

Employer Employee Death Claim Form

యజమాని ఉద్యోగుల మరణ దావా ఫారం

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)
(గ్రూప్ పాలసీ హోల్డర్ (జి పి హెచ్) మరియు అన్ని గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ పథకాలకు నామినీ ద్వారా పూర్తి చేయబడాలి)

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

ఈ ఫారముతో పాటు సమర్పించాల్సిన తప్పనిసరి పత్రాలు:

Mandatory Documents తప్పనిసరి పత్రాలు	Additional documents* to be submitted సమర్పించవలసిన* అదనపు పత్రాలు
<ol style="list-style-type: none"> Copy of valid death certificate issued by local authority స్థానిక అధికారం జారీ చేసిన చెల్లుబాటుయ్యే మరణ ధృవీకరణ పత్రం కాపీ Photo identity proof of the nominee attested by GPH GPH ద్వారా ధృవీకరించబడిన నామినీ ఫోటో గుర్తింపు ఋజువు Current address proof of the nominee attested by GPH GPH ద్వారా ధృవీకరించబడిన నామినీ యొక్క ప్రస్తుత చిరునామా ఋజువు Cancelled cheque / Copy of bank passbook రద్దు చేయబడిన చెక్కు / బ్యాంక్ పాస్బుక్ కాపీ PAN No./ Form 60 of the nominee పాన్ నెంబరు/ నామినీ యొక్క ఫారం 60 Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee నామినీ లేని పక్షంలో చట్టపరమైన వారసుడు/వారసుత్వ ధృవీకరణ పత్రం Authorization letter from the claimant incase the claim intimation is received through third party for claims received at the branch/GPH బ్రాంచ్/GPH వద్ద స్వీకరించబడిన క్లెయిమ్ కేసు తృతీయ పక్షం ద్వారా క్లెయిమ్ సమాచారం అందిన పక్షంలో క్లెయిమ్ దారు నుండి ఆధారితమైన లెటర్ <p>Note:- Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request గమనిక:- అభ్యర్థనలో పాటు ఆధార్ కార్డ్ KYC ఋజువుగా సమర్పించబడితే, దయచేసి ఆధార్ నంబర్లోని మొదటి 8 అంకెలను మాస్క్ చేయండి</p> <p>Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims రిజిస్ట్రేషన్ ప్రయోజనం కోసం పై పత్రం అవసరం, కంపెనీ క్లెయిమ్లను ప్రాసెసింగ్ కోసం అదనపు పత్రాలను అడగవచ్చు</p>	<p>Natural death/ death due to illness సహజ మరణం / అనారోగ్యం కారణంగా మరణం</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 గతంలో లేదా మరణించిన సమయంలో తీసుకున్న ఏదైనా చికిత్స కోసం GPH ద్వారా ధృవీకరించబడిన పూర్తి వైద్య రికార్డులు (అడ్మిషన్ నోట్స్ మరియు డిశ్చార్జ్ / డెత్ సారాంశం మరియు పరీక్షల / పరిశోధనల నివేదికలు మొదలైనవి). Leave details for Group Term Life claims if active work clause is applicable (E&E case) యాక్టివ్ వర్క్ క్లౌజ్ వర్తిస్తున్న గ్రూప్ టర్మ్ లైఫ్ క్లెయిమ్ల కోసం వివరాలను వదిలివేయండి (E&E కేసు) <p>Accidental Death ప్రమాదవశాత్తు మరణం</p> <ol style="list-style-type: none"> Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report* FIR కాపీ, పంచనామా, విచారణ నివేదిక, పోస్ట్ మార్టం నివేదిక* Obituary/ Newspaper cutting (if available)* సంస్మరణ/ వార్తాపత్రిక కటింగ్ (అందుబాటులో ఉంటే)* Viscera / Chemical analysis report (if applicable)* విసెరా / రసాయన విశ్లేషణ నివేదిక (వర్తిస్తున్న)* Final police investigation report* పోలీసుల తుది విచారణ నివేదిక * <p>*Attested by GPH *GPH ద్వారా ధృవీకరించబడింది</p>

Part A / భాగము A:

- Group Policy No/ సమాహం పాలసీ నంబరు: _____
- Member ID/ సభ్యుడు ఐడి: _____
- Employee ID/ ఉద్యోగి గుర్తింపు ఐడి: _____
- Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
మరణించిన సభ్యుని ప్రస్తుత హోదా / బ్యాండ్ / గ్రేడ్: _____
(ప్రభావవంతమైన తేదీతో) వర్తిచే కోట్ క్రింద అవసరమైంది
- Full Name & Address of Insured Member / Employee / బీమా సభ్యుడు/ ఉద్యోగి యొక్క పూర్తి పేరు & చిరునామా: _____
- Name of Group Policyholder / గ్రూపు పాలసీహోల్డర్ యొక్క పేరు: _____
- Date of Birth of Insured / బీమా సభ్యుని యొక్క పుట్టిన తేదీ: _____
- Date of Joining the Service / ఉద్యోగంలో చేరిన తేదీ: _____
- PAN No./ Form 60 / పాన్ నెంబరు/ ఫారం 60: _____
- Date of Death / మరణం యొక్క తేదీ: _____
- Place and Cause of Death / మరణం యొక్క స్థానం మరియు కారణం: _____
- Cause of Death/ మరణానికి కారణం: _____

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) చివర తీసుకున్న జీతం: (జి టి ఎల్ / ఎస్ ఎస్ ఎల్ పథకానికి తప్పనిసరి, దయచేసి ఎస్ ఎస్ ఎల్ దావా కోసం ప్రాథమిక వేతనాన్ని ఇవ్వండి. దయచేసి వర్తిచే కోట్ క్రింద అవసరమైనట్లుగా వేతనాన్ని ఉదహరించండి)	Monthly నెల	Annual వార్షిక

14) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention ఉద్యోగి ద్వారా గత సంవత్సరం / సంఘటన తేదీ నుండి ఉపయోగించిన సెలవు వివరాలు. దయచేసి ఉదహరించండి

From Date తేదీ నుంచి	To Date తేదీ వరకు	No. of Days రోజుల సంఖ్య	Type of Leave సెలవు రకం	Reason కారణము

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

పిఎన్బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

సమాధి కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రాహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు - 560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియ్య మరణం అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: <http://www.pnbmetlife.com>, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు,

టిక్నీప్లెక్స్-1, టిక్నీప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

- 15) Sum Assured / హామీ ఇవ్వబడిన మొత్తం: _____
- 16) PF Account Number of Insured Member/ బీమా సభ్యుని యొక్క PF ఖాతా నంబరు: _____ (Mandatory for EDLI Claim)/ (ఉడిఎల్ ఐ బీమా కోసం తప్పనిసరి)
- 17) Please confirm employment status of the employee as on date of joining: Permanent Contractual
 దయచేసి చేరిన తేదీ నాటికి ఉద్యోగి యొక్క ఉద్యోగ స్థితిని నిర్ధారించండి: శాశ్వత ఒప్పంద
- 18) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
 దయచేసి అన్ని నామినీల బ్యాంకు ఖాతా నంబరును అందించండి: అవును కాదు
- 19) Last working date/ చివరి పని తేదీ: _____

Declaration and authorization by Group policy holder
గ్రూప్ పాలసీ హోల్డర్ ద్వారా ప్రకటన మరియు అధికార పత్రం

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.

నేను/ మేము, పైన పేర్కొన్న హక్కుదారు / లు, సత్యనిష్ఠతో ప్రకటించి ఈ వివరణలు నిజమైనవి మరియు ఈ ఫారం లేదా సంస్థకు అనుబంధంగా ఉన్న ఏదైనా ఇతర ఫార్ములాను అందించడం, జీవిత బీమా లేదా ఏ హక్కులు లేదా రక్షణ యొక్క మినహాయింపు అమల్లో ఉంది. సభ్యుడు యొక్క వైద్య చికిత్స / విదారణ సమయంలో పొందిన రహస్య సమాచారం అందించడం నిషేధించే, ఏ చట్టం, కస్టమ్ లేదా వాడుక, అనుమతించబడదు.

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.

నేను / మేము అనుమతిస్తున్నాము బీమా సంస్థ, ఫార్మసీ, ప్రభుత్వ విజిన్సీ, బీమా సంస్థ, యజమాని, లాభం ప్లాన్ అడ్మినిస్ట్రేటర్, అకౌంటెంట్ లేదా ఆర్థిక సలహాదారు లేదా ఇన్సూరర్లు లేదా ఇతర సంస్థలకు, పి.ఎన్.బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, ఏ కార్యాలయాలు, లేదా న్యాయస్థానం, దాని తరపున పని చేసే ఏదైనా దర్బారు సంస్థ లేదా స్వతంత్ర నిర్వాహకుడు, ఉద్యోగం, ఆర్థిక లేదా బీమా సలహా, సంరక్షణ లేదా చికిత్సకు సంబంధించిన సమాచారం, లేదా ఏదైనా సమాచారం మానసిక అనారోగ్యం, మందులు వాడటం, ఆల్కహాల్, హెన్ బి (ఎయిడ్స్) మరియు / లేదా లైంగిక సంక్రమణ వ్యాధులతో సంబంధం ఉన్న సమాచారంతో సహా, బీమా సభ్యుడి ఆరోగ్యం గురించి అవసరమని. ఈ అధికారపత్రం యొక్క ఒక కాపీని సమర్థవంతంగా మరియు వాస్తవంగా పరిగణించబడుతుంది.

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.

పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ (ఈ స్టేట్ మెంట్/అప్లికేషన్ లో ఉన్నవి లేక ఇతరత్రా పొందినవి) తో లభ్యమయ్యే నా / మా వ్యక్తిగత మరియు సున్నిత సమాచారాన్ని, అం టీ, ఎవరైనా వ్యక్తుల/సంస్థల/ సమాఖ్యలతో సంబంధం కలిగినవి లేదా వాటికి అనుబంధ సంస్థల కు లేదా బీమాదారులు, క్లెయిమ్ పరిశోధక ఏజెన్సీలు, వెండార్లు మరియు పరిశ్రమ సంస్థలు/సమాఖ్యలు మరియు / లేదా తదుపరి సేవలను అందించేవారు, అం టీ క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ చేయడం నుండి కలిగి పలికాలకు సంబంధించిన కెప్టైన్ పత్రాల సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవచ్చని మరియు వెల్లడించవచ్చని నేను/మేము ఇందుమూలంగా సమ్మతిస్తున్నాము మరియు అధికారం ఇస్తున్నాము.

Declaration by Group Policy Holder
గ్రూప్ పాలసీ హక్కుదారు ద్వారా ప్రకటన

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. పైన పేర్కొన్న ఇన్సూరెన్స్ సభ్యుల వివరాలతో సహా పైన పేర్కొన్న సమాచారం మా విజ్ఞానం మరియు నమ్మకానికి అనుగుణంగా మరియు నిర్ధారించబడినవి మరియు మా అధికారిక రికార్డుల నుంచి నిర్ధారించబడ్డాయి.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder
మాస్టర్ పాలసీ హక్కుదారు యొక్క కంపెనీ సీల్ తో అధికారి యొక్క సంతకం

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
 పేరు & పోస్ట్: _____ సంప్రదింపులకు నంబర్.: _____ తేదీ: _____

Part B / భాగము B:

- 1) Please provide bank account number and PAN No./ Form 60 for all the Nominees:
 నామినీలందరికీ దయచేసి బ్యాంక్ ఖాతా నంబర్ మరియు పాన్ నంబర్/ ఫారం 60 అందించండి:

Particulars వివరములు	Nominee 1 నామినీ 1	Nominee 2 నామినీ 2	Nominee 3 నామినీ 3	Nominee 4 నామినీ 4	Nominee 5 నామినీ 5
Name పేరు					
Bank Account Number బ్యాంకు ఖాతా నంబరు					
IFSC Code ఐ.ఎఫ్.ఎస్.సి కోడ్					
PAN No./ Form 60 పాన్ నెంబరు/ ఫారం 60					

- 2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records:
 జి.పి.హెచ్ రికార్డుల ప్రకారం లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ బెనిఫిట్ కోసం నామినీ / లు కు సంబంధించి క్రింది సమాచారాలను ఇవ్వండి:

SL. No. వరుస నం.	Nominee Name నామినీ పేరు	Relationship సంబంధం	Benefit Share in % %లో లభి వాటా	Address of Nominee నామినీ యొక్క చిరునామా

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

పిఎన్ బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

సమాధి కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రాహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియమాలకు అనుగుణంగా నమోదు సంఖ్య 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: <http://www.pnbmetlife.com>, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు,

టిక్నీప్లెక్స్-1, టీక్నీప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

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

అనారోగ్యం లేదా అసహజమైన కారణం వలన మరణం విషయంలో ఈ క్రిందివి అవసరం:

Types of illness and date of diagnosis అనారోగ్యం యొక్క రకం మరియు రోగనిర్ధారణ తేదీ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment చికిత్స ఇచ్చిన వివరాలు మరియు బీమా సభ్యుడు చికిత్స చేయించుకున్న ఆసుపత్రి వివరాలు	
Details of accident (for unnatural death) ప్రమాదం వివరాలు (అసహజ మరణం కోసం)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted శవ పరీక్ష నిర్వహించిన ఆసుపత్రి పేరు మరియు చిరునామా	
Name and address of police station to which accident was reported ప్రమాదాన్ని నివేదించబడిన పోలీస్ స్టేషన్ యొక్క పేరు మరియు చిరునామా	

Declaration and authorization by Beneficiary

అభిదారుడి / అభిదారులు ద్వారా ప్రకటన మరియు అధికార పత్రం

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.

నేను / మేము, పైన పేర్కొన్న పాక్షికదారు / లు, సత్యనిష్ఠతో ప్రకటించి ఈ వివరణలు నిజమైనవి మరియు ఈ ఫారం లేదా సంస్థకు అనుబంధంగా ఉన్న ఏదైనా ఇతర ఫార్ములాను అందించడం, జీవిత బీమా లేదా ఏ హక్కులు లేదా రక్షణ యొక్క మినహాయింపు అవుట్లో ఉంది. సభ్యుడు యొక్క వైద్య చికిత్స / విచారణ సమయంలో పొందిన రహస్య సమాచారం అందించడం నిషేధించే, ఏ చట్టం, కస్టమ్ లేదా వాడుక, అనుమతించబడదు.

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.

నేను / మేము అనుమతిస్తున్నాము బీమా సంస్థ, ఫార్మసీ, ప్రభుత్వ వైద్య బీమా సంస్థ, యజమాని, లాభం ప్లాన్ అడ్మినిస్ట్రేటర్, అకౌంటెంట్ లేదా ఆర్థిక సలహాదారు లేదా ఇన్సూరెన్స్ కు ఇతర సంస్థలకు, పి.ఎన్.బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, ఏ కార్యాలయాలు, లేదా న్యాయస్థానం, దాని తరఫున పని చేసే ఏదైనా దర్యాప్తు సంస్థ లేదా స్వతంత్ర నిర్వాహకుడు, ఉద్యోగం, ఆర్థిక లేదా బీమా సలహా, సంరక్షణ లేదా చికిత్సకు సంబంధించిన సమాచారం, లేదా ఏదైనా సమాచారం మానసిక అనారోగ్యం, మందులు వాడటం, ఆల్కహాల్, హెచ్ బి వి (ఎయిడ్స్) మరియు / లేదా లైంగిక సంక్రమణ వ్యాధులతో సంబంధం ఉన్న సమాచారంతో సహా, బీమా సభ్యుడి ఆరోగ్యం గురించి అవసరమని. ఈ అధికారపత్రం యొక్క ఒక కాపీని సమర్థవంతంగా మరియు వాస్తవంగా పరిగణించబడుతుంది.

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.

పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ (ఈ స్టేట్ మెంట్/అప్లికేషన్ లో ఉన్నవి లేక ఇతరలా పొందినవి) తో అభ్యుత్సాహ నా / మా వ్యక్తిగత మరియు సున్నిత సమాచారాన్ని, అం టి, ఎవరైనా వ్యక్తుల/సంస్థల/సమాఖ్యలతో సంబంధం కలిగినవి లేదా వాటికి అనుబంధ సంస్థల కు లేదా బీమాదారులు, క్లెయిమ్ పరిశోధక ఏజెన్సీలు, వెండార్లు మరియు పరిశ్రమ సంస్థలు/సమాఖ్యలు మరియు /లేదా తదుపరి సేవలను అందించేవారు, అం టి క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ చేయడం నుండి కలిగే ఫలితాలకు సంబంధించిన కెప్టైన్ ఫలాల సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవచ్చని మరియు వెల్లడించవచ్చని నేను/మేము ఇందుమూలంగా సమ్మతిస్తున్నాము మరియు అధికారం ఇస్తున్నాము.

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

ఒరిజినల్ పాలసీ బాండ్ మరియు డాక్యుమెంట్ కు బదులుగా క్లెయిమ్ మెంట్ ద్వారా నష్టపరిహారం/అండర్ టేకింగ్/వారంటీ మరియు ప్రాతినిధ్యాలు

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.

అసలు పాలసీ బాండ్/పత్రాలు పాలసీదారు లేదా చట్టపరమైన వారసుల ద్వారా ఏదైనా ప్రతికూల తాత్కాలిక హక్కు, ట్రీటిల్, వడ్డీని తాకట్టు పెట్టడం, తనఖా పెట్టడం, కేటాయింపు లేదా సృష్టించడం వంటివి చేయలేదని నేను కంపెనీకి తిరిగి రాకుండా, గుర్తించి, ప్రాతినిధ్యం వహిస్తున్నాను మరియు బాధ్యత వహిస్తాను కంపెనీ నుండి పాలసీ కింద క్లెయిమ్ యొక్క పూర్తి మరియు చివరి చెల్లింపు రసీదు తర్వాత దానిని శూన్యమైన మరియు శూన్యమైన పత్రంగా నాశనం చేయడానికి బాధ్యత వహిస్తుంది. అసలు పాలసీ పత్రం లేదా ఇక్కడ ఉన్న ప్రాతినిధ్యాలు/వారంటీల పంపిణీకి సంబంధించి ఏదైనా దాని వల్ల ఉత్పన్నమయ్యే అన్ని నష్టాలకు, క్లెయిమ్ కు వ్యతిరేకంగా కంపెనీ నా ద్వారా నష్టపరిహారం పొందుతుందని నేను ఇంకా హామీ ఇస్తున్నాను. నాకు, నామినీకి, చట్టపరమైన వారసుడికి లేదా పాలసీదారు/జీవిత హామీ పొందిన వారసుడికి చెల్లింపు చేసిన తర్వాత, ఈ పాలసీ/బాండ్ నుండి ఉత్పన్నమయ్యే అన్ని బాధ్యతల నుండి కంపెనీ నిష్క్రమణ డిక్లార్ చేయబడుతుందని నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను.

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.

నేను అందించిన ఏదైనా సరికాని, తప్పుడు లేదా తప్పుదారి పట్టించే లేదా లోటు సమాచారం దాని తిరస్కరణకు దారితీయవచ్చని లేదా నా ప్రాతినిధ్యం మరియు నేరపూరిత బాధ్యత కాకుండా ఖర్చు మరియు పరిహారంతో క్లెయిమ్ రికవరీకి దారితీయవచ్చని నేను ఇందుమూలంగా గుర్తించి మరియు అంగీకరిస్తున్నాను మరియు నా ఆస్తులు.

Signature of the Nominee of Insurance Claim

బీమా దావా యొక్క నామినీ యొక్క సంతకం

Particulars వివరములు	Nominee 1 నామినీ 1	Nominee 2 నామినీ 2	Nominee 3 నామినీ 3	Nominee 4 నామినీ 4	Nominee 5 నామినీ 5
Name of Nominee నామినీ పేరు					
Signature of Nominee నామినీ యొక్క సంతకం					
Contact No. సంప్రదింపు నంబరు.					
Date తేదీ					

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

పిఎన్ బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

సమాధి కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రాహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు - 560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియ్యమరియ అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: <http://www.pnbmetlife.com>, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు,

టిక్నిప్లెక్స్-1, టిక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగాన్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

Declaration by Group Policy Holder

గ్రూప్ పాలసీ హాల్డరు ద్వారా ప్రకటన

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.

మేము అతని / ఆమె జీవిత బీమా ప్రయోజనాలను పొందే ఉద్దేశ్యంతో ఉద్యోగి చేత నామినీగా పేర్కొన్న నామినీ / నామినీలు అని మేము ఇంకా నిర్ధారించాము.

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

మాస్టర్ పాలసీ హాల్డరు యొక్క కంపెనీ సీల్ తో అధికారి యొక్క సంతకం

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

పేరు & హోదా: _____ సంప్రదింపులకు నంబర్.: _____ తేదీ: _____

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

పిఎన్బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

సమాధి కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక, భారత బీమా నియంత్రణ సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800-425-6969, వెబ్సైట్: <http://www.pnbmetlife.com>, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలు చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు,

టిక్నీప్లెక్స్-1, టిక్నీప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర్ సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062, ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

Version 2.2/Nov'22

వెర్షన్ 2.2 / నవంబర్ 22