

Claimant Statement for Death Claim – Form A

डेथ क्लेम साठी क्लेमंट स्टेटमेंट – फॉर्म A

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy
दावे सांगणारा निवेदन फॉर्म पॉलिसी 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 in 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 "दाव्यांची 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 पॉलिसी 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>Natural death/ death due to illness नैसर्गिक मृत्यू / आजारांमुळे मृत्यू</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 पूर्वी किंवा मृत्यूच्या वेळी घेतलेल्या कोणत्याही उपचारांच्या पूर्ण वैद्यकीय नोंदी (प्रवेश नोट आणि डिस्चार्ज / मृत्यू सारांश व चाचणी / तपासणी अहवाल इ.)</p> <p>Accidental Death अपघाती मृत्यू</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) मृत्यूपत्र / वृत्तपत्र कटिंग (उपलब्ध असल्यास)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) क्षिसेरा / 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 above, if required.

*पीएनबी मेटलाइफला आवश्यकतेनुसार वरील दिलेल्या कागदपत्रांशिवाय अतिरिक्त कागदपत्रे / पुरावे मागवण्याचा अधिकार राखून ठेवला आहे.

1. POLICY NUMBER/S

पॉलिसी क्रमांक

2. DETAILS OF THE CLAIMANT

दावेदाराचे तपशील

Name: _____

Date of Birth: _____

Gender: Male Female

नाव: _____

जन्म तारीख: _____

लिंग: पुरुष स्त्री

Relationship with Life Insured: _____

Mobile / Landline number: _____

विमा उतरवलेल्या व्यक्तीशी नाते: _____

मोबाईल/लॅंडलाईन नंबर: _____

Current Address: _____

सध्याचा पत्ता: _____

City: _____ State: _____ Pin Code: _____

शहर: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

Email ID: _____

इमेल आयडी: _____

PAN No./ Form 60: _____

*Aadhaar number: _____

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: _____

बँकेचे नाव: _____ बँकेचा पत्ता: _____

State: _____ Pin Code: _____

राज्य: _____ पिन कोड: _____

MICR:

एमआयसीआर:

IFSC:

आयएफएससी:

Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
देय पर्याय: एक रकमी नियमित पेमेंट अन्वुद्धी (पर्यायी पॉलिसी अटी आणि नियमांच्या अधीन आहेत.)

4. LIFE INSURED DETAILS

विमा धारकाचे तपशील

Name of the life insured: _____ Date of Death: _____
विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचे नाव: _____ मृत्यूची तारीख: _____

Time of Death: H H M M AM/PM Place of Death: Home Hospital Office
मृत्यूची वेळ: _____ AM/PM मृत्यूची जागा: घर हॉस्पिटल ऑफिस
 Others (please Specify Others / Hospital name) _____
 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

आजाराचे स्वरूप व सवयी

Date of Diagnosis

निदान तारीख

Hypertension Diabetes Asthma IHD Malignancy Others (please specify) _____

हायपरटेन्शन मधुमेह अस्थमा आयएचडी दूषे 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/लॅंडलाइन 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 धारकाला शेवटच्या 5 वर्षांत 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

विमाधारकाच्या 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.) कवरेज रक्कम (रु.)	Claim Submitted दावा सबमिट केला
				Yes/No हो/नाही
				Yes/No हो/नाही
				Yes/No हो/नाही

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 हक्कमाफ केले नाहीत.

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. A Photo Copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

मी/आम्ही अशा प्रकारे वैद्यकीय / डॉक्टर किंवा रुग्णालये, वैद्यकीय केंद्रे यांना अधिकृत केले आहे, ज्यांनी उपरोक्त मृत व्यक्तीवर / विमाधारकवर आजाराने उपचार केले आहेत किंवा उपरोक्त मृत व्यक्तीला / विमाधारकला ज्यांनी पोलिसी जारी केल्या आहेत अशा इतर विमा कंपन्या किंवा विमाधारकाची तपासणी केली आहे किंवा त्याच्यावर उपचार केला आहे, पूर्वीचा नियोक्ता किंवा जीवन 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 करण्यासाठी किंवा सामायिक करण्यासाठी पीएनबी मेटलाइफने पोलिसी जारी करण्यापूर्वी किंवा त्यानंतर त्याला / तिला प्राप्त झालेली माहिती दिली आहे. या अधिकृततेची एक फोटो प्रत मूळ प्रत म्हणून प्रभावी व वैध मानली जाईल.

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 documents to any individual / organisation / 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.

मी/आम्ही या द्वाारे पीएनबी मेटलाइफला माझ्या / आमच्या एकत्रित किंवा पीएनबी मेटलाइफसह उपलब्ध असलेल्या कोणत्याही वैयक्तिक आणि संवेदनशील माहितीचा वापर करण्यास आणि त्यास अधिकृत करण्यास परवानगी देतो (या विधानात समाविष्ट असलेले किंवा अन्यथा मिळविलेले) ज्यात केव्हायसी वगदपत्रे आणि / किंवा पुढील सेवा प्रदान करण्याच्या उद्देशाने संबंधित व्यक्ती / संस्था / किंवा पीएनबी मेटलाइफशी निगडित किंवा गुंतलेली एफएफआय, पुनर्विक्रीसह 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: _____ साक्षीदाराचे नाव: _____	Signature of Witness: _____ साक्षीदाराची सही: _____		
Address of Witness: _____ साक्षीदाराचा पत्ता: _____			
Date: _____ तारीख: _____	Place: _____ ठिकाण: _____		

DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

मृत्यू दावा पोचपावती

Policy number(s) _____
पोलिसी क्रमांक _____
Name of claimant _____
दावा करणाऱ्याचे नाव _____
Branch name & code _____
शाखेचे नाव आणि कोड _____
Date: _____
तारीख: _____
Employee name & Code _____
कर्मचाऱ्याचे नाव व कोड _____

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

Documents Submitted: Original Policy Document Claimant's photo identity proof Claimant's Current address Proof
मूळ पोलिसी दस्तऐवज दावा करणाऱ्या फोटो ओळखपत्र पुरावा दावा करणाऱ्याच्या सध्याच्या निवासाचा पुरावा
दस्तऐवज सादर केलेले: Cancelled cheque / Copy of bank passbook Copy of death certificate issue by local municipal authority
रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुकची नक्कल स्थानिक नगरपालिका प्राधिकरणाद्वारे निर्गमित केलेल्या मृत्यू प्रमाणपत्राची नक्कल
 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

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.

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 एजेंट / 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 पूर्तता करून, खाली प्रदान केलेल्याप्रमाणे, लवकर सबमिट केलेल्यास तुमच्या दाव्याची आम्ही वेगाने प्रक्रिया करू शकू. अपूर्ण फॉर्म सादर केल्यामुळे आणि / किंवा अनिवार्य कागदपत्रे सादर न केल्यामुळे दावा प्रक्रियेच्या कोणत्याही विलंबास पीएनबी मेटलाईफ 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 मुद्रांकसाह**

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, 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

पीएनबी मेटलाईफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702 व 703, 7वा मजल, राहेजा टॉवर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक. आरडीआय ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117, सीआय क्रमांक U66010KA2001PLC028883 वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, इमेल - indiaservice@pnbmetlife.co.in आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969 किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला, टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर, गोरगाव (पश्चिम), मुंबई - 400062 फोन: +91-22-41790000 फॅक्स +91-22-41790203