

# Employer Employee Death Claim Form

## ସ୍ଥୁତ୍ୟାତା କର୍ମଚାରୀ ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ଫର୍ମ

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)  
(ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିହୋଲ୍ଡର (ଜିପିଏଚ୍) ଏବଂ ନମିନିଃ ଗୁପ୍ତ ଉଚ୍ଚ ସଂରାଜ୍ଞ ଷ୍ଟ୍ରିକ୍ ପାଇଁ ଶ୍ରୋମିକ୍ସ୍ କ୍ ହାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

### Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସ:

Mandatory Documents ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସ	Additional documents* to be submitted ଅତିରିକ୍ତ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସ* ଦାଖଲ ହେବ
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority ସ୍ଥାନୀୟ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ବୈଧ ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ରର ନକଲ</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH ଜିପିଏଚ୍ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ ନମିନିଃଙ୍କ ବ୍ୟକ୍ତିକ ଫଟୋ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH ଜିପିଏଚ୍ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ ନମିନିଃଙ୍କ ବର୍ତ୍ତମାନ ଠିକଣାର ପ୍ରମାଣ</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook ବାଟିଲ୍ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ / ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍ ନକଲ</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee ପାନ୍ ନଂ/ ନାମାଙ୍କନ ପତ୍ରର 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee ନମିନିଃଙ୍କ ଅନୁପସ୍ଥିତି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ/ଉତ୍ତରାଧିକାରିତ୍ୱ ସାଫ୍ଟିଫିକେଟ୍</p> <p>7. Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH ଦାବିଦାରଙ୍କ ପ୍ରାଧିକରଣ ପତ୍ର ଯଦି ଶାଖା/ଜିପିଏଚ୍ ରେ ପ୍ରାପ୍ତ କ୍ଲେମ୍ ପାଇଁ ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ ମାଧ୍ୟମରେ କ୍ଲେମ୍ ସୂଚନା ପ୍ରାପ୍ତ ହୁଏ</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request ଟିପ୍ପଣୀ: ଯଦି ଅନୁରୋଧରେ କେଶାଭି ପ୍ରମାଣ ଭାବରେ ଆଧାର କାର୍ଡ୍ ଦାଖଲ କରାଯାଇଛି ତେବେ ଦୟାକରି ଆଧାର ନମ୍ବରର ପ୍ରଥମ 8 ଟି ଅଙ୍କ ମାସ୍କ୍ କରନ୍ତୁ ବା ଲୁଚାନ୍ତୁ</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims ପଞ୍ଜିକରଣ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଉପରୋକ୍ତ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସ ଆବଶ୍ୟକ, କମ୍ପାନୀ ଦାବିଗୁଡିକର ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସ ଦାଖଲ କରିବାକୁ ପଡ଼ିପାରେ</p>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> ପ୍ରାକୃତିକ ମୃତ୍ୟୁ/ ଅସୁସ୍ଥତା ଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ</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 attested by GPH ବିଗତ ଦିନର ଯେ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ କିମ୍ବା ମୃତ୍ୟୁ ସମୟରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ତାଲିକା ରେକର୍ଡ୍ (ଆଡମିଶନ ନୋଟ୍ / ଡିସଚାର୍ଜ୍ / ମୃତ୍ୟୁ ସାରାଂଶ ଏବଂ ପରୀକ୍ଷା / ଅନୁସନ୍ଧାନ ରିପୋର୍ଟ୍ ଇତ୍ୟାଦି) ଜିପିଏଚ୍ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&amp;E case) ଯଦି ସକ୍ରିୟ କାର୍ଯ୍ୟ ନିୟମ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ହୁଏ ତେବେ ଗୁପ୍ତ ଚର୍ଚ୍ଚା ଲାଇଫ୍ କ୍ଲେମ୍ ପାଇଁ ବିବରଣୀ ସ୍ଥାପନ (ଇ ଏ ଏ କେସ୍)</p> <p><b>Accidental Death</b> ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* ଏଫ୍ଆଇଆର୍, ପଞ୍ଚନାମା, ଅନୁସନ୍ଧାନ ରିପୋର୍ଟ୍, ପୋଷ୍ଟମର୍ଟେମ୍ ରିପୋର୍ଟ୍ ନକଲ*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* ଶ୍ରଦ୍ଧାଞ୍ଜଳି/ ଖବରକାଗଜ୍ କଟିଙ୍ଗ୍ (ଯଦି ଉପଲବ୍ଧ)*</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* ଭିସେରା / ରାସାୟନିକ ବିଶ୍ଳେଷଣ ରିପୋର୍ଟ୍ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ)*</p> <p>4. Final police investigation report* ତୃତୀୟ ପୋଲିସ୍ ଅନୁସନ୍ଧାନ ରିପୋର୍ଟ୍*</p> <p>*Attested by GPH * ଜିପିଏଚ୍ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ</p>

### Part A / ଭାଗ A:

1) Group Policy No/ ଗୋଷ୍ଠୀ ନାମି ନଂ: \_\_\_\_\_

2) Member ID/ ସଦସ୍ୟ ଆଇଡି: \_\_\_\_\_

3) Employee ID/ କର୍ମଚାରୀ ଆଇଡି: \_\_\_\_\_

4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: \_\_\_\_\_  
(with date of effect) as required under applicable quote  
ମୃତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ସାମ୍ପ୍ରତିକ ପଦବୀ / ବ୍ୟାଣ୍ଡ / ଗୋଡ୍: \_\_\_\_\_  
(କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହୋଇଥିବା ତାରିଖଠାରୁ) ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ କୋଟ୍ ଅଧୀନରେ ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଯାୟୀ

5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟ / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

6) Name of Group Policyholder / ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିହୋଲ୍ଡରଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

7) Date of Birth of Insured / ବୀମାଭୁକ୍ତଙ୍କ ଜନ୍ମ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

8) Date of Joining the Service / ସେବାରେ ଯୋଗଦେବାର ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

9) PAN No./ Form 60 / ପାନ୍ ନମ୍ବର / ଫର୍ମ 60: \_\_\_\_\_

10) Date of Death / ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

11) Place and Cause of Death / ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ ଏବଂ କାରଣ: \_\_\_\_\_

12) Cause of Death / ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ: \_\_\_\_\_

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) ଶେଷ ଆହରଣ କରାଯାଇଥିବା ବେତନ: (ଜିପିଏଚ୍ / ଏଫ୍ଏସଏଲ ସମ୍ପର୍କରେ ବ୍ୟାୟାମୂଳକ ଦୟାକରି ଏଫ୍ଏସଏସଏଲ ସ୍କିମ୍ ପାଇଁ ମୂଳ ବେତନ ପ୍ରଦାତ୍ କରନ୍ତୁ। ଦୟାକରି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ କୋଟ୍ ଅଧୀନରେ ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଯାୟୀ ବେତନ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ)	Monthly ମାସିକ	Annual ବାର୍ଷିକ

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention ରତ ଏକ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ/ ଲକ୍ଷ୍ୟ ତାରିଖଠାରୁ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରାପ୍ତ ହୁଅନ୍ତି ବିବରଣୀ | ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ

From Date ତାରିଖ ଠାରୁ	To Date ଆଇ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ	No. of Days ଦିନର ସଂଖ୍ୟା	Type of Leave ଛୁଟି ପ୍ରକାର	Reason କାରଣ

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

ପିଏସ୍‌ଭି ନେଟ୍‌ଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍‌ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାଖ, ରାହେଜା ଟାଉରସ୍, 26/27 ଏମ୍ ଟି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟମାବଳୀ ଏବଂ ଉପରୋକ୍ତ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା,

ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର୍ ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 | ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

- 15) Sum Assured / ବୀମା ରାଶି: \_\_\_\_\_
- 16) PF Account Number of Insured Member/ ପିଏଫ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର (Mandatory for EDLI Claim)/ (ଇଡିଏଲିଆଇ ଦାବି ପାଇଁ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent  Contractual   
 ଯୋଗଦାନ ତାରିଖ ପରି ଦୟାକରି କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ରୋଜଗାର ସ୍ଥିତି ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ: ସ୍ଥାୟୀ  ଦୂର୍ଭିକ୍ଷିତ
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes  No   
 ଦୟାକରି ପୂର୍ଣ୍ଣ କର୍ମଚାରୀ ଭାବେ ଯୋଗଦେବା ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ସକ୍ରିୟ ଭାବରେ କାର୍ଯ୍ୟରେ ଥିଲେ: ହଁ  ନା
- 19) Last working date/ ଅନ୍ତିମ କାର୍ଯ୍ୟ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

**Declaration and authorization by Group policy holder**

ଗୋଷ୍ଠୀ ନୀତି ଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକୃତ

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.

ମୁଁ/ ଆମେ, ଉପରୋକ୍ତ ନାମକ ଦାବିଦାର / ବୃନ୍ଦ, ଏକ ସତ୍ୟ ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ଏପ୍ରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବସ୍ତୁ ସତ୍ୟ ଏବଂ ଏହି ଫର୍ମରେ ସଂଲଗ୍ନ ତଥ୍ୟ ତଥା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆବୃତ୍ତିକୃତ ସୂଚନାରେ କମ୍ପାନୀ କୁ ବା କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ଦିଆଯାଇଥିବା ସହିତ ଆମେ ଏକମତ, ଏହା ସୂଚିତ କରେ ଯେ କୌଣସି ଯେ କାହାଙ୍କୁ ବୀମା କରାଯାଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଜୀବନକୁ କୁମ୍ଭାକାଳୀନ ଆରୋଗ୍ୟ ଆ ହୋଇଛି କିମ୍ବା କୌଣସି ଅଧିକାର ବା ପ୍ରତିରକ୍ଷା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇ ନାହିଁ। କୌଣସି ଆଇନ, ରୀତି କିମ୍ବା ବ୍ୟବହାର ବିରୋଧୀତରଣ ବ୍ୟତୀତ ତାହା ଚିକିତ୍ସା/ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ଅନ୍ତରାଳ ସମୟରେ ମିଳିଥିବା ଗୁପ୍ତ ସୂଚନା ସଂଲଗ୍ନ କରିବା ପ୍ରତିବନ୍ଧିତ କରିବା ବ୍ୟତୀତ।

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.

ମୁଁ/ ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ଡାକ୍ତରଖାନା, ସାଥୀ ଚିକିତ୍ସା, ଡାକ୍ତରଖାନା, ଡାକ୍ତରଖାନା, ଡାକ୍ତରଖାନା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗ୍ରହଣାଳୟ ବା ସହାୟକ ଅନ୍ତରାଳ, ଫାର୍ମାସି, ଫାର୍ମାସି, ସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ବୀମା କମ୍ପାନୀ, ଶୁଭିକ୍ଷିତ ଦାତା, ସୁବିଧା ଯୋଗ୍ୟ। ବ୍ୟବସ୍ଥିତକାରୀ, ଆକାଉଣ୍ଟାଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଅର୍ଥକ ପରାମର୍ଶଦାତା, କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ଯାହା ଯାହାକି ପିଏଫ ବି ମେମ୍ବର ଲାଭ, ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍, ଏହାର କୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ, କିମ୍ବା କୌଣସି ଶ୍ରୀ ଯାତ୍ରାକର୍ମ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅନ୍ତରାଳ କାରୀ ବ୍ୟାଙ୍କ କିମ୍ବା ଏହାଙ୍କ ତରଫରୁ କାର୍ଯ୍ୟରତ ସ୍ୱାଧୀନ ବ୍ୟବସ୍ଥାପକ, ଶୁଭିକ୍ଷିତ ସମ୍ପର୍କିତ ସୂଚନା, ଆର୍ଥିକ କିମ୍ବା ବୀମା, ପରାମର୍ଶ, ଯତ୍ନ, କିମ୍ବା ବ୍ୟବସ୍ଥାକର୍ତ୍ତୃତ୍ୱ ସଦସ୍ୟତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇ କିମ୍ବା ଅନ୍ତରାଳ ସୂଚନା। ଯାହାକି ବ୍ୟବସ୍ଥାକର୍ତ୍ତୃତ୍ୱ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କରେ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ, ଏପରିକି ମାତ୍ର ସିକ ଅସୁସ୍ଥତା, ନାସକ ଦୂବ୍ୟ ସେବକ୍ଷ୍ମ, ମଦ୍ୟପାନ, ଏତଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବସ୍ଥା (ଏଡ୍) ଏବଂ/ କିମ୍ବା ଯୌକ୍ତ ସଂଗ୍ରହଣାଳୟ ରୋଗକୁ ଅନୁନୁଷ୍ଠାନିତ କରି, ସୂଚନା | ଏହି ପ୍ରାଧିକୃତ ଏକ ପତୋଷ୍ଟା କପି ମୂଳ ପରି ପ୍ରାଧିକୃତ ଏବଂ ବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ।

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.

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଅଧିକ ସମ୍ମତ, ଏବଂ ପ୍ରାଧିକୃତ, ପିଏଫ ମେମ୍ବରଙ୍କ ମୋର କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ/ଆମର ସଂଗୃହଣ କିମ୍ବା ପି ଏମ୍ ବି ମେମ୍ବର ଲାଭ (ଏହି ବିବୃତ୍ତି/ଆବୃତ୍ତିକୃତ ରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଛି) ଯେଉଁଥିରେ ପିଏମ୍ ବି ମେମ୍ବର ଲାଭ ସହ ଜଡ଼ିତ କିମ୍ବା ସହ ଜଡ଼ିତ କିମ୍ବା ଜଡ଼ିତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ/ସଂଗଠନ/ସଂସ୍ଥାକୁ କେଣ୍ଡାସି ତତ୍ତ୍ୱାବଳି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇପାରେ, ପୁନଃବୀମାକାରୀଙ୍କୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରି, ଏହି ଦାବି, ଆବେଦନ ଏବଂ/କିମ୍ବା ପରବର୍ତ୍ତୀ ସେବାଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ଏଜେଣ୍ଟ, ବିକ୍ରେତା ଏବଂ ଶିଳ୍ପ ସଂଘ/ଫେଡେରେସନ୍ ଦାବି କରନ୍ତୁ।

**Declaration by Group Policy Holder**

ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା

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.

ଆମେ ସୂଚିତ କରୁଛୁ ଯେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂଚନା ସହିତ ଉପରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସଦସ୍ୟତା ବିବରଣୀ ମୋର ସର୍ବୋତ୍ତମ ଜ୍ଞାନ ଓ ବିଶ୍ୱାସ ଅନୁଯାୟୀ ସତ୍ୟ ଏବଂ ଆମର ଅଧିକାରୀଙ୍କ ରେକର୍ଡରୁ ଆହରଣ କରାଯାଇଛି। ଆମେ ଏହା ସହିତ ସୂଚିତ କରୁଛୁ ଯେ ଏହି ଫର୍ମରେ ବର୍ଣ୍ଣିତ ସୂଚନା / ବୃନ୍ଦ କାହାଙ୍କୁ ବୀମା ଲା ପାଇଁ ଶ୍ରଦ୍ଧା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ମଞ୍ଜୁର କରାଯାଇଛି।

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

ମୁଖ୍ୟ ପଲିସିଧାରକଙ୍କ କମ୍ପାନୀ ମୋହର ସହିତ ଅଧିକୃତ ସ୍ୱାକ୍ଷରକାରୀଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 ନାମ ଏବଂ ପଦବୀ: \_\_\_\_\_ ସମ୍ପର୍କ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

**Part B / ଭାଗ B:**

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

ସମସ୍ତ ନାମାଙ୍କନ ପାଇଁ ଦୟାକରି ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଏବଂ ପାନ ନମ୍ବର / ଫର୍ମ 60 ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

Particulars ସବିଶେଷ	Nominee 1 ନୋ ମିଡି 1	Nominee 2 ନୋ ମିଡି 2	Nominee 3 ନୋ ମିଡି 3	Nominee 4 ନୋ ମିଡି 4	Nominee 5 ନୋ ମିଡି 5
Name ନାମ					
Bank Account Number ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର					
IFSC Code ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍					
PAN No./ Form 60 ପାନ ନମ୍ବର / ଫର୍ମ 60					

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

ଦୟାକରି ଜିପିଏସ୍ ରେକର୍ଡ ଅନୁଯାୟୀ ଜୀବନ ବୀମା ସୁରକ୍ଷା ଅନ୍ତରାଳ ଶ୍ରେଣୀ କି ସମ୍ପର୍କିତ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

SL. No. କ୍ରମିକ ନଂ	Nominee Name ନାମାଙ୍କନ ନାମ	Relationship ସମ୍ପର୍କ	Benefit Share in % % ରେ ଭାଗ ଅଂଶୀଦାର କରନ୍ତୁ	Address of Nominee ନାମାଙ୍କନ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠିକଣା

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

ପିଏମ୍ ବି ମେମ୍ବର ଲାଭ ପାଇଁ ଉପଯୋଗୀ ସୂଚନା

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାଖ, ରାହେଜା ଟାୱର, 26/27 ଏମ୍ ଜି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉପରୋକ୍ତ ପଞ୍ଜିକୃତ ସଂଖ୍ୟା 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ନମ୍ବର 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 | ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

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

ଅସ୍ୱାଭାବିକ କାରଣରୁ ମୃତ୍ୟୁ ହେଲେ ନିମ୍ନଲିଖିତ ଆବଶ୍ୟକ:

Types of illness and date of diagnosis ଅସ୍ୱାଭାବିକ ପ୍ରକାର ଏବଂ ଚିକିତ୍ସକରଣର ତାରିଖ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment ବିଆଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସାର ବିବରଣୀ ଏବଂ ଡାକ୍ତରଖାନାର ବିବରଣୀ ଯେଉଁଠାରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଥିଲା	
Details of accident (for unnatural death) ଦୁର୍ଘଟଣାର ବିବରଣୀ (ଅସ୍ୱାଭାବିକ ମୃତ୍ୟୁ ପାଇଁ)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted ଶବ ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା	
Name and address of police station to which accident was reported ଦୁର୍ଘଟଣା ରିପୋର୍ଟ କରାଯାଇଥିବା ପୋଲିସ୍ ଷ୍ଟେସନ୍ ର ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା	

**Declaration and authorization by Beneficiary**

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ

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.

ମୁଁ / ଆମେ, ଉପରୋକ୍ତ ନାମ ଦାବିଦାର / ବୃନ୍ଦ, ଏକକ ଶ୍ରେଣୀରେ ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ଏଥିରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବସ୍ତୁବ୍ୟ ସତ୍ୟ ଏବଂ ଏହି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ତଥ୍ୟ ତଥା ଅଧିକ କୌଣସି ଆଧିକାରୀଙ୍କୁ ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ପାଇଁ ଦିଆଯାଇଥିବା ସହିତ ଆମେ ଏକପକ୍ଷ, ଏହା ସ୍ୱୀକୃତି କରେ ଯେ ଶୁଦ୍ଧି ଯେ କାବିଜ୍ଞ ବାମା କରାଯାଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟକୁ ବଦଳାଇବାକୁ ହୋଇଛି କିମ୍ବା କୌଣସି ଅଧିକାର ବା ପ୍ରତିରକ୍ଷା ପ୍ରତ୍ୟାହତ ହୋଇଛି। କୌଣସି ଆଇନ, ରୀତି କିମ୍ବା ବ୍ୟବହାର ବିରୋଧୀତରଣ ବ୍ୟତୀତ ତାହା ଚିକିତ୍ସା / ସଦସ୍ୟଙ୍କର ଅଧିକାରୀଙ୍କୁ ସମୟରେ ମିଳିଥିବା ଗୁପ୍ତ ସୂଚନା ସଂଗ୍ରହ କରିବା ପ୍ରତିବନ୍ଧିତ କରିବା ବ୍ୟତୀତ

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.

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଯେକୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତି, କିମ୍ବା କୌଣସି ଡାକ୍ତରଖାନା, ସାନାଟୋରିୟମ୍, ଡାକ୍ତରା ବୃତ୍ତିଗତ, ଡାକ୍ତରଖାନା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ସେବା ଅନୁଷ୍ଠାନ, ବୀମା ସହାୟକ ସଂଗଠନ, ଫାର୍ମାସି, ସେବାକାରୀ ଏଜେଣ୍ଟ, ବୀମା କମ୍ପାନୀ, ନିୟୁକ୍ରିୟାତା, ଲାଭ ଯୋଜନା ପ୍ରଣାୟକ, ଆକାଉଣ୍ଟାଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଆର୍ଥିକ ପରାମର୍ଶଦାତା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ଅନୁଷ୍ଠାନକୁ ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍, ଏହାର ଯେକୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ କିମ୍ବା ଆଇନ ଅଦାଲତକୁ ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି କରୁ । କିମ୍ବା କୌଣସି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ଏଜେଣ୍ଟ କିମ୍ବା ସ୍ୱାଧୀନ ପ୍ରଣାୟକ ଏହାର ତରଫରୁ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଥିବା, ନିୟୁକ୍ରିୟା, ଆର୍ଥିକ କିମ୍ବା ବୀମା, ପରାମର୍ଶ, ଯତ୍ନ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା ସମ୍ପର୍କରେ ସୂଚନା, କିମ୍ବା ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ସୂଚନା, କିମ୍ବା ମାନସିକ ରୋଗ, ସ୍ତ୍ରୀର ବ୍ୟବହାର, ମଦ୍ୟପାନ, ଏତଦ୍ୱାରା (ଏତଦ୍ୱ) ଏବଂ/ କିମ୍ବା ଯୌନ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗ ସମ୍ପର୍କରେ ସୂଚନା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରି ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କୁ ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ସୂଚନା । ଏହି ପ୍ରାଧିକରଣର ଏକ ଫଟୋସ୍ଟାଟ୍ କପି ମୂଳ ପରି ପ୍ରଭାବଶାଳୀ ଏବଂ ବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ ।

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.

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଅଧିକ ସହମତି, ଏବଂ ପ୍ରାଧିକୃତ, ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ସହିତ ମୋର/ଆମର ସଂଗୃହ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଏବଂ ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ସୂଚନା ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ (ଏହି ବିବୃତି/ଆବେଦନରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଛି) ଯେଉଁଥିରେ ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ସହ ଛତିତ କିମ୍ବା ସହ ଛତିତ କିମ୍ବା ଛତିତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ/ସଂଗଠନ/ସଂଗଠନ କେଶ୍‌ଭିଏର ତତ୍ତ୍ୱାବଳି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇପାରେ, ପୁନଃବୀମାକାରୀଙ୍କୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରି, ଏହି ଦାବି, ଆବେଦନ ଏବଂ/କିମ୍ବା ପରବର୍ତ୍ତୀ ସେବାଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ଏଜେଣ୍ଟ, ବିକ୍ରେତା ଏବଂ ଶିଳ୍ପ ସଂପ୍ରଦେଶରେ ଦାବି କରନ୍ତୁ ।

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

ମୂଳ ନୀତି ବନ୍ଧ ଏବଂ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ବଦଳରେ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂରଣ/ଅଣ୍ଡରଟେକିଂ/ଖାରେଣ୍ଟି ଏବଂ ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy bond/documents are not pledged, 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.

ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅପରିବର୍ତ୍ତନୀୟ ଭାବରେ ଇନପୁର, ସ୍ୱୀକାର, ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ କରେ ଏବଂ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦିଏ ଯେ ମୂଳ ନୀତି ବନ୍ଧ/ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରତିଜ୍ଞା, ବନ୍ଧନ, ନ୍ୟସ୍ତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପଲିସିଆରା କିମ୍ବା ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏହା ଉପରେ କୌଣସି ପ୍ରତିକୂଳ ଲିଏନ୍, ଟାଇଟଲ, ଆଗ୍ରହ ସୃଷ୍ଟି କରେ ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଏହାକୁ କମ୍ପାନୀର ନୀତି ଅଧୀନରେ ଦାବିର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ଅତିରିକ୍ତ ସେବା ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା ପରେ ଏହାକୁ ନଷ୍ଟ କରିବାକୁ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦିଏ । ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଛି ଯେ କମ୍ପାନୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷତି ବିରୁଦ୍ଧରେ ମୋ ଦ୍ୱାରା କ୍ଷତିପୂରଣ ହୋଇଛି, ମୂଳ ନୀତି ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ବଦଳରେ କିମ୍ବା ଏଠାରେ ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ/ଖାରେଣ୍ଟି ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ଜିନିଷକୁ ଉତ୍ତର ଦାବି । ମୁଁ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଦୁର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଏବଂ ସହମତ ଯେ ଏହା ମୋତେ, ନମୋନି, ଆଇନଗତ ଉତ୍ତରାଧିକାରୀ କିମ୍ବା ପଲିସିଆରା/ଜୀବନର ଉତ୍ତରାଧିକାରୀଙ୍କୁ ଦେଇ ଦେବା ପରେ ଏହି ନୀତି/ଭଲ୍ ଟୁ ଉତ୍ତର ସମସ୍ତ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ନିର୍ଣ୍ଣାୟକ ଭାବରେ ତିସ୍ତାପଣ ହେବ ।

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.

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକାର କରେ ଏବଂ ସହମତ ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ଭୁଲ, ମିଥ୍ୟା, କିମ୍ବା ବିକ୍ରାନ୍ତ କିମ୍ବା ନିଅଣ୍ଟ ସୂଚନା ଦାବିପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କିମ୍ବା ମୂଲ୍ୟ ଏବଂ କ୍ଷତିପୂରଣ ସହିତ ଦାବି ଆୟପୁନରୁଣାର ହୋଇପାରେ କାରଣ ଏହି ମାମଲା ମୋ ଉପରେ ଏବଂ ମୋର ସମ୍ପର୍କିତ ଉପରେ ନାଗରିକ ଏବଂ ଅପରାଧ୍ୟକ ଦାୟିତ୍ୱ ବ୍ୟତୀତ ହୋଇପାରେ ।

**Signature of the Nominee of Insurance Claim**

ବୀମା ଦାବିର ନାମାଙ୍କନପତ୍ରର ବସ୍ତୁତ୍ୱ

Particulars ସବିଶେଷ	Nominee 1 ନୋମିନି 1	Nominee 2 ନୋମିନି 2	Nominee 3 ନୋମିନି 3	Nominee 4 ନୋମିନି 4	Nominee 5 ନୋମିନି 5
Name of Nominee ନାମାଙ୍କନକ ନାମ					
Signature of Nominee ଜ୍ଞାନୀଙ୍କୁ କର ସ୍ୱାକ୍ଷର					
Contact No. ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର					
Date ତାରିଖ					

**Declaration by Group Policy Holder**

ଗୋଷ୍ଠୀ ପଲିସିଆରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣାକାରୀ

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.

ଆମେ ପୃଷ୍ଠି କରୁଛୁ ଯେ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଡାକ୍ତର ଜୀବନ ବୀମା ପ୍ରାପ୍ତ ହେଉଥିବା ନିହିତାଥେ ଏହି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ନୋମିନି / ନାମାଙ୍କନ କରାଯାଇଛି।

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

ମୁଖ୍ୟ ପଲିସିଆରୀଙ୍କର କମ୍ପାନୀ ମୋହର ସହିତ ଅଧିକୃତ ସ୍ୱାକ୍ଷରକାରୀଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ନାମ ଏବଂ ପଦବୀ: \_\_\_\_\_ ସମ୍ପର୍କ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

**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

ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱାର୍ସ, 26/27 ଏମ୍ ଟି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଉତ୍ତର କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିମ୍ନଲିଖିତ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ଇମେଲ୍: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା,

ଡେଲିଭେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବର୍କାର୍ ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରୋଗାନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062। ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203