

## Employer Employee Death Claim Form / नियोक्ता कर्मचारी मृत्यु दावा फॉर्म

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)  
(ग्रुप पॉलिसीधारक(जीपीएच) आणि नॉमिनीने सर्व गट विमा योजनांसाठी पूर्ण करणे)

### Part A / भाग ए:

- 1) Group Policy No / ग्रुप पॉलिसी संख्या: \_\_\_\_\_ 2) Member ID / सभासद आयडी: \_\_\_\_\_
- 3) Employee ID / कर्मचारी आयडी: \_\_\_\_\_ 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: \_\_\_\_\_  
(with date of effect) as required under applicable quote  
मृत सदस्याचे वर्तमान पद/गट/ग्रेड: \_\_\_\_\_  
(ईएफएफ इटीच्या तारखेसह) लागू होणाऱ्या क्वोटनुसार आवश्यक आहे
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / विमा उतरवलेली व्यक्ती/ कर्मचारी यांचे पूर्ण नाव आणि पत्ता: \_\_\_\_\_
- 6) Name of Group Policyholder / ग्रुप पॉलिसी धारकचे नाव: \_\_\_\_\_
- 7) Date of Birth of Insured / विमा उतरवलेल्याची जन्म तारीख: \_\_\_\_\_ 8) Date of Joining the Service / सेवेमध्ये सामील होण्याची तारीख: \_\_\_\_\_
- 9) Date of Death / मृत्यूची तारीख: \_\_\_\_\_ 10) Place and Cause of Death / मृत्यूची जागा आणि कारणे: \_\_\_\_\_

11) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote) मिळालेला अंतिम पगार: (जीटीएल/ एफएफएल योजनेसाठी अनिवार्य कृपया एफएफएल दाव्यासाठी मूलभूत वेतन द्या. कृपया लागू क्वेट्या अंतर्गत आवश्यक असलेले वेतन नमूद करा)	Monthly / मासिक	Annual / वार्षिक

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention / मागील एक वर्षात / कार्यक्रमाच्या तारखेपासून कर्मचाऱ्याने घेतलेल्या सुट्यांचे तपशील. कृपया उल्लेख करा

From Date / या तारखेपासून	To Date / या तारखेपर्यंत	No. of Days / दिवसांची संख्या	Type of Leave / सुट्टीचा प्रकार	Reason / कारण

13) Sum Assured / आश्वासित रक्कम: \_\_\_\_\_

14) PF Account Number of Insured Member / विमा उतरवलेल्या सदस्याचा पीएफ खाते क्रमांक: \_\_\_\_\_ (Mandatory for EDLI Claim) (EDLI दाव्यासाठी अनिवार्य)

15) Please confirm employment status of the employee as on date of death / कृपया मृत्यूच्या तारखेस कर्मचाऱ्याची नोकरीची स्थिती निश्चित करा: Permanent / स्थायी  Contractual / कंत्राटी

16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes  No

कृपया सामील होण्याच्या तारखेला कर्मचारी सक्रियपणे कामावर होता का याची पुष्टी करा: होय  नाही

### Declaration and authorization by Group policy holder

#### ग्रुप पॉलिसीधारकाद्वारे घोषणापत्र आणि अधिकार

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.

मी / आम्ही, उपरोक्त नामांकित दावेदार जाहीरपणे घोषित करतो, की वरील सर्व विधाने सत्य आहेत आणि कंपनीद्वारे दिल्या गेलेल्या या फॉर्ममध्ये किंवा इतर पुरवणी फॉर्ममध्ये अशी कोणतीही कबूली नाही की यातील कोणाचेही जीवन विम्याद्वारे संरक्षित केले आहे किंवा अधिकार वा संरक्षण माफ केले आहे. सदस्याचे वैद्यकीय उपचार / तपासणी दरम्यान मिळवलेली गुप्त माहिती पुरविण्यावर प्रतिबंध करणाऱ्या कोणत्याही कथयदाशी किंवा वापराशी संबंधित नाही.

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.

मी/आम्ही अशा कोणत्याही डॉक्टर किंवा इतर व्यक्तीला किंवा कोणत्याही हॉस्पिटल, सॅनेटोरियम, वैद्यकीय व्यावसायिक हॉस्पिटल किंवा इतर वैद्यकीय देखभाल संस्था, विमा सहाय्य संस्था, फार्मसी, सरकारी संस्था, विमा कंपनी, नियोक्ता, लाभ योजना प्रशासक अकॅउंटंट किंवा आर्थिक सल्लागार, यांना याद्वारे अधिकृत करतो. अन्य संस्था पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्युरन्स कंपनी लिमिटेड, यापैकी कोणतेही एफएफएल किंवा कथयदाचे न्यायालय किंवा कोणतीही अन्वेषण संस्था किंवा तिच्या वतीने कार्यरत स्वतंत्र प्रशासक रोजगार, फायदे, किंवा विमा, सल्ला किंवा विमाधारकला प्रदान केलेल्या उपचारांविषयीची माहिती प्रदान करण्यासाठी इतर संस्था सदस्य किंवा विमाधारक सदस्याच्या आरोग्यासंबंधी आवश्यक असलेली कोणतीही माहिती, मानसिकआजार, ड्रग्सचा उपयोग, दारू चा वापर, एचआयव्ही (एड्स) आणि / किंवा लैंगिकसंक्रमित रोगांच्या माहितीसह. या अधिकृताचे एक फोटो प्रत मूळ प्रत म्हणून प्रभावी व वैध मानली जाईल.

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

पंजीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702 और 703, 7वां तल, वेस्ट विंग, रहजा टॉवर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलोर-560001, कर्नाटक, भारत का ईआरडीए की पंजीकरण संख्या 117.

सी.ई. नं. U66010KA2001PLC028883, हमें हमारे टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969 पर कॉल करें वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in

या हर्मे इस पते पर लिखें 1हला तल, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के नीचे, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फोन: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

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.

मी/आम्ही यापुढे आणखी पीएनबी मेटलाइफला माझी/आमची संकलित केलेली किंवा पीएनबी मेटलाइफपाशी असलेली व्यक्तीगत आणि संवेदनशील माहिती (या विवरणपत्रात/अर्जात असलेली किंवा अन्यथा प्राप्त केलेली), ज्यात रिइन्शुरर्स, दावा तपास एजन्सी, विक्रेते आणि उद्योग असोशिएशन्स/फेडरेशन्स यांनी या दाय्याच्या, अर्जाच्या प्रक्रियेच्या हेतूसाठी आणि/किंवा त्यानंतरच्या सेवा, ज्यात दाय्याच्या तडजोडीतून उद्भवणाऱ्या सेवांचा समावेश असेल, पुरवण्यासाठी पीएनबी मेटलाइफशी सहयोगी, संलग्न असलेल्या किंवा त्यांनी गुंतवलेल्या कोणत्याही व्यक्ती/संस्था/एककांना केवायसी दस्तऐवजांचा समावेश असू शकेल, वापरण्यासाठी आणि उघड करण्यासाठी संमती आणि अधिकार देत आहोत.

#### Declaration by Group Policy Holder

##### ग्रुप पॉलिसी धारकची घोषणा

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.

आम्ही मान्य करतो की, वर नमूद केलेल्या विमाधारक सदस्याची तपशीलवार माहिती आमच्या ज्ञानानुसार आणि विश्वासाहतेनुसार आणि आमच्या कार्यालयीन नोंदीनुसार दिलेली आहे.

#### Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

मुख्य पॉलिसीधारकच्या स्वाक्षरीसह कंपनीच्या अधिकृत स्वाक्षरीदाराची स्वाक्षरी आणि शिक्का

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

नाव व पदनाम: \_\_\_\_\_ संपर्क क्रमांक: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

#### Part B / भाग बी:

1) Please provide bank account number for all the Nominees / कृमया सर्व नामांकन केलेल्यांचे बँक खाते क्रमांकप्रदान करा:

Particulars / मागील	Nominee 1 नामांकित 1	Nominee 2 नामांकित 2	Nominee 3 नामांकित 3	Nominee 4 नामांकित 4	Nominee 5 नामांकित 5
Name / नाव					
Bank Account Number / बँक खाते क्रमांक					
IFSC Code / आयएफसी कोड					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records / कृमया जीपीएच नोंदीद्वारे लाइफ इन्शुरन्स बेनिफिटसाठी नामिनीशी संबंधित खालील तपशील प्रदान करा:

SL. No. अनु. क्रमांक	Nominee Name नामांकित नाव	Relationship नाते	Benefit Share in % सामायिक फायदे मध्ये %	Address of Nominee उमेदवाराचा पत्ता

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following / आजारपण किंवा अनेसर्गिक कारणाने मृत्यू झाल्यास खालील गोष्टी आवश्यक आहेत:

Types of illness and date of diagnosis आजाराचा प्रकार आणि निदानाची तारीख	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment दिलेल्या उपचारांचा तपशील आणि रुग्णालयाचा तपशील जिथे विमाधारकला दाखल केले होते	
Details of accident (for unnatural death) अपघाताचा तपशील (अनेसर्गिक मृत्यूसाठी)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted हॉस्पिटलचे नाव व पत्ता जेथे पोस्टमार्टम केले गेले	
Name and address of police station to which accident was reported पोलिस स्टेशनचे नाव व पत्ता जेथे अपघात नोंदवला होता	

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

पंजीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702 और 703, 7वां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलूर-560001, कर्नाटक, भारत का ईआरडीए की पंजीकरण संख्या 117.

सी.ई. नं. U66010KA2001PLC028883, हमें हमारे टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969 पर कॉल करें वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in

या हमें इस पते पर लिखें 1हला तल, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के नीचे, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

Version 2.0 / Feb'20

आवृत्ती 2.0 / फेब्रुवारी 20

**Declaration and authorization by Beneficiary****लाभार्थी द्वारे जाहीरनामा आणि अधिकृतता**

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.

मी / आम्ही, उपरोक्त नामांकित दावेदार जाहीरपणे घोषित करतो, की वरील सर्व विधाने सत्य आहेत आणि कंपनीद्वारे दिल्या गेलेल्या या फॉर्ममध्ये किंवा इतर पुरवणी फॉर्ममध्ये अशी कोणतीही कळूली नाही की यातील कोणाचेही जीवन विम्याद्वारे संरक्षित केले आहे किंवा अधिकार वा संरक्षण माफ केले आहे. सदस्याचे वैद्यकीय उपचार / तपासणी दरम्यान मिळवलेली गुप्त माहिती पुरविण्यावर प्रतिबंध करणाऱ्या कोणत्याही क्यदयाशी किंवा वापराशी संबंधित नाही.

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.

मी/आम्ही अशा कोणत्याही डॉक्टर किंवा इतर व्यक्तीला किंवा कोणत्याही हॉस्पिटल, सॅनेटोरियम, वैद्यकीय व्यावसायिक हॉस्पिटल किंवा इतर वैद्यकीय देखभाल संस्था, विमा सहाय्य संस्था, फर्मसी, सरकारी संस्था, विमा कंपनी, नियोक्ता, लाभ योजना प्रशासक अकॅडंटंट किंवा आर्थिक सल्लागार, यांना याद्वारे अधिकृत करतो. अन्य संस्था पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड, यापैकी कोणतेही एफएफआय किंवा क्यदयाचे न्यायालय किंवा कोणतीही अन्वेषण संस्था किंवा तिच्या वतीने कार्यरत स्वतंत्र प्रशासक रोजगार, फायदे, किंवा विमा, सल्ला किंवा विमाधारकला प्रदान केलेल्या उपचारांविषयीची माहिती प्रदान करण्यासाठी इतर संस्था सदस्य किंवा विमाधारक सदस्याच्या आरोग्यासंबंधी आवश्यक असलेली कोणतीही माहिती, मानसिकआजार, ड्रग्सचा उपयोग, दारू चा वापर, एचआयव्ही (एड्स) आणि / किंवा लैंगिक संक्रमित रोगांच्या माहितीसह. 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/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.

मी/आम्ही यापुढे आणखी पीएनबी मेटलाइफला माझी/आमची संकलित केलेली किंवा पीएनबी मेटलाइफपाशी असलेली व्यक्तीगत आणि संवेदनशील माहिती (या विवरणपत्रात/अर्जात असलेली किंवा अन्यथा प्राप्त केलेली), ज्यात रिझ्युअर्स, दावा तपास एजन्सीज, विक्रेते आणि उद्योग असोशिएशन्स/फेडरेशन्स यानी या दाव्याच्या, अर्जाच्या प्रक्रियेच्या हेतूसाठी आणि/किंवा त्यानंतरच्या सेवा, ज्यात दाव्याच्या तडजोडीतून उद्भवणाऱ्या सेवांचा समावेश असेल, पुरवण्यासाठी पीएनबी मेटलाइफशी सहयोगी, संलग्न असलेल्या किंवा त्यानी गुंतवलेल्या कोणत्याही व्यक्ती/संस्था/एककांना केवायसी दस्तऐवजांचा समावेश असू शकेल, वापरण्यासाठी आणि उघड करण्यासाठी संमती आणि अधिकार देत आहोत.

**Signature of the Nominee of Insurance Claim / विम्याच्या दाव्याच्या नांमिनीची स्वाक्षरी**

Particulars / मागील	Nominee 1 नामांकित 1	Nominee 2 नामांकित 2	Nominee 3 नामांकित 3	Nominee 4 नामांकित 4	Nominee 5 नामांकित 5
Name of Nominee नांमिनीचे नाव					
Signature of Nominee नांमिनीची सही					
Contact No. संपर्क क्रमांक					
Date तारीख					

**Declaration by Group Policy Holder****ग्रुप पॉलिसी धारकची घोषणा**

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.

मी/आम्ही पुष्टी करतो की, या फॉर्ममध्ये नमूद केलेला/ले नामनिर्देशित तिच्या/तिच्या जीवन विमा लाभाना पात्र होण्याच्या हेतूसाठी कर्मचाऱ्याने नामनिर्देशित केला/ले आहे/आहेत.

**Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder****मुख्य पॉलिसीधारकच्या स्वाक्षरीसह कंपनीच्या अधिकृत स्वाक्षरीदाराची स्वाक्षरी आणि शिक्का**

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

नाव व पदनाम: \_\_\_\_\_ संपर्क क्रमांक: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

**Documents required****आवश्यक कागदपत्रे**

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder  
ग्रुप पॉलिसीधारकने प्रमाणित केलेल्या महापलिकेच्या प्राधिकरण/ ग्रामपंचायत द्वारा जारी करण्यात आलेले मूळ प्रमाणपत्र किंवा प्रमाणपत्र प्रत
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book  
रद्द केलेला चेककिंवा पासबुकची प्रत, बँक तपशीलासह नामनिर्देशित व्यक्तीचे तपशील
- In case of Unnatural death (like Suicide, Accidental Death). Copy of FIR, Post Mortem Report and Police Inquest Report (duly attested by GPH) would be required  
अनैसर्गिक मृत्यूच्या बाबतीत (आत्महत्या, अपघाती मृत्यू). एफआरची कॉपी, पोस्ट मॉर्टम, रिपोर्ट आणि पोलिस चौकशी अहवाल (जीपीएचद्वारे प्रमाणित) आवश्यक आहे
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH  
जीपीएचद्वारे प्रमाणित केलेल्या नांमिनीची आयडी आणि पत्त्याचा पुरावा

**Note:** Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims

**टीप:** नोंदणी उद्देशासाठी वरील कागदपत्रे आवश्यक आहेत. दाव्यांच्या प्रक्रियेसाठी कंपनी अतिरिक्त कागदपत्रे मागू शकते

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

पंजीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702 और 703, 7वां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलोर-560001, कर्नाटक, भारत का ईआरडीए की पंजीकरण संख्या 117.

सी.ई. नं. U66010KA2001PLC028883, हमें हमारे टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969 पर कॉल करें वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in

या हमें इस पते पर लिखें 1हला तल, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के नीचे, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

Version 2.0 / Feb'20

आवृत्ती 2.0 / फेब्रुवारी 20