

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

મૃત્યુ દાવા માટે દાવેદારનું નિવેદન (એસએસજી એન્ડ એફીનિટિ)

Group Policy Number સમૂહ પોલિસી નંબર											
Group Policy Holder Name સમૂહ પોલિસી ધારકનું નામ											
Member number સભ્ય નંબર											
Date of Joining the Policy પોલિસીમાં જોડાયા તારીખ											
Certificate Number પ્રમાણપત્ર નંબર											
Loan disbursement date લોન વિતરણની તારીખ											
Outstanding loan as of date of death of member સભ્યની મૃત્યુની તારીખે બાકી રહેતી લોનની રકમ											
Details of the Insured Member: વીમિત સભ્યની વિગતો:											
Full name સંપૂર્ણ નામ											
Residential Address રહેવાસી સરનામું											
<input type="checkbox"/> Form 60 ફોર્મ 60	<input type="checkbox"/> PAN No. પાન નં. <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 જાતિ	<input type="checkbox"/> Male પૂરુષ										
	<input type="checkbox"/> Female સ્ત્રી										
	Age at death: મૃત્યુના સમયે ઉંમર:										
Nature of occupation વ્યવસાયનો પ્રકાર											
Date of birth (as per records) જન્મની તારીખ (રેકોર્ડ્સ અનુસાર)											
Date of death and Time of Death મૃત્યુની તારીખ અને મૃત્યુનો સમય											
Cause of death મૃત્યુનું કારણ											
Place of death મૃત્યુનું સ્થળ											
In case of death due to illness જો માંદગીથી મૃત્યુ થયું હોય, તો તેવા કિસ્સામાં											
When and where did the insured member give first indication of falling ill વીમિત સભ્યએ ક્યારે અને ક્યાં માંદા પડવાનું પ્રથમ સૂચન કર્યું											
Date and type of illness માંદગીની તારીખ અને પ્રકાર											
Treatment given અપાયેલ સારવાર											

Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness અંતિમ માંદગી દરમિયાન વીમિત વ્યક્તિને કન્સલ્ટ કરનાર ડોક્ટરનું નામ, સરનામું અને ફોન નં.	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness એ હોસ્પિટલનું નામ અને સરનામું કે જ્યાં વીમિત વ્યક્તિ અંતિમ માંદગી માટે સારવાર લેઈ શકે તેવો સરનામું	

In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents અકસ્માતના કારણે મૃત્યુ થાય તેવા કિસ્સામાં: એફઆઈઆર અને પીએમઆર (જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણિત) દાખવા દરતાવેજની સાથે રજૂ કરવાનું રહેશે	
Date and Time of accident અકસ્માતની તારીખ અને સમય	
Details of accident અકસ્માતની વિગત	
Address of Police Station to which the accident was reported અકસ્માતનો જે પોલીસ સ્ટેશનમાં રિપોર્ટ કરવામાં આવેલ છે તેનું સરનામું	
FIR number એફઆઈઆર નંબર	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted પોસ્ટ-મોર્ટમ જે હોસ્પિટલમાં કરવામાં આવ્યું હતું તેનું નામ અને સરનામું	
Details of Claimant/Nominee દાવેદારની/નોમિનીની વિગતો	
Name of the claimant દાવેદારનું નામ	
Relationship with the insured and % of Share વીમિત સાથે સંબંધ અને વહેંચણીમાં %	
Address of the claimant દાવેદારનું સરનામું	
Contact details Email and phone number સંપર્ક વિગતો ઈમેઈલ અને ફોન નંબર	
Claimant/Nominee's Bank details દાવેદારની/નોમિનીની બેંકની વિગતો	
Bank Name and complete address બેંકનું નામ અને સંપૂર્ણ સરનામું	
Account type ખાતાનો પ્રકાર	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current બચત ચાલુ
Bank account number બેંક ખાતા નંબર	
MICR code: એમઆઈસીઆર કોડ:	IFSC Code: આઈએફએસસી કોડ:

Declaration from Claimant / Nominee**દાવેદાર / નોમિની તરફથી ઘોષણા**

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.

હું/અમે _____ જાહેર કરું છું/જાહેર કરીએ છીએ કે, હું/અમે સ્વ શ્રી/શ્રીમતી _____ ના નોમિની/ઓ/કાનુની વારસદાર/રો છીએ કે જે ઉપરની પોલિસીમાં વીમિત વ્યક્તિ છે.

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.

હું/અમે અહીંથી અટલ રીતે સંમત છું/સંમત છીએ અને સ્વીકારુ છું/સ્વીકારીએ છીએ કે, પોલિસી લેકન જે રકમ ચૂકવવાને પાત્ર છે તેની ચૂકવણી પછી, પીએનબી મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ ઉપરની પોલિસીમાંથી જાહેર થયેલ મૂત સભ્યના વીમા ક્વર સંબંધિત તેની તમામ જવાબદારીઓમાંથી સંપૂર્ણપણે મુક્ત રહેશે. હું/અમે અહીંથી ફીઝીશીયન/ડૉક્ટર/ઓ, હોસ્પિટલો, મેડીકલ કેન્દ્રો વગેરે ને કે જેઓએ કોઈપણ ઉપચાર અથવા માંદગી માટે ઉપર જણાવાયેલ મૂત વ્યક્તિ/વીમેદારને એટેન્ડ કર્યો હોય, તપાસ્યો હોય અથવા સારવાર આપી હોય, ઈન્સ્યોરન્સ કંપનીઓ કે જેઓએ ઉપર જણાવાયેલ મૂત વ્યક્તિને/વીમેદારને પોલિસીઓ ઈસ્યુ કરેલ હોય, વીમિત વ્યક્તિના વર્તમાન/ભૂતકાળના એમ્પ્લોયરો અથવા વ્યવસાયિક એસોસિએટ્સ, જન્મ અને મૃત્યુ રજિસ્ટ્રાર, નિદાન કેન્દ્રો કે જ્યાં વીમિત વ્યક્તિ વ્યક્તિગત/ઓફીસીયલ/વીમા સંબંધિત તબીબી પરિક્ષણ માટે ગયેલ હોય તે તમામને તેઓની પાસે ઉપલબ્ધ મૂતકના સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત પરિસ્થિતિ વિષે અથવા અન્ય વિગતો અથવા જાણ અથવા દસ્તાવેજો કે જે તે/તેઓના દ્વારા પીએનબી મેટલાઈફ દ્વારા પોલિસી ઈસ્યુ કરાયેલ હોય તે પહેલા કે પછી મેળવવામાં આવેલ હોય તે તમામ વિગતો માટે જાહેર કરવા અથવા વહેંચવા માટે પ્રમાણિત કરીએ છીએ. આ પ્રમાણિતતાની નકલ મૂળ દસ્તાવેજની જેમ જ ગણવામાં આવશે. જો કે કહેવાની સ્થાણની રકમ કે જે સ્વ _____ દ્વારા _____ બેંક/નાણાકીય સંસ્થા/જીપીએચ પાસેથી તેના/તેણીના દ્વારા લેવાયેલ લોન લેકન બાકી અને ચૂકવવાની થતી રકમને સુરક્ષિત કરવાના હેતુથી લેવામાં આવેલ હતી, હું/અમે તમને _____ બેંક/નાણાકીય સંસ્થા/જીપીએચને બાકી રહેતી રકમ ભરપાઈ કરવા માટે/આંશિક ભરપાઈ કરવા માટે ચૂકવી આપવા વિનંતી કરું છું/કરીએ છીએ. ચૂકવણી પછી જો કોઈ બાકી રકમ હોય તો તેને મારા/અમારા નામમાં ચૂકવવામાં આવી શકે છે.

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.

હું/અમે કોઈપણ રકમ કે જે મારા/અમારા ખાતામાં વધુમાં અથવાતો જે મારી/અમારી બાકી લેણી નીકળતી નથી તેને, કોઈપણ સમયે, કોઈપણ કારણસર આ અસર લેકન ચૂકવી આપવા બંધાવ છું/બંધાઈ છીએ. હું અહીંથી ખાતરી આપું છું કે અહીં જે કોઈપણ વિગતો વર્ણવેલ છે તે તમામ બાબતે, સાચી, ખરી અને સંપૂર્ણ છે. હું/અમે પીએનબી મેટલાઈફને, પીએનબી મેટલાઈફ પાસે ઉપલબ્ધ (આ નિવેદનમાં લીધેલ અથવા બીજી કોઈપણ રીતે મેળવેલ) અથવા એકત્રિત કરેલ મારી/અમારી સંવેદનશીલ અથવા વ્યક્તિગત ડેટા અથવા માહિતી કે જેમાં મારા/અમારા કેવાયસી દસ્તાવેજોનો પણ સમાવેશ થાય છે, તેને આ દાવાની પ્રક્રિયા માટે અને/અથવા વધારાની સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે, પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સંકળાયેલ અથવા સંલગ્ન કોઈપણ વ્યક્તિગત/સંસ્થા/ એન્ટિટી જેમાં રીઈન્સ્યોરર્સ, દાવા તપાસ એજન્સીઓ, વેંચનારાઓ અને ઔદ્યોગિક સંગઠનો/ફેડરેશનો વગેરે માટે ઉપયોગમાં લઈ શકે છે અથવા જાહેર કરી શકે છે.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: _____

દાવેદાર/ઓના સહી/અંગુઠાની છાપ

તારીખ: _____

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

ત્રાહિત વ્યક્તિ દ્વારા કરવામાં આવતી ઘોષણા જ્યારે દાવેદાર તેની/તેણીની અંગુઠાની છાપ લગાવે/તે/તેણી સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરે.

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.

હું અહીંથી જાહેર કરું છું કે, મેં દાવેદાર/ઓને _____ ભાષામાં કે જે તેને/તેણીને જાણીતી છે, આ અરજી પત્રકની તમામ બાબતો તેઓને સમજાવી છે અને મને પૂરા પાડવામાં આવેલ તમામ જવાબો સાચીરીતે નોંધેલ છે. હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે, દાવેદારોએ તેની/તેણીની/તેઓની અંગુઠાની છાપ/સહી મારી હાજરીમાં કરેલ છે.

Name: _____

Contact No. _____

નામ: _____

સંપર્ક નં. _____

Signature _____

સહી _____

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER

માસ્ટર પોલિસી ધારક તરફથી ઘોષણા

a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy વીમાની રકમ કેજેમાં વીમાત વ્યક્તિ સમૂહ પોલિસી હેઠળ રક્ષિત હતા	
b) Original amount of Loan લોનની મૂળ રકમ	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan લોન માટે માસ્ટર પોલિસી ધારક દ્વારા રીકવરી કરાયેલ રકમની વિગતો	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member સભ્યની મૃત્યુની તારીખે બાકી રહેતી લોનની રકમ	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) બાકી રહેતી દાવાની રકમ (નોમિનીને ચૂકવવાની થતી રકમ)	

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.

અમે અહીંથી જાહેર કરીએ છીએ કે, સ્વ....., કે જેઓનું મૃત્યુનું પ્રમાણપત્ર અહીં જોડેલ છે તેઓ ઉપર દર્શાવેલ સમૂહ પોલિસીના એક સભ્ય હતા. અમે અહીંથી ખાતરી આપીએ છીએ કે, ઉપર દર્શાવાયેલ તમામ વિગતો સાચી, ખરી અને તમામ બાબતે સંપૂર્ણ છે. એવી કોઈપણ રકમ કે જે અમારા ખાતામાં વધુમાં અથવા અમારી બાકી ના હોય તેવી જમા થયેલ હશે તો, કોઈપણ સમયે, કોઈપણ કારણ માટે પરત કરવા અમે બંધાયેલ છીએ.

Verified & Recommended by

ના દ્વારા ચકાસાયેલ અને ભલામણ કરાયેલ

Group Policy Holder Name [Company Seal]

સમૂહ પોલિસી ધારકનું નામ [કંપનીનો સિક્કો]

Name:

નામ:

Date:

તારીખ:

Signature of the official

અધિકૃત વ્યક્તિની સહી