईफसह उपलब्ध असलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा वापर करण्यास आणि त्यास अधिकृत करण्यास परवानगी देतो ( या विधानात समाविष्ट असलेले किंवा अन्यथा मिळविलेले) ज्यांत केव्हायसी वगदपत्रे आणि / किंवा पुढील सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने संबंधित व्यक्ती / संस्था / किंवा पीएनबी मेटलाईफशी निगडित किंवा गुंतलेली एफएफआय, पुनर्विक्रेतांसह अन्वेषण करणाऱ्या एजन्सी, विक्रेते आणि उद्योग संघटना / या दाव्याची प्रक्रिया करण्यासाठी आणि / किंवा इतर सेवा प्रदान करण्यासाठी.

Signature/ Left Thumb impression of Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
दावेकर्त्याची सही / डावी अंगठा ठसा \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

**Declaration by the person filling in the Claim form. (in case the Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)**

**दावा फॉर्म भरणाऱ्या व्यक्तीद्वारे घोषणापत्र (दावा फॉर्म अर्ज प्रपत्राच्या भाषेपेक्षा वेगळ्या भाषेत भरला/सही केला असल्याच्या प्रसंगात)**

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant

मी याद्वारे घोषित करतो/ते की मी दावा करणाऱ्याला त्याला/तिला समजणाऱ्या भाषेत गंभीर आजारपण दावा फॉर्मचा मजकूर स्पष्ट करून सांगितला आहे. तो त्याला/तिला पूर्णपणे समजला आहे आणि दावा करणाऱ्याने पुरवलेल्या माहितीनुसार उत्तरे नोंदवलेली आहेत आणि उत्तरे दावा करणाऱ्याला वाचून दाखवली, त्याला/तिला पूर्णपणे समजली आणि त्याने/तिने पुष्टी केली.

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

फॉर्म आणि दस्तऐवजातील मजकूर मला पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आला आहे आणि की त्यात नमूद केलेला मजकूर आणि प्रस्तावित दाव्यासाठी त्याचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे.

DATE तारीख	PLACE ठिकाण	Signature of the Declarant घोषणा करणाऱ्याची सही	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee दावा करणाऱ्याची/नामनिर्देशितीची सही/ डाव्या अंगठ्याचा ठसा
Name of Witness: _____		Signature of Witness: _____	
साक्षीदाराचे नाव: _____		साक्षीदाराची सही: _____	
Address of Witness: _____			
साक्षीदाराचा पत्ता: _____			
Date: _____		Place: _____	
तारीख: _____		ठिकाण: _____	

### DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

#### मृत्यू दावा पोचपावती

Policy number(s) \_\_\_\_\_

पॉलिसी क्रमांक

Name of claimant \_\_\_\_\_

दावा करणाऱ्याचे नाव

Branch name & code \_\_\_\_\_

शाखेचे नाव आणि कोड

Date: \_\_\_\_\_ Employee name & Code \_\_\_\_\_

तारीख:

कर्मचाऱ्याचे नाव व कोड

Documents Submitted:  Original Policy Document  Claimant's photo identity proof  Claimant's Current address Proof

मूळ पॉलिसी दस्तऐवज

दावा करणाऱ्या फोटो ओळखपत्र पुरावा

दावा करणाऱ्याच्या सध्याच्या निवासाचा पुरावा

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

Copy of death certificate issue by local municipal authority

रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुकची नकल

स्थानिक नगरपालिका प्राधीकरणाद्वारे निर्गमित केलेल्या मृत्यू प्रमाणपत्राची नकल

Medical Documents (if any)

Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)

वैद्यकीय दस्तऐवज (काही असल्यास)

डॉक्टरचे प्रमाणपत्र (फॅमिली फिजीशियन किंवा उपचार करणाऱ्या डॉक्टरकडील)

Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party  
दावा करणाऱ्याकडील अधिकारपत्र आणि दाव्याची माहिती तिसऱ्या पक्षामार्फत प्राप्त झाली असल्यास व्यक्तीचा वेबकॅम फोटो

Loan outstanding statement as on date of death from the Bank attested by the Bank official

बँकेकडील मृत्यूच्या तारखेला असल्याप्रमाणे थकित कर्जाचे बँकेच्या अधिकाऱ्याने साक्षात्कृत केलेले विवरणपत्र.

This acknowledgement slip should not be constructed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

पोचपावती म्हणजे दाव्याचा स्वीकार मानू नये. कंपनी आपला अतिरिक्त दस्तऐवज, माहिती आणि दाव्याची प्रक्रिया करण्याच्या निर्णयाच्या दृष्टीने आणखी आवश्यक गरजा मागण्याचा हक्क राखून ठेवते.

Company Seal  
& Stamp with  
Date and time  
कंपनीची मोहोर आणि  
शिकका तारीख आणि  
वेळेसह

**Terms and Conditions:****नियम आणि अटी:**

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

अनिवार्य दस्तऐवजांसह, पूर्ण भरलेला क्लेम फॉर्म देणे हे या पॉलिसी अंतर्गत आमच्या कंपनीच्या दायित्वामध्ये प्रवेश म्हणून गृहित धरले जाणार नाही. कोणत्याही एजंट / मध्यस्थ कंपनीला कोणतेही उत्तरदायित्व स्वीकरण्यासाठी अधिकृत केले गेले नाही.

- 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.

खालील फॉर्मची आवश्यकतेनुसार पूर्णता करून, खाली प्रदान केलेल्याप्रमाणे, लवकर सबमिट केल्यास तुमच्या दाव्याची आम्ही वेगाने प्रक्रिया करू शकू. अपूर्ण फॉर्म सादर केल्यामुळे आणि / किंवा अनिवार्य कागदपत्रे सादर न केल्यामुळे दावा प्रक्रियेच्या कोणत्याही विलंबास पीएनबी मेटलाइफ जबाबदार नाही.

**For Office Use Only****फक्त कार्यालयीन वापरसाठी**

Branch to Affix the **date and time stamp** here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate

शाखेने सेवा सहयोगीची स्वाक्षरी ओएसव्ही / एएसव्हीचे तपशील येथे द्यावयाचे आहेत, **तारीख व मुद्रांकसह**

Application No.: \_\_\_\_\_

अर्ज क्रमांक: \_\_\_\_\_

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

एचओ, दाव्याने येथे तारखेचा शिक्का द्यायचा आहे

(वेळ, जर थेट प्राप्त झाले तर)

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट नं 701, 702 आणि 703, 7वा मजल, परिवम विंग, राहेजा टॉवर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक, भारत. IRDA ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117, सीआय क्रमांक U66010KA2001PLC028883. येवसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), इमेल- [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) आम्हाला टेल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969 किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला, टेक्नीप्लेस, 1, टेक्नीप्लेस कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगाव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91&22&41790203

# Credit Account Statement Form

(Below points should be mandatorily filled by the Bank official)

## क्रेडिट खाते, स्टेटमेंट फॉर्म,

(खालील मुद्दे बँकेच्या अधिकार्यांनी अनिवार्यपणे भरले पाहिजेत)

S No. अनुक्रमांक	Particulars तपशील	Filled by GPH जीएचपीने भरले
1	Name of the Group Master Policy Holder ग्रुप मास्टर पॉलिसी धारकाचे नाव	
2	Group Master Policy Number ग्रुप मास्टर पॉलिसी नंबर	
3	Name of Insured Member विमा उतरवलेल्या सदस्याचे नाव	
4	Risk-commencement Date जोखीम प्रारंभ तारीख	
5	Sum Assured विमा राशी	
6	Original amount of Loan कर्जाची मूळ रक्कम	
7	Outstanding Loan balance amount as on the date of death मृत्यूच्या तारखेप्रमाणे बकऱ्या कर्ज शिल्लक रक्कम	
8	Balance Claim amount (difference of sum assured and outstanding amount as on date of death) शिल्लक दावा रक्कम (सम अश्युअर्डचा फरक आणि मृत्यूच्या तारखेप्रमाणे थकबाकी रक्कम)	
9	Particulars of the recoveries made by the master policy holder towards the Loan. (Debit and Credit entries made in the Loan account) मास्टर पॉलिसीधारकने कर्जासाठी केलेल्या रिकव्हरीचा तपशील. (लोन खात्यात केलेल्या डेबिट आणि क्रेडिट नोंदी)	

We hereby declare that the below mentioned information's are verified for accuracy.

आम्ही अशाप्रकारे घोषित करतो की खाली नमूद केलेली माहिती अचूकतेसाठी सत्यापित केली आहे.

Stamp, Date and Signature of the Bank Official

शिक्क, तारीख, बँक ऑफिसरची सही

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट नं 701, 702 आणि 703, 7वा मजला, पश्चिम विंग, राहेजा टॉवर्स, 26/27 एम.जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक, भारत. इंडिया रेगिस्ट्रेशन नंबर 117, सीआय क्रमांक U66010KA2001PLC028883. वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ईमेल: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) आम्हाला टेल फ्री वॉल बॉक्स 1-800-425-6969 किंवा आम्हाला लिहा. 1ला मजला, टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगाव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203