

## Employer Employee Death Claim Form / નિયોક્તા કર્મચારી મૃત્યુ દાવા ફોર્મ

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)  
(સમુહ વિમા પોલીસી ધારક (જીપીએચ) અને નામનિર્દિષ્ટ તમામ સમુહ વીમા યોજના માટે પૂર્ણ કરવું)

### Part A / ભાગ એ:

- 1) Group Policy No / સમુહ પોલીસી નં: \_\_\_\_\_ 2) Member ID / સભ્યની આઈડી: \_\_\_\_\_
- 3) Employee ID / કર્મચારીની આઈડી: \_\_\_\_\_ 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: \_\_\_\_\_  
(with date of effect) as required under applicable quote
- મૃતક સભ્યનો હાલનો હોદ્દો/બેન્ડ/કક્ષા: \_\_\_\_\_  
(અસરની તારીખ સાથે) લાગુ પડતા કથન મજબ
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / વીમિત સભ્ય/કર્મચારી નું પુરું નામ અને સરનામું: \_\_\_\_\_
- 6) Name of Group Policyholder / સમુહ પોલીસી ધારકનું નામ: \_\_\_\_\_
- 7) Date of Birth of Insured / વીમિતની જન્મ તારીખ: \_\_\_\_\_ 8) Date of Joining the Service / સેવામાં જોડાયાની તારીખ: \_\_\_\_\_
- 9) Date of Death / અવશનની તારીખ: \_\_\_\_\_ 10) Place and Cause of Death / મૃત્યુનું સ્થળ અને કારણ: \_\_\_\_\_

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) મેળવેલ અંતિમ પગાર: (જીટીએલ/એફએસએલ યોજના માટે ફરજિયાત, એફએસએલ દાવામાં મૂળ પગાર જણાવો. લાગુ પડતા કથન માટે લાગુ પડતો પગાર જણાવવા વિનંતી)	Monthly / માસિક	Annual / વાર્ષિક

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention / ગત એક વર્ષ દરમિયાન / બનાવ બન્યાની તારીખથી ભોગવેલ રજાની વિગત જણાવવા વિનંતી.

From Date / તારીખથી	To Date / તારીખ સુધી	No. of Days / દિવસોની સંખ્યા	Type of Leave / રજાનો પ્રકાર	Reason / કારણ

- 13) Sum Assured / વીમાની રકમ: \_\_\_\_\_
- 14) PF Account Number of Insured Member / વીમિત સભ્યનો પીએફ ખાતા નંબર: \_\_\_\_\_ (Mandatory for EDLI Claim) (ઈડીએલઆઈ દાવા માટે ફરજિયાત)
- 15) Please confirm employment status of the employee as on date of death / કર્મચારીના મૃત્યુની તારીખે રોજગાર દરજ્જો પુષ્ટિ કરવા વિનંતી: Permanent / કાયમી  Contractual / કરારબદ્ધ
- 16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes  No
- કૃપા કરી ને પુષ્ટિ કરો કે કર્મચારી જે તારીખે જોડાયા તે સમયે કામ પર સક્રિય હતા: હા  ના

### Declaration and authorization by Group policy holder / સમુહ પોલીસી ધારક વડે એકરારનામું અને અધિકૃતતા

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.

હું/અમો, ઉપરોક્ત નામવાળા દાવેદારો સત્યનિષ્ઠાપૂર્વક જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત વિધાનો ખરા છે અને સમત થાઉં છું કે કંપની દ્વારા આ ફોર્મ, અથવા અન્ય કોઈ પૂરક ફોર્મ પુરું પાડવાથી એ સ્વીકારેલ નથી કે સવાલવાળી વ્યક્તિનો કોઈ વીમો ચાલુ હતો અથવા કોઈ હક કે બચાવ જતો કરેલ છે. સભ્યની તબીબી સારવાર/તપાસ દરમિયાન મળેલી ખાનગી માહિતી કોઈ કાયદા, રિવાજ અથવા રીત મુજબ જાહેર કરવા પર પ્રતિબંધ હોવા છતાં પણ.

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.

હું/અમો આથી કોઈ તબીબ અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ, અથવા કોઈ રુગણાલય, આરોગ્ય ભવન, તબીબી વ્યવસાયિક, રુગણાલય અથવા અન્ય કોઈ તબીબી જતન સંસ્થા, વીમા સમર્થન સંસ્થા, ઔષધશાળા, સરકારી એજન્સી, વીમા કંપની, નિયોક્તા, લાભ યોજના વહીવટદાર, હિસાબનીશ અથવા નાણાકીય સલાહકાર અથવા અન્ય કોઈ સંસ્થા ને સભ્યની રોજગાર, નાણાકીય અથવા વીમા, સલાહ, સભાળ અથવા સારવાર લગતી માહિતી અથવા વીમિત સભ્યના સ્વાસ્થ્યને લગતી અન્ય કોઈ માહિતી જેમા માનસિક બીમારી, ઔષધ સેવન, દારૂ સેવન, એચઆઈવી (એઈડસ) અને અથવા જાતીય રોગ સંક્રમણ માહિતી નો સમાવશ છે, તે પીએનબી મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લિ., એની કોઈ કચેરી, અથવા ન્યાયાલય, અથવા અન્ય કોઈ તપાસ એજન્સી અથવા તેમના વતી કાર્ય કરતા સ્વતંત્ર વહીવટદાર ને જણાવવા અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ. આ અસલ અધિકૃતતાની ફોટો નકલને અસકરકારક અને માન્ય ગણવામાં આવશે.

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.

આ દાવા અરજીની પ્રક્રિયા કરવા અને અથવા અનુગામી સેવાઓ આપવા હું/અમો વધારામાં પીએનબી મેટલાઈફને મારા/અમારી કોઈ પણ વ્યક્તિગત અને સવેદનશીલ માહિતી જે પીએનબી મેટલાઈફે એકત્રિત કરી હોય અથવા તેમની પોસે હોય (કે આ પત્રક/અરજીમાં હોય અથવા અન્ય રીતે મેળવેલ હોય) જેમાં કેવાયસી દસ્તાવેજોનો પણ સમાવેશ હોઈ શકે, તે કોઈ વ્યક્તિ/સસ્થા/અસ્તિત્વ ધરાવતી વસ્તુ જે પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સકળાયેલ હોય અથવા સલગન હોય અથવા પીએનબી મેટલાઈફે રોકેલ હોય જેમાં ફરીથી વિમો લેનાર, દાવો તપાસ એજન્સી (સસ્થા), વિક્રેતાઓ અને ઔદ્યોગિક સગઠનો/મહામડળ સહીતને ઉપયોગ કરવા અને જાહેર કરવા સમતી આપીએ છીએ અને અધિકૃત કરીએ છીએ.

#### Declaration by Group Policy Holder

સમુહ પોલીસી ધારકનું એકરારનામું

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.

અમો પુષ્ટિ કરીએ છીએ કે વીમિત સભ્યની ઉપરોક્ત જણાવેલ માહિતી સહિતની ઉપરોક્ત માહિતી અમારી જાણ અને માન્યતા મજબૂત હોઈ છે અને અમારા સતવાર દફતર પરથી લેવામાં આવેલ છે.

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

સમુહ પોલીસી ધારક કંપનીના શીલ સહિતની અધિકૃત સહી કરનારની સહી

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

નામ અને હોદ્દો: \_\_\_\_\_ સંપર્ક નં.: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_

#### Part B / ભાગ બી:

1) Please provide bank account number for all the Nominees / તમામ નામનિર્દેષ્ટોના બેન્ક ખાતા નંબર આપવા વિનતી:

Particulars / વિગત	Nominee 1 નામનિર્દેષ્ટ 1	Nominee 2 નામનિર્દેષ્ટ 2	Nominee 3 નામનિર્દેષ્ટ 3	Nominee 4 નામનિર્દેષ્ટ 4	Nominee 5 નામનિર્દેષ્ટ 5
Name / નામ					
Bank Account Number / બેન્ક ખાતા નંબર					
IFSC Code / આઈએફએસસી કોડ					

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

જીવન વીમાનો લાભ લેનાર/રા નામનિર્દેષ્ટ/ટો ની નીચે જણાવેલ વિગત જીપોએચ રેકર્ડ મુજબ જણાવવા વિનતી:

SL. No. ક્ર. સં.	Nominee Name નામનિર્દેષ્ટનું નામ	Relationship સબંધ	Benefit Share in % લાભમા ભાગ % પ્રમાણે	Address of Nominee નામનિર્દેષ્ટનું સરનામું

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following / માદગી અથવા અકુદરતી કારણે થયેલ મત્યુના કિસ્સામાં નીચેની આવશ્યકતા છે:

Types of illness and date of diagnosis માદગીનો પ્રકાર અને નિદાનની તારીખ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment આપવામાં આવેલ સારવારની વિગત અને વીમિતે જે હોસ્પિટલમાં સારવાર મેળવેલ તેની વિગતો	
Details of accident (for unnatural death) અકસ્માતની વિગત (અકુદરતી મૃત્યુ માટે)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted જે હોસ્પિટલમાં મરણોત્તર તપાસ કરવામાં આવેલ તે હોસ્પિટલનું નામ અને સરનામું	
Name and address of police station to which accident was reported જે પોલીસ ઠાણમાં અકસ્માતની જાણ કરવામાં આવી હતી તેનું નામ અને સરનામું	

#### Declaration and authorization by Beneficiary

લાભાર્થી દ્વારા ઘોષણા અને અધિકૃતતા

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.

હું/અમો, ઉપરોક્ત નામિત દાવેદારો સત્યનિષ્ઠાપૂર્વક જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત વિધાનો ખરા છે અને સમત થાઉં છું કે કંપની ધ્વારા આ ફોર્મ, અથવા અન્ય કોઈ પૂરક ફોર્મ પુરુ પાડવાથી એ સ્વીકારેલ નથી કે સવાલવાળી વ્યક્તિનો કોઈ જીવન વીમો ચાલુ હતો અથવા કોઈ હક કે બચાવ જતાં કરેલ છે. સભ્યની તબિબી સારવાર/તપાસ દરમ્યાન મળેલી ખાનગી માહિતી કોઈ કાયદા, રિવાજ અથવા રીત મુજબ જાહેર કરવા પર પ્રતિબંધ હોવા છતાં પણ.

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

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ : યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, 7મો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 M G રોડ, બેંગ્લોર - 560001. કર્ણાટક. ઈ આર ડી એ ઓફ ઇન્ડિયા રજિસ્ટ્રેશન નંબર 117.

સી.ઈ. નં. U66010KA2001PLC028883, અમને ટોલ ફ્રી 1-800-425-6969 પર કોલ કરો, વેબસાઇટ: www.pnbmetlife.com, ઇમેઇલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in

અથવા 1લો માળ, ટેકનિપ્લેક્સ - 1, ટેકનિપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ, ઓફ વીર સાર્કર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

Version 2.0 / Feb'20

સંસ્કરણ 2.0 / ફેબ્રુઆરી 20

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.

હુ/અમો આથી કોઈ તબીબ અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ, અથવા કોઈ રુગણાલય, આરોગ્ય ભવન, તબીબી વ્યવસાયિક, રુગણાલય અથવા અન્ય કોઈ તબીબી જતન સંસ્થા, વીમા સમર્થન સંસ્થા, ઔષધશાળા, સરકારી એજન્સી, વીમા કંપની, નિયંત્રકતા, લાભ યોજના વહીવટદાર, હિસાબનીશ અથવા નાણાકીય સલાહકાર અથવા અન્ય કોઈ સંસ્થા ને સભ્યની રોજગાર, નાણાકીય અથવા વીમા, સલાહ, સમાજ અથવા સારવાર લગતી માહિતી અથવા વીમિત સભ્યનસ તબીબતને લગતી અન્ય કોઈ માહિતી જેમા માનસીક બીમારી, ઔષધ સેવન, દારૂ સેવન, એચઆઈવી (એઈડસ) અને અથવા જાતીય રોગ સંક્રમણ માહિતી નો સમાવેશ છે, તે પીએનબી મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લી., એની કોઈ કચેરી, અથવા ન્યાયાલય, અથવા અન્ય કોઈ તપાસ એજન્સી અથવા તેમના વતી કાર્ય કરતા સ્વતંત્ર વહીવટદાર ને જણાવવા અધિકૃત કરુ છુ/કરીએ છીએ. આ અસલ અધિકૃતતાની ફોટો નકલને અસકરકારક અને માન્ય ગણવામા આવશે.

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.

આ દાવા અરજીની પ્રક્રિયા અને અથવા અનુગામી સેવાઓ આપવા હુ/અમો વધારામા પીએનબી મેટલાઈફને મારી/અમારી કોઈ પણ વ્યક્તિગત અને સવેદનશીલ માહિતી જે પીએનબી મેટલાઈફે એકત્રિત કરી હોય અથવા તેમની પોસે હોય (કે આ પત્રક/અરજીમા હોય અથવા અન્ય રીતે મેળવેલ હોય) જેમા કેવાયસી દસ્તાવેજોનો પણ સમાવેશ હોઈ શકે, તે કોઈ વ્યક્તિ/સંસ્થા/અસ્તિત્વ ધરાવતી વસ્તુ જે પીએનબી મેટલાઈફ સાથે સંકળાયેલ હોય અથવા સલગ્ન હોય અથવા પીએનબી મેટલાઈફે રોકેલ હોય જેમા ફરીથી વિમો લેનાર, દાવો તપાસ એજન્સી (સંસ્થા), વિકેતાઓ અને ઔદ્યોગિક સંઘનો/મહામંડળ સહીતને ઉપયોગ કરવા અને જાહેર કરવા સમતી આપીએ છીએ અને અધિકૃત કરીએ છીએ.

Signature of the Nominee of Insurance Claim / વીમા દાવેદાર નામનિર્દેશની સહી

Particulars / વિગત	Nominee 1 નામનિર્દેશ 1	Nominee 2 નામનિર્દેશ 2	Nominee 3 નામનિર્દેશ 3	Nominee 4 નામનિર્દેશ 4	Nominee 5 નામનિર્દેશ 5
Name of Nominee નામનિર્દેશનુ નામ					
Signature of Nominee નામનિર્દેશની સહી					
Contact No. સંપર્ક નં.					
Date તારીખ					

#### Declaration by Group Policy Holder

સમુહ પોલીસીધારકનુ એકરાર નામુ

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. અમો પુષ્ટિ કરીએ છીએ કે આ ફોર્મમા ઉલ્લેખ કરેલ નામનિર્દેશ /ટો ને કર્મચારીએ તેના/તેણીના જીવન વીમા ના લાભો સમર્પિત કરવા નામાકિત કર્યા છે.

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

માસ્ટર પોલીસી ધારક કંપનીના શીલ સહિતની અધિકૃત સહી કરનારની સહી

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
નામ અને હોદ્દો: \_\_\_\_\_ સંપર્ક નં.: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_

#### Documents required

આવશ્યક દસ્તાવેજો

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder  
સમુહ પોલીસી ધારકે પ્રમાણીત કરેલ નગરપાલીકા સત્તાધિશ/ગ્રામ પચાયતે આપેલ અસલ મરણ પ્રમાણપત્ર અથવા તેની નકલ
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book  
નામનિર્દેશની વિગતો તે બેન્ક વિગત અને એક રદ કરેલ ચેકનુ પાનુ અથવા પાસ બુક ની નકલ સાથે
- 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  
અકુદરતી મૃત્યુના કીસ્સામા (જેવાકે આપઘાત, અકસ્માતથી મૃત્યુ). એફઆઈઆર ની નકલ, મરણોત્તર તપાસ (પોસ્ટમોર્ટમ), અહેવાલ અહેવાલ અને પોલીસ અપમૃત્યુ તપાસ અહેવાલ (જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણીત કરેલ) જરૂરી છે
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH  
જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણીત કરેલ નામનિર્દેશનો આઈડી અને સરનામાના પુરાવાઓ

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

નોંધ: ઉપરોક્ત દસ્તાવેજ રજીસ્ટ્રેશન માટે જરૂરી છે, દાવાઓની પ્રક્રિયા માટે કંપની વધારાના દસ્તાવેજ માટે જણાવી શકે છે

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

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ : યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, 7મો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 M G રોડ, બેંગ્લોર - 560001. કર્ણાટક. ઈ આર ડી એ ઓફ ઈન્ડિયા રજિસ્ટ્રેશન નંબર 117.  
સી.ઈ. નં. U66010KA2001PLC028883, અમને ટોલ ફ્રી 1-800-425-6969 પર કોલ કરો, વેબસાઇટ: www.pnbmetlife.com, ઈમેલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in  
અથવા 1લો માળ, ટેકનિપ્લેક્સ - 1, ટેકનિપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ, ઓફ વીર સાર્કર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203