

Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity)

मृत्योपरान्त दाव्यांसाठी दावाकर्त्यांचे विधान (एसएसजी आणि अॅफीनिटी)

Group Policy Number गुप पॉलिसी क्रमांक											
Group Policy Holder Name गुप पॉलिसी धारकाचे नाव											
Member number सदस्य क्रमांक											
Date of Joining the Policy पॉलिसीमध्ये सामील होण्याची तारीख											
Certificate Number प्रमाणपत्र क्रमांक											
Loan disbursal date कर्ज संवितरणाची तारीख											
Outstanding loan as of date of death of member सदस्याच्या मृत्यू होण्याच्या तारखेपर्यंत बाकी असलेले कर्ज											
Details of the Insured Member:											
विमादार सदस्याचे तपशील:											
Full name संपूर्ण नाव											
Residential Address निवासाचा पत्ता											
<input type="checkbox"/> Form 60 फॉर्म 60	<input type="checkbox"/> PAN No. पॅन क्र. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Gender लिंग	<input type="checkbox"/> Male पुरुष <input type="checkbox"/> Female स्त्री										
	Age at death: मृत्यूच्या वेळचे वय:										
Nature of occupation आवकीचे स्वरूप											
Date of birth (as per records) जन्म तारीख (अभिलेखांनुसार)											
Date of death and Time of Death मृत्यूची तारीख तसेच वेळ											
Cause of death मृत्यूचे कारण											
Place of death मृत्यूचे ठिकाण											
In case of death due to illness											
आजारपणामुळे मृत्यू झालेला असण्याच्या मामल्यात											
When and where did the insured member give first indication of falling ill विमादार सदस्याने आजारी पडत असल्याचे सर्वात पहिल्यांदा संकेत कधी व कुठे दिले											
Date and type of illness तारीख व आजाराचा प्रकार											
Treatment given दिलेला उपचार											

Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness अंतिम आजारपणादरम्यान विमादार व्यक्तीने सल्ला घेतलेल्या डॉक्टरचे नाव, पत्ता तसेच फोन नं	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness अंतिम आजारपणासाठी विमादार व्यक्तीवर जिथे उपचार केला गेला त्या इस्पितळाचे नाव व पत्ता	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents अपघाताने मृत्यू होण्याच्या मामल्यात: दावा कागदपत्रांसोबत एफआयआर व पीएमआर (जीपीएचद्वारे साक्षांकित) दाखल करायला हवेत	
Date and Time of accident अपघाताची तारीख व वेळ	
Details of accident अपघाताचे तपशील	
Address of Police Station to which the accident was reported अपघाताबाबत ज्या पोलीस ठाण्याला कळवण्यात आले त्याचा पत्ता	
FIR number एफआयआर क्रमांक	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ज्या इस्पितळातून शव परीक्षण करण्यात आले त्याचे नाव व पत्ता	
Details of Claimant/Nominee दावाकर्ता/नामनिर्देशिताचे तपशील	
Name of the claimant दावाकर्त्याचे नाव	
Relationship with the insured and % of Share विमादार व्यक्तीशी नाते व वाट्याची टक्केवारी	
Address of the claimant दावाकर्त्याचा पत्ता	
Contact details Email and phone number संपर्कासाठी तपशील ईमेल आणि फोन नंबर	
Claimant/Nominee's Bank details दावाकर्ता/नामनिर्देशिताचे बँक तपशील	
Bank Name and complete address बँकेचे नाव व संपूर्ण पत्ता	
Account type खात्याचा प्रकार	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current बचत चालू
Bank account number बँक खात्याचा नंबर	
MICR code: एमआयसीआर कोड:	IFSC Code: आयएफसी कोड:

Declaration from Claimant / Nominee

दावाकर्ता / नामनिर्देशित/कडून घोषणा

I/We _____ hereby declare that, I am/we are the nominee/s /legal heir/s of Late Mr. / Mrs. _____ who is the life assured in the above policy.

मी /आम्ही _____, असे घोषित करतो की वरील पॉलिसीत जीवन विमादार, स्वर्गवासी श्री/श्रीमती _____ यांचा/यांचे मी/आम्ही नामनिर्देशित/कायदेशीर वारस आहे/आहोत.

I/We hereby irrevocably agree and undertake that, upon payment of the amount payable under the policy, PNB MetLife India Insurance Company Ltd. shall stand conclusively discharged from all its liabilities in relation to the insurance cover of the deceased member arising out of the above policy. I/We hereby authorize the physician/Doctor/s, hospitals, medical centers, etc. who had attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness, Insurance Companies who had 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 available with them or other details which he/they may have acquired whether before or after the issuance of the policy by PNB MetLife. A photocopy of this authorization shall be considered as valid as original. Since the said coverage was availed by Late _____ for the purpose of securing outstanding due and payable under a loan availed by him/her from _____ Bank/Financial Institution/GPH, I/We request you to pay Rs. _____ to Bank/ Financial Institution/ GPH towards discharge/partial discharge of the loan outstanding. Any balance post payment of the said outstanding may be paid in my/our name.

मी/आम्ही याअन्वये अपरिवर्तनीयरीत्या सहमती देतो तसेच अंगिकार करतो की, पॉलिसीच्या अंतर्गत देय रकमेची अदागी झाल्यानंतर, पीएनबी मेटलाईफ इंडिया इश्युरंस कंपनी लि. वरील पॉलिसीतील मृत्यू पावलेल्या सदस्याच्या उपजलेल्या विमा व्याप्तीशी संबंधित समस्त दायित्वांचा निर्णायकपणे निपटारा केलेला असेल. मी/आम्ही याअन्वये फिजीशियन/डॉक्टर (सी), इस्पितळे, वैद्यकीय केंद्रे, ई. ना, ज्यांनी वरील मृत व्यक्ती/विमादाराची कोणत्याही व्याधी किंवा आजारसाठी शुश्रूषा किंवा तपासणी केली होती किंवा त्यांच्यावर उपचार केले होते, इनश्युरंस कंपनीच्या ज्यांनी वर नमूद मृत व्यक्ती/विमादाराला पॉलिसीज निर्गमित केल्या होत्या, विमादाराचे सध्याचे/भूतकाळातील नियोक्ता किंवा व्यवसाय असोसिएट्स, जन्म व मृत्यू निबंधक, डायग्नॉसिस केंद्रे जिथे विमादार वैयक्तिक/अधिकृत/विमा संबंधित वैद्यकीय चाचण्यांच्या अंतर्गत गेला यांना त्यांच्यापाशी उपलब्ध असलेली मृत्यू झालेल्याच्या आरोग्य स्थितीची माहिती किंवा कागदपत्रे किंवा ज्ञात गोष्टी किंवा इतर तपशील जे त्यांनी/त्याने कदाचित पीएनबी मेटलाईफकडून पॉलिसी निर्गमित होण्याच्या आधी किंवा नंतर मिळवलेल्या असतील त्यांना उघड करण्यास अधिकृत करतो. या अधिकृततेची छायाप्रत वैध मूळ कागदपत्र म्हणून विचारात घेतले जावे. स्वर्गवासी _____ यांनी बाकी देय रक्कम सुरक्षित करण्याच्या हेतूने उपरोक्त व्याप्तीचा उपभोग घेतला होता तसेच त्याच्या/तिच्याद्वारे _____ बँक/अर्थसहाय्य संस्था/जीपीएच कडून घेतलेले कर्ज देय असल्याने, मी/आम्ही आपल्याला _____ बँक/अर्थसहाय्य संस्था/जीपीएचला बाकी रकमेच्या पूर्तीसाठी/आंशिक पूर्तीसाठी अदा करण्याची विनंती करतो. अदागी केल्यानंतरही कोणतीही रक्कम देय उरत असल्यास ती माझ्या/आमच्या नावाने अदा केली जाईल.

I/We undertake to refund any amount which is credited to my/our account either in excess or which is not due to me/us, at any time, for any reason and to this effect. I hereby confirm that the particulars mentioned here are true, correct and complete in all respects. I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the information including sensitive and personal data or information of mine/ours' collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include my/our 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 and/or for providing subsequent services.

मी/आम्ही, माझ्या/आमच्या खात्यात एकतर अतिरिक्त जमा केल्या गेलेल्या किंवा जी मला/आम्हाला देय नसेल, कोणत्याही कारणास्तव तसेच या प्रभावाने असलेल्या रकमेची परतफेड करण्याची हमी देतो. मी याअन्वये पुष्टी देतो की इथे नमूद केलेले तपशील सर्वतोपरी बरोबर, अचूक व पूर्ण आहेत. मी/आम्ही पुढे पीएनबी मेटलाईफला अशा सहमती व अधिकृतताही देतो, की ते कोणतीही संवेदनशील तसेच खाजगी स्वरूपाची किंवा माझी/आमची गोळा केलेली एकत्रित किंवा पीएनबी मेटलाईफकडे उपलब्ध असलेली माहिती (मग ती या विधानात अंतर्भूत असो किंवा इतर कुठूनही मिळवलेली असो) ज्यात कोणत्याही पीएनबी मेटलाईफशी संलग्न किंवा बंधन केलेल्या वैयक्तिकाला/संघटनेला/संस्थेला दिलेले माझे/आमचे केवायसी दस्तावेज समाविष्टता असो, किंवा पुनःविमादार, दावा अन्वेषण एजंसीज, व्हेंडर्स तसेच इंडस्ट्री असोसिएट्स/फेडरेशन्स यांना या दाव्याच्या प्रक्रियाकरणासाठीच्या हेतूसाठी तसेच/किंवा यापुढील सेवा पुरवण्यासाठी दिल्या गेल्या होत्या अशा कोणत्याही माहिती वापरू व उघड करू शकतात.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

दावाकर्त्याची (त्यांची) सही/अंगठ्याचा (चे) ठसा (से)

तारीख: _____

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular

त्रयस्थ पक्षाद्वारे घोषणा केली जावी जिथे दावाकर्त्याने त्याचा/तिचा अंगठा लावलेला आहे /देशी भाषेत सही केलेली आहे.

I hereby declare that, I have explained the contents of this application form to the claimant/s in _____ Language known to him/her/ them and have truly recorded the answers provided to me. I further declare that the Claimants has signed/affixed his/her/their thumb impression in my presence.

मी याअन्वये घोषणा करत आहे की, मी या आवेदनाच्या अंतर्वस्तू दावाकर्त्याला/कर्तीला/कर्त्यांना येत असलेल्या _____ भाषेत समजावलेल्या आहेत व दिलेली प्रत्युत्तरे नोंदवलेली आहेत. मी पुढे अशीही घोषणा करतो की दावाकर्त्याने माझ्या उपस्थितीत त्याचा/तिचा/त्यांचा अंगठा लावलेला आहे/सही केलेली आहे.

Name: _____

Contact No. _____

नाव: _____

संपर्क क्र. _____

Signature _____

सही _____

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER

मास्टर पॉलिसी धारकाद्वारे घोषणा

a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy विमादाराला ज्या ग्रुप पॉलिसी अंतर्गत व्याप्ती दिली जात आहे ती आश्वासित रक्कम	
b) Original amount of Loan कर्जाची मूळ रक्कम	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan मास्टर पॉलिसी धारकाने कर्जाच्या प्रति केलेल्या वसूलींचे तपशील	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member सदस्याच्या मृत्यूच्या तारखेपर्यंतची अदत्त कर्ज रक्कम	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) शेष दावा रक्कम (नामनिर्देशिताला देय असलेली रक्कम)	

We hereby declare that, Late, whose Death Certificate is attached hereto was a member of the Group Policy referred above. We hereby confirm that, the particulars mentioned above are true, correct and complete in all respects. We undertake to refund any amount which got credited to our account either in excess or not due to us, at any time, for any reason.

आम्ही याअन्वये घोषणा करतो की, स्वर्गवासी, ज्यांच्या मृत्यूचे प्रमाणपत्र सोबत जोडलेले आहे, वर संदर्भित ग्रुप पॉलिसीचे सदस्य होते.

आम्ही याअन्वये पुष्टी करतो की, वर नमूद तपशील सर्वतोपरी बरोबर, अचूक व परिपूर्ण आहेत. आम्ही हमी देतो की आमच्या खात्यात कोणत्याही वेळेस, कोणत्याही कारणास्तव अतिरिक्त जमा केल्या गेलेल्या किंवा आम्हाला देय नसलेल्या कोणत्याही रकमेची परतफेड करू.

Verified & Recommended by

पडताळणी व शिफारसकर्ता

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ग्रुप पॉलिसी धारकाचे नाव [कंपनीची सील]

Name:

नाव:

Date:

तारीख:

Signature of the official

प्राधिकार्याची सही