

Employer Employee Death Claim Form

நிறுவன ஊழியர் இறப்பு இழப்பீடு படிவம்

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(க்ரூப் பாலிசிஹோல்டர் (ஜிபீஎச்) மற்றும் அனைத்து க்ரூப் காப்பீட்டு திட்டத்திற்கான நியமனதாரரால் நிரப்பப்படவேண்டும்)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

இந்தப் படிவத்துடன் சமர்ப்பிக்க வேண்டிய கட்டாய ஆவணங்கள்:

Mandatory Documents அவசியமான ஆவணங்கள்	Additional documents* to be submitted சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டிய* கூடுதல் ஆவணங்கள்
<p>1. Copy of valid death certificate issued by local authority உள்ளூர் அதிகாரியால் வழங்கப்பட்ட செல்லுபடியாகும் இறப்பு சான்றிதழின் நகல்</p> <p>2. Photo identity proof of the nominee attested by GPH GPH ஆல் சான்றளிக்கப்பட்ட நியமனம் பெற்றவர் புகைப்பட அடையாளச் சான்று</p> <p>3. Current address proof of the nominee attested by GPH GPH ஆல் சான்றளிக்கப்பட்ட நியமனம் பெற்றவர் தற்போதைய முகவரிச் சான்று</p> <p>4. Cancelled cheque / Copy of bank passbook ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை / வங்கி பாஸ்புக்கின் நகல்</p> <p>5. PAN No./ Form 60 of the nominee நிரந்தர கணக்கு எண் / நியமனதாரரின் படிவம் 60</p> <p>6. Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee நியமனம் பெற்றவர் இல்லாத பட்சத்தில் சட்டப்பூர்வ வாரிசு/வாரிசு சான்றிதழ்</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH கிளை/GPH இல் பெறப்பட்ட உரிமைகோரல்களுக்கு மூன்றாம் தரப்பினர் மூலம் உரிமைகோரல் அறிவிப்பு பெறப்பட்டால், உரிமைகோருபவரிடமிருந்து பெறப்பட்ட அங்கீகார கடிதம்</p> <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request குறிப்பு:- கோரிக்கையுடன் KYC ஆதாரமாக ஆதார் அட்டை சமர்ப்பிக்கப்பட்டால், ஆதார் எண்ணின் முதல் 8 இலக்கங்களை மறைக்கவும்.</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims பதிவு நோக்கத்திற்காக மேலே உள்ள ஆவணம் தேவைப்படுகிறது, உரிமைகோரல்களைச் செயலாக்க நிறுவனம் கூடுதல் ஆவணங்களைக் கேட்கலாம்</p>	<p>Natural death/ death due to illness இயற்கை மரணம்/நோய் காரணமாக மரணம்</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 attested by GPH GPH மூலம் சான்றளிக்கப்பட்ட கடந்த காலத்தில் அல்லது இறப்பு நேரத்தின் போது எடுக்கப்பட்ட சிகிச்சையின் முழுமையான மருத்துவப் பதிவுகள் (சேர்க்கைக் குறிப்புகள் & விடுவிப்பு / இறப்பு அறிக்கை & பரிசோதனை / விசாரணை அறிக்கைகள் போன்றவை)</p> <p>2. Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) செயலில் இருக்கும் பணி விதி பொருந்தினால், குரூப் கால வாழ்க்கை உரிமைகோரல்களுக்கான விவரங்களை விட்டு விடவும் (E&E வழக்கு)</p> <p>Accidental Death விபத்து மரணம்</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* முதல் தகவல் அறிக்கை, பஞ்சநாமா, விசாரணை அறிக்கை, பிரேத பரிசோதனை அறிக்கையின் நகல்*</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available)* வெட்டி வைக்கப்பட்ட இரங்கல் அறிக்கை /செய்தித்தாள் செய்தி பிட்டுகள் (கிடைத்தால்)*</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* உள்ளூறுப்பு / இரசாயன பகுப்பாய்வு அறிக்கை (பொருந்தினால்)*</p> <p>4. Final police investigation report* காவல்துறையின் இறுதி விசாரணை அறிக்கை*</p> <p>*Attested by GPH *GPH ஆல் சான்றளிக்கப்பட்டது</p>

Part A / பகுதி A:

- 1) Group Policy No/ க்ரூப் பாலிசி எண்: _____
- 2) Member ID/ உறுப்பினர் ஐடி: _____
- 3) Employee ID/ ஊழியர் ஐடி: _____
- 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
இறந்துபோனவரின் தற்போதைய பதவி/பாண்ட்/ நிலை: _____
(செயல்முறை தேதியுடன்) பொருந்தக்கூடிய இடத்தில் தேவைப்படும்படி
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / காப்பீடு செய்தவர்/ஊழியரின் முழுபெயர் மற்றும் முகவரி: _____
- 6) Name of Group Policyholder / க்ரூப் பாலிசிஹோல்டரின் பெயர்: _____
- 7) Date of Birth of Insured / காப்பீடு செய்தவரின் பிறந்த தேதி: _____
- 8) Date of Joining the Service / பணியில் சேர்ந்த நாள்: _____
- 9) PAN No./ Form 60 / நிரந்தர கணக்கு எண் / படிவம் 60: _____
- 10) Date of Death / இறந்த தேதி: _____
- 11) Place and Cause of Death / இறப்பு இடம் மற்றும் காரணம்: _____
- 12) Cause of Death / இறப்புக்கான காரணம்: _____

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) கடைசியாக பெற்ற சம்பளம்: (ஜிஎஸ்டி/எப்எஸ்எல் திட்டத்திற்கு கட்டாயமானது, தயவு செய்து எப்எஸ்எல் இழப்பீட்டிற்காக அடிப்படை சம்பளத்தை வழங்கவும்.)	Monthly மாதாந்தரம்	Annual வருடாந்தரம்

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention கடந்த ஒரு வருடத்தில்/நிகழ்வு தேதியில் இருந்து ஊழியர் எடுத்த விடுமுறைகளின் விவரங்கள். தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்

From Date தொடக்க தேதி	To Date முடியும் தேதி	No. of Days நாட்கள் எண்ணிக்கை	Type of Leave விடுப்பு வகை	Reason காரணம்

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

PNB மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி.ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐ.ஆர்.டி.ஐ பதிவு எண் 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிக்ஸ்-1, டெக்னிக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், வீர சவர்கர் ஃபைரோவர் ஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203

- 15) Sum Assured / அளிக்கப்பட்ட தொகை: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/ காப்பீடு செய்தவரின் பிஎப்/கணக்கு எண்: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/ (டி.எல்.ஐ இழப்பீட்டிற்கு கட்டாயமானது)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent Contractual
 பணியில் சேர்ந்த தேதியின்படி பணியாளரின் வேலை நிலையை உறுதிப்படுத்தவும்: நிரந்தர ஒப்பந்தம்
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
 பணியில் சேர்ந்த தேதியின்படி பணியாளர் கறுகறுப்பாக பணியில் இருந்தாரா என்பதை உறுதிப்படுத்தவும்: ஆம் இல்லை
- 19) Last working date/ கடைசி வேலை தேதி: _____

Declaration and authorization by Group policy holder

குழு பாலிசியாளரின் உறுதிமொழி மற்றும் அதிகாரம் வழங்கல்

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.

மேலே பெயரிடப்பட்டுள்ள உரிமை கோருபவர்கள்/ஆகிய நாள்/நாங்கள் இதன் மூலம் தெரிவிப்பது என்னவென்றால் மேலே உள்ள அறிக்கைகள் உண்மையானவை மற்றும் இந்த படிவத்தை அல்லது ஏதேனும் படிவத்தை சமர்ப்பித்தல் மூலம், நிறுவனத்தின் எந்த ஒரு உரிமைகள் அல்லது தடுப்பை மீறுவதாக அர்த்தம் கொள்ள முடியாது. உறுப்பினரின் மருத்துவ சிகிச்சை/ பரிசோதனையின்போது பெறப்படும் இரகசிய தரவுகளை வெளியிடுவது, பயன்படுத்துவதைத் தடுக்கும் எந்த ஒரு சட்டம் வழக்கம் அல்லது பயன்பாடு எதுவாக இருந்தாலும் நிறுவனத்தின் எந்த ஒரு உரிமைகள் அல்லது தடுப்பை மீறுவதாக அர்த்தம் கொள்ள முடியாது.

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.

காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபரின் மனைலம், மருந்துகள் பயன்பாடு, மதுபான பயன்பாடு, எச்ஐவி (எய்ட்ஸ்) மற்றும்/அல்லது பாலியல் நோய்கள் தொடர்பான தகவல்கள் உட்பட காப்பீடு பெற்ற நபரின் உடல்நலம் பற்றிய தேவையான எந்த ஒரு தகவலையும் அல்லது காப்பீடு பெற்ற நபரின் தொழில், நிதிநிலைகள், அல்லது அவருக்கு வழங்கப்பட்ட காப்பீடு, ஆலோசனை, பராமரிப்பு அல்லது சிகிச்சை பற்றிய எந்த ஒரு தகவலையும் எந்த ஒரு மருத்துவரோ அல்லது இதர நபரோ அல்லது ஏதேனும் மருத்துவமனையோ, மருத்துவ நிறுவனமோ, மருத்துவமனை அல்லது இதர மருத்துவ பராமரிப்பு நிறுவனம், காப்பீட்டு ஆதரவு நிறுவனம், மருந்தகம், அரசு முகமை, காப்பீட்டு நிறுவனம், முதலாளி, பலன் திட்ட நிர்வாகி, கணக்காளர் அல்லது நிதி ஆலோசகர் அல்லது இதர நிறுவனமானது பிஎன்பி மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் அல்லது அதன் அலுவலகத்திற்கோ அல்லது நீதிமன்றத்திற்கோ அல்லது எந்த ஒரு புலனாய்வு முகமைக்கோ அல்லது அதன் சார்பாக செயல்படும் தனித்த நிர்வாகிக்கோ அளிக்கலாம் என நான் / நாங்கள் இதன்மூலம் அதிகாரமளிக்கிறேன்(றோம்). இந்த அங்கீகரிப்பின் ஒரு நகல் பயனுள்ளதாக கருதப்பட்டு, அசலாக கருதப்படும்.

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.

இந்தக் கோரிக்கையை, விண்ணப்பத்தைப் பரிசீலிக்கும் மற்றும் / அல்லது உரிமைக்கோரிக்கை தீர்விலிருந்து எழும் சேவைகள் உட்பட்ட அடுத்தடுத்த சேவைகளை அளிக்கும் நோக்கத்திற்காக மறு-காப்பீட்டாளர்கள், உரிமைக்கோரிக்கையை விசாரிக்கும் முகமைகள், விற்பனையாளர்கள் மற்றும் துறைசார்ந்த சங்கங்கள் / கூட்டமைப்புகள் உட்பட பிஎன்பி மெட்லைஃப்போடு தொடர்புடைய அல்லது ஈடுபடுத்தப்படும் எந்த ஒரு தனிநபர் / நிறுவனம் / அமைப்பிடமும் பிஎன்பி மெட்லைஃப் வசம் உள்ள / சேரிக்கப்பட்ட (இந்த அறிக்கையில் / விண்ணப்பத்தில் உள்ள தகவல்கள் அல்லது வேறுவழியில் பெறப்பட்டவை) KYC ஆவணத்தில் உள்ள தகவல்கள் உட்பட என்னுடைய / எங்களுடைய தனிப்பட்ட மற்றும் கூருணர்வுடைய தகவல் எதுவானாலும் அவற்றைப் பயன்படுத்த மற்றும் வெளிப்படுத்த PNB மெட்லைஃப்புக்கு நான் / நாங்கள் இதன்மூலம் கூடுதலாக ஒப்புதல் அளித்து அங்கீகரிக்கிறோம்.

Declaration by Group Policy Holder

க்ரூப் பாலிசி ஹோல்டரின் அறிவிக்கை

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. மேலே கூறப்பட்டுள்ள காப்பீடு செய்யப்பட்டுள்ள நபரின் விவரங்கள் உள்ளிட்ட வரவிருக்கும் தகவல்கள் எங்களது பொதுஅறிவின்படி, எங்கள் அதிகாரப்பூர்வ பதிவுகளில் இருந்து பெறப்பட்டுள்ள வகையில் உண்மையானவை என்று உறுதி செய்கிறோம்.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

மாஸ்டர் பாலிசியாளரின் நிறுவன முத்திரையுடன் அங்கீகார கையொப்பதாரரின் கையொப்பம்

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
 பெயர் மற்றும் பதவி: _____ தொடர்பு எண்: _____ தேதி: _____

Part B / பகுதி B:

- 1) Please provide bank account number and PAN No./ Form 60 for all the Nominees: அனைத்து நாமிகளுக்கும் வங்கி கணக்கு எண் மற்றும் பான் எண்/ படிவம் 60 ஐ வழங்கவும்:

Particulars விவரங்கள்	Nominee 1 நியமனதாரர் 1	Nominee 2 நியமனதாரர் 2	Nominee 3 நியமனதாரர் 3	Nominee 4 நியமனதாரர் 4	Nominee 5 நியமனதாரர் 5
Name பெயர்					
Bank Account Number வங்கி கணக்கு எண்					
IFSC Code ஐஎஃஃஎஃ					
PAN No./ Form 60 நிரந்தர கணக்கு எண் / படிவம் 60					

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

ஜிபிஎச் பதிவுகளின்படி ஆயுள் காப்பீட்டு பலனிற்காக நியமனதாரர்கள் குறித்த பின்வரும் விவரங்களை வழங்கவும்:

SL. No. வரி. எண்.	Nominee Name நியமனதாரர் பெயர்	Relationship உறவுமுறை	Benefit Share in % %-ல் பலன் பங்கு	Address of Nominee நியமனதாரரின் முகவரி

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, Cl No. U66010KA2001PLCO28883, 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

PNB மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்
 பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐ.டி.ஐ.எஃப் பதிவு எண் 117, Cl No. U66010KA2001PLCO28883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிக்ஸிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிக்ஸிபிளெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைவர்பூட்டு எதிரில், கோரிகான் (3மது), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203

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

நோய் அல்லது இயற்கையற்ற முறையில் இறப்பு என்றால் பின்வருபவை தேவைப்படும்:

Types of illness and date of diagnosis நோய் வகை மற்றும் கண்டறிதல் தேதி	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment வழங்கப்பட்ட சிகிச்சையின் விவரங்கள் மற்றும் காப்பீட்டாளர் சிகிச்சை மேற்கொண்ட மருத்துவமனையின் விவரங்கள்	
Details of accident (for unnatural death) விபத்தின் விவரங்கள் (இயற்கையற்ற மரணம் என்றால்)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted பிரேதபரிசோதனை மேற்கொள்ளப்பட்ட மருத்துவமனையின் பெயர் மற்றும் முகவரி	
Name and address of police station to which accident was reported விபத்து நடந்ததாகக் கூறப்படும் காவல் நிலையத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி	

Declaration and authorization by Beneficiary

பயனாளியின் அறிவிப்பு மற்றும் அங்கீகாரம்

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.

மேலே பெயரிடப்பட்டுள்ள உரிமை கோருபவர்/கள் ஆகிய நான்/நாங்கள் இதன் மூலம் தெரிவிப்பது என்னவென்றால் மேலே உள்ள அறிக்கைகள் உண்மையானவை மற்றும் இந்த படிவத்தை அல்லது ஏதேனும் படிவத்தை சமர்ப்பித்தல் மூலம், நிறுவனத்தின் எந்த ஒரு உரிமைகள் அல்லது தடுப்பை மீறுவதாக அர்த்தம் கொள்ள முடியாது. உறுப்பினரின் மருத்துவ சிகிச்சை/பரிசோதனையின்போது பெறப்படும் இரகசிய தரவுகளை வெளியிடுவது, பயன்படுத்துவதைத் தடுக்கும் எந்த ஒரு சட்டம் வழக்கம் அல்லது பயன்பாடு எதுவாக இருந்தாலும் நிறுவனத்தின் எந்த ஒரு உரிமைகள் அல்லது தடுப்பை மீறுவதாக அர்த்தம் கொள்ள முடியாது.

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.

காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபரின் மனைலம், மருந்துகள் பயன்பாடு, மதுபான பயன்பாடு, எச்ஐவி (எய்ட்ஸ்) மற்றும்/அல்லது பாலியல் நோய்கள் தொடர்பான தகவல்கள் உட்பட காப்பீடு பெற்ற நபரின் உடல்நலம் பற்றிய தேவையான எந்த ஒரு தகவலையும் அல்லது காப்பீடு பெற்ற நபரின் தொழில், நிதிநிலைகள், அல்லது அவருக்கு வழங்கப்பட்ட காப்பீடு, ஆலோசனை, பராமரிப்பு அல்லது சிகிச்சை பற்றிய எந்த ஒரு தகவலையும் எந்த ஒரு மருத்துவரோ அல்லது இதர நபரோ அல்லது ஏதேனும் மருத்துவமனையோ, மருத்துவ நிபுணரோ, மருத்துவமனை அல்லது இதர மருத்துவ பராமரிப்பு நிறுவனம், காப்பீட்டு ஆதரவு நிறுவனம், மருந்தகம், அரசு முகமை, காப்பீட்டு நிறுவனம், முதலாளி, பலன் திட்ட நிர்வாகி, கணக்காளர் அல்லது நிதி ஆலோசகர் அல்லது இதர நிறுவனமானது பிஎன்பி மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் அல்லது அதன் அலுவலகத்திற்கோ அல்லது நிதிமன்றத்திற்கோ அல்லது எந்த ஒரு புலனாய்வு முகமைக்கோ அல்லது அதன் சார்பாக செயல்படும் தனித்த நிர்வாகிக்கோ அளிக்கலாம் என நான் / நாங்கள் இதன்மூலம் அதிகாரமளிக்கிறேன்(றோம்). இந்த அங்கீகரிப்பின் ஒரு நகல் பயனுள்ளதாக கருதப்பட்டு, அசலாக கருதப்படும்.

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.

இந்தக் கோரிக்கையை, விண்ணப்பத்தைப் பரிசீலிக்கும் மற்றும் / அல்லது உரிமைக்கோரிக்கை தீர்விலிருந்து எழும் சேவைகள் உட்பட்ட அடுத்தடுத்த சேவைகளை அளிக்கும் நோக்கத்திற்காக மறு-காப்பீட்டாளர்கள், உரிமைக்கோரிக்கையை விசாரிக்கும் முகமைகள், விற்பனையாளர்கள் மற்றும் துறைசார்ந்த சங்கங்கள் / கூட்டமைப்புகள் உட்பட பிஎன்பி மெட்லைஃப்ஓடு தொடர்புடைய அல்லது ஈடுபடுத்தப்படும் எந்த ஒரு தனிநபர் / நிறுவனம் / அமைப்பிடமும் பிஎன்பி மெட்லைஃப் வசம் உள்ள / சேரிக்கப்பட்ட (இந்த அறிக்கையில் / விண்ணப்பத்தில் உள்ள தகவல்கள் அல்லது வேறுவழியில் பெறப்பட்டவை) KYC ஆவணத்தில் உள்ள தகவல்கள் உட்பட என்னுடைய / எங்களுடைய தனிப்பட்ட மற்றும் கூருணர்வுடைய தகவல் எதுவானாலும் அவற்றைப் பயன்படுத்த மற்றும் வெளிப்படுத்த PNB மெட்லைஃப்புக்கு நான் / நாங்கள் இதன்மூலம் கூடுதலாக ஒப்புதல் அளித்து அங்கீகரிக்கிறோம்.

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

அசல் பாலிசி பத்திரம் மற்றும் ஆவணத்திற்கு பதிலாக உரிமைகோருபவர் மூலம் இழப்பீடு/முயற்சி/உத்தரவாதம் மற்றும் பிரதிநிதித்துவங்கள்

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

அசல் பாலிசி பத்திரம்/ஆவணங்கள், பாலிசிதாரரால் அல்லது சட்டப்பூர்வ வாரிசுகளால் அதன் மீது ஏதேனும் பாதகமான உரிமை, தலைப்பு, வட்டி ஆகியவற்றை உறுதிமொழியாகவோ, அடமானமாகவோ, ஒதுக்கப்பட்டதாகவோ அல்லது உருவாக்கவோ இல்லை என்பதை நான் திரும்பப்பெறமுடியாமல் உறுதிசெய்கிறேன், ஒப்புக்கொள்கிறேன், பிரதிநிதித்துவம் செய்கிறேன் மற்றும் உறுதியளிக்கிறேன். நிறுவனத்திடமிருந்து பாலிசியின் கீழ் உரிமைகோரலின் முழு மற்றும் இறுதிப் பணம் பெறப்பட்ட பிறகு, அதை ஒரு பூஜ்ஜம் மற்றும் வெற்றிடமான ஆவணமாக அழிக்க உறுதியளிக்கிறது. அசல் பாலிசி ஆவணம் அல்லது இங்குள்ள பிரதிநிதித்துவங்கள்/உத்தரவாதங்கள் தொடர்பான ஏதேனும் ஒன்றில் ஏற்படும் அனைத்து இழப்புகளுக்கும், உரிமைகோரல்களுக்கும் எதிராக நிறுவனம் என்னால் ஈடுசெய்யப்படுகிறது என்பதை மேலும் உறுதியளிக்கிறேன். நான், நாமினி, சட்டப்பூர்வ வாரிசு அல்லது பாலிசிதாரர்/வாழ்க்கை உறுதிசெய்யப்பட்டவரின் வாரிசு ஆகியோருக்குப் பணம் செலுத்தும்போது, இந்தக் பாலிசி/ஆய்களில் இருந்து எழும் அனைத்துக் கடமைகளிலிருந்தும் அது உறுதியாக டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்படும் என்பதை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டு உடன்படுகிறேன்.

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.

என்னால் வழங்கப்பட்ட தவறான, தவறான அல்லது தவறாக வழிநடத்தும் அல்லது பற்றாக்குறையான தகவல், உரிமைகோரலை நிராகரிக்கலாம் அல்லது என் மீதான சிவில் மற்றும் கிரிமினல் பொறுப்புக்கு அப்பாற்பட்டதாக இருக்கலாம் என்பதால், அதற்கான செலவு மற்றும் இழப்பீட்டை திரும்பப் பெறலாம் என்பதை நான் இதன்மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் ஒப்புக்கொள்கிறேன். என் சொத்துக்கள்.

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. U66010KA2001PLCO28883, 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

PNB மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐ.ஆர்.டி.ஓ பதிவு எண் 117,

CI No. U66010KA2001PLCO28883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம்,

டெக்னிக்ஸ்பிளெக்ஸ் -1, டெக்னிக்ஸ்பிளெக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளையோவருக்கு எதிரில், கோரிக்கான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203

Version 2.2/Nov22

பதிப்பு 2.2/நவம்பர்'22

Signature of the Nominee of Insurance Claim**காப்பீட்டு இழப்பீட்டின் நியமனதாரர் கையொப்பம்**

Particulars விவரங்கள்	Nominee 1 நியமனதாரர் 1	Nominee 2 நியமனதாரர் 2	Nominee 3 நியமனதாரர் 3	Nominee 4 நியமனதாரர் 4	Nominee 5 நியமனதாரர் 5
Name of Nominee நியமனதாரரின் பெயர்					
Signature of Nominee நியமனதாரரின் கையொப்பம்					
Contact No. தொடர்பு எண்.					
Date தேதி					

Declaration by Group Policy Holder**க்ரூப் பாலிசி ஹோல்டரின் அறிவிக்கை**

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.

இந்தப் படிவத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நியமனதாரர்(கள்) தன்னுடைய ஆயுள் காப்பீட்டு பலன்களை அனுபவிக்கும் நோக்கத்திற்காக தொழிலாளரினால் நியமிக்கப்பட்டவர்களே என்பதை நாங்கள் உறுதிப்படுத்துகிறோம்.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder**மாஸ்டர் பாலிசிதாரரின் நிறுவன முத்திரையுடன் அங்கீகார கையொப்பதாரரின் கையொப்பம்**

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

பெயர் மற்றும் பதவி: _____ தொடர்பு எண்.: _____ தேதி: _____

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

PNB மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்.

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐ.ஆர்.டி.ஐ பதிவு எண் 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ.பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிக்ஸ்-1, டெக்னிக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203

Version 2.2/Nov'22

பதிப்பு 2.2/நவம்பர்'22