

## Claimant Statement for Death Claim – Form A

### ਮੌਤ ਦਾਅਵੇ ਲਈ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਬਿਆਨ - ਫਾਰਮ A

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਬਿਆਨ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮਨਜ਼ੂਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

The Form is to be filled in one color by one person in single ink only

ਫਾਰਮ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਰੰਗ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਹੈ, ਸਿਰਫ ਇਕ ਸਿਆਹੀ ਨਾਲ

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below

ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਮਾ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠਲੇ ਪੇਜ ਤੇ "ਦਾਅਵੇ ਐਨੀ" ਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

All supporting documents to be self - attested by nominee

ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਸਵੈ-ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਪਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਸਪਲੋਗਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

#### Documents to be Submitted

ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

Mandatory Documents ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼	Additional documents* to be submitted ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼* ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣੇ
<ol style="list-style-type: none"> <li>Copy of death certificate issued by local municipal authority ਸਥਾਨਕ ਮਿਊਨਿਸਪਲ ਅਥਾਰਟੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਮੌਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ</li> <li>Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਪਿਰਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ)</li> <li>Original policy document ਅਸਲੀ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇ</li> <li>Current address proof ਮੌਜੂਦਾ ਪਤਾ ਸਬੂਤ</li> <li>Photo identity proof ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ</li> <li>Cancelled cheque/ Copy of bank passbook ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁਕ ਦੀ ਚੈੱਕ / ਕਾਪੀ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਗਈ</li> <li>Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਤੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ, ਜੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੁਆਰਾ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਪਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ</li> </ol>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> <b>ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਕਦਰਤੀ ਮੌਤ ਮੌਤ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 ਬੀਤੇ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ (ਦਾਖਲਾ ਨੋਟ ਅਤੇ ਡਿਸਚਾਰਜ /ਮੌਤ ਦਾ ਸਬੋਪ ਅਤੇ ਟੈਸਟ / ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਆਦਿ) ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ.</li> </ol> <p><b>Accidental Death</b> <b>ਐਕਸੀਡੈਂਟਲ ਡੈਥ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report ਐਫਆਈਆਰ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਪਾਨਨਾਮਾ, ਇਨਕੁਆਇਰਿੰਗ ਰਿਪੋਰਟ, ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ</li> <li>Obituary/ Newspaper cutting (if available) ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ / ਅਖਬਾਰ ਕੱਢ (ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ)</li> <li>Viscera / Chemical analysis report (if applicable) ਵਿਸਕਰਾ / ਕੈਮੀਕਲ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਰਿਪੋਰਟ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)</li> <li>Final police investigation report ਫਾਈਨਲ ਪੁਲਿਸ ਨੇ ਇਨਵੇਸਟੀਗੇਟਿੰਗ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ</li> </ol>

\*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given above, if required.

\*ਪੀ.ਐੱਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਈਫ ਕੋਲ ਉਪਰੋਕਤ ਦਿੱਤੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ /ਸਬੂਤ ਨੂੰ ਬੁਲਾਉਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ.

#### 1. POLICY NUMBER/S

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ / ਐਸ

#### 2. DETAILS OF THE CLAIMANT

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 Gender:  Male  Female  
ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_ ਲਿੰਗ:  ਮਰਦ  ਔਰਤ

Relationship with Life Insured: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_  
ਲਾਈਫ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਰਵੱਈਆ: \_\_\_\_\_ ਮੋਬਾਈਲ / ਲੈਂਡਲਾਈਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_  
ਮੌਜੂਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Pin Code: \_\_\_\_\_  
ਸ਼ਹਿਰ: \_\_\_\_\_ ਰਾਜ: \_\_\_\_\_ ਪਿੰਨ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

Email ID: \_\_\_\_\_  
ਈਮੇਲ ID: \_\_\_\_\_

PAN No./ Form 60: \_\_\_\_\_ \*Aadhaar number: 

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ ਫਾਰਮ 60: \_\_\_\_\_ \*ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

\*Only last 4 digits to be mentioned.  
\*ਕੇਵਲ ਆਖਰੀ 4 ਅੰਕ ਦਰਸਾਏ ਜਾਣ।

#### 3. BANKING DETAILS

ਬੈਂਕਿੰਗ ਵੇਰਵੇ

Bank Account No.: \_\_\_\_\_ Account holder name: \_\_\_\_\_  
ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Address of the Bank: \_\_\_\_\_  
ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਬੈਂਕ ਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
ਰਾਜ: \_\_\_\_\_ ਪਿੰਨ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

MICR: 

ਐਮ ਆਈ ਸੀ ਆਰ:

IFSC: 

ਆਈ ਐਫ ਐਸ ਸੀ:

Payout option:

ਭੁਗਤਾਨ ਚੋਣ:

 Lump sum ਉੱਕਾ ਪੁੱਕਾ Regular Payment ਨਿਯਮਤ ਅਦਾਇਗੀ Annuity (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.) ਐਨੂਅਟੀ (ਵਿਕਲਪ ਪਾਲਸੀ ਦੀਆਂ ਲਾਗੂ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹਨ.)

## 4. LIFE INSURED DETAILS

ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੁਰਡ ਵੇਰਵੇ

Name of the life insured: \_\_\_\_\_ Date of Death: 

ਜੀਵਨ ਬੀਮੇ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਮੌਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

Time of Death:  AM/PMPlace of Death:  Home  Hospital  Office Others (please Specify Others / Hospital name) \_\_\_\_\_

ਮੌਤ ਦਾ ਸਮਾਂ: \_\_\_\_\_ AM/PM

ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ:  ਘਰ  ਹਸਪਤਾਲ  ਦਫਤਰ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੂਜਾ / ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ) \_\_\_\_\_Cause of Death:  Accident  Murder  Suicide  Natural  Illness  Others (please specify) \_\_\_\_\_ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ:  ਐਕਸੀਡੈਂਟ  ਕਤਲ  ਖੁਦਕੁਸ਼ੀ  ਕੁਦਰਤੀ  ਬੀਮਾਰੀ  ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰੋ) \_\_\_\_\_

## 5. NATURE OF ILLNESS &amp; HABITS

ਬੇਅਰਾਮੀ ਅਤੇ ਆਦਤ ਦੇ ਗੁਣ

Date of Diagnosis

ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ

 Hypertension  Diabetes  Asthma  IHD  Malignancy  Others (please specify) \_\_\_\_\_ ਹਾਈਪਰਟੈਨਾ ਨ  ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼  ਦਮਾ  ਆਈਐਚਡੀ  ਮਲੀਗਨੈਂਸੀ  ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰੋ) \_\_\_\_\_ Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs- if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_

Quantity consumed \_\_\_\_\_ (Per-Day/Week/Month).

 ਸਿਗਰਟ ਪੀਣਾ  ਸ਼ਰਾਬ  ਤੰਬਾਕੂ  ਡਰੱਗ - ਜੇ ਹਾਂ, ਖਪਤ ਦਾ ਸਮਾਂ \_\_\_\_\_

ਖਪਤ ਦੀ ਮਾਤਰਾ \_\_\_\_\_ (ਪ੍ਰਤੀ-ਦਿਨ / ਹਫਤੇ / ਮਹੀਨਾ).

## 6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS

ਨੌਕਰੀਦਾਰ / ਕਾਰੋਬਾਰ / ਕਾਰ ਵੇਰਵੇ

Last Employer's name/Business/Occupation: \_\_\_\_\_

ਆਖਰੀ ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ / ਕਾਰੋਬਾਰ / ਕਿੱਤਾ: \_\_\_\_\_

Nature of work/designation: \_\_\_\_\_

ਕੰਮ / ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਦੀ ਕਿਸਮ: \_\_\_\_\_

Employment/Business/Occupation Address: \_\_\_\_\_

ਰੋਜ਼ਗਾਰ / ਵਪਾਰ / ਕਿੱਤਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_

ਰਾਜ: \_\_\_\_\_ ਪਿੰਨ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_ ਮੋਬਾਈਲ / ਲੈਂਡਲਾਈਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

## 7. NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL/DOCTORS/HOSPITAL WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH

ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਭ/ਡਾਕਟਰਾਂ/ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ ਜਿੱਥੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ

Name of Doctor/Hospital ਡਾਕਟਰ / ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ	Address and Contact Details ਪਤਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ	Disease/Condition Treated For ਬੀਮਾਰੀ / ਹਾਲਤ ਲਈ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	Treatment Dates (From-To) ਇਲਾਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਪ੍ਰਤੀ-ਤੋਂ)

## 8. DETAILS OF OTHER LIFE INSURANCE POLICIES OF THE LIFE INSURED

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਸੀਆਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

Name of Life Insurance Company ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	Policy Number/s ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ / ਸ	Policy Commencement Date ਪਾਲਿਸੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮਿਤੀ	Coverage Amount (Rs.) ਕਵਰੇਜ ਰਾਸ਼ੀ (ਰੁਪਏ)	Claim Submitted ਦਾਅਵਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
				YES/NO ਹਾਂ/ਨਹੀਂ
				YES/NO ਹਾਂ/ਨਹੀਂ
				YES/NO ਹਾਂ/ਨਹੀਂ

**Declaration and Authorization**

**ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ**

I/We, the above named Claimant(s), do solemnly declare that the above answers and statements are true in all respects, and I/ we further agree that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted any liability or waived any of its rights.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਦਾਅਵੇਦਾਰ (ਦਾਅਵੇਦਾਰ), ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਘਾ ਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਵਾਬ ਅਤੇ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਹਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਸਿਹਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਫਾਰਮ PNB MetLife ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੋਵਾਰੀ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ ਅਧਿਕਾਰ. ਨਹੀਂ ਛੱਡੇ ਹਨ।

I/We hereby authorize the physicians/doctors or hospitals, medical centers, who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Companies which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/ past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnostic 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 or other details which he/they may have acquire whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. A Photo Copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ / ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਉਪਰੋਕਤ ਮਿਤ੍ਰਕ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਬੀਮਾਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਬੀਮੇ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਧਿਆਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਚ ਉਪਰੋਕਤ ਮਿਤ੍ਰਕ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ. ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮੇ ਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਸਹਿਯੋਗੀਆਂ, ਜਨਮ ਅਤੇ ਮੌਤ ਰਜਿਸਟਰਾਰ, ਨਿਦਾਨ ਸੈਂਟਰ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਗਤ ਵਿਅਕਤੀਗਤ / ਸਰਕਾਰੀ / ਬੀਮਾ ਸੰਬੰਧਿਤ ਮੈਡੀਕਲ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਮਿਤ੍ਰਕ ਦੇ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਹੋਰ ਵੇਰਵਿਆਂ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨਾ ਪੀ.ਐੱਨ.ਬੀ. ਮੈਬਲਾਈਫ ਦੁਆਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿਚ ਉਸ ਨੂੰ ਕੀ ਐਕੁਆਇਰ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਮੂਲ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

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 or obtained otherwise) which may include KYC document to any individual/organisation/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife including reinsures, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਸਿਹਮਤ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ, (ਚਾਹੇ ਇਸ ਕਥਨ ਵਿੱਚ ਹੈ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਈ) ਨਾਲ ਮੇਰੀ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸਵਿਦਨਾਹੋਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੇ.ਵਾਈ.ਸੀ. ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ / ਸੰਸਥਾ / ਹਸਤੀ ਜੋ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਦੁਬਾਰਾ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕਰੇਤਾ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗਿਕ ਐਸੋਸੀਏ ਨ / ਫੈਡਰਾ ਨ, ਇਸ ਕਲਾਈ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਆ ਦੇ ਉਦੇ ਲਈ / ਜਾਂ ਅਗਲੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ।

Signature/ Left Thumb impression of Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

ਹਸਤਾਖਰ/ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਦਾ ਦਾਹਵਾ \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ \_\_\_\_\_

**Declaration by the person filling in the Claim form. (in case the Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)**

**ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਭਰੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ। (ਜੇਕਰ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਅਰਜੀ ਫਾਰਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ/ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ)**

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant

ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੇ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਹੈ।

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਬਾਰੇ ਮੈਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਈ ਸਮੱਗਰੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਕਲੇਮ ਲਈ ਇਸ ਦੇ ਮਹੱਤਵ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ

DATE ਮਿਤੀ	PLACE ਸਥਾਨ	Signature of the Declarant ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ
Name of Witness: _____ ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ:	Signature of Witness: _____ ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:		
Address of Witness: _____ ਗਵਾਹ ਦਾ ਪਤਾ:	Place: _____ ਸਥਾਨ:		
Date: _____ ਮਿਤੀ:	Place: _____ ਸਥਾਨ:		

**DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP**  
**ਮੌਤ ਦੇ ਕਲੇਮ ਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਸਿਲ੍ਹਪ**

Policy number(s) \_\_\_\_\_  
ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Name of claimant \_\_\_\_\_  
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ

Branch name & code \_\_\_\_\_  
ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ

Date: \_\_\_\_\_ Employee name & Code \_\_\_\_\_  
ਮਿਤੀ: ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ

Company Seal & Stamp with Date and time ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਮੇਤ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਸੀਲ ਅਤੇ ਮੋਹਰ

- Documents Submitted: ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਖਲ ਕੀਤੇ:
- Original Policy Document ਪਾਲਿਸੀ ਦਾ ਅਸਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
  - Claimant's photo identity proof ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ
  - Claimant's Current address Proof ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਵਰਤਮਾਨ ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ
  - Cancelled cheque / Copy of bank passbook ਕੈਸਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ/ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁਕ ਦੀ ਕਾਪੀ
  - Copy of death certificate issue by local municipal authority ਸਥਾਨਕ ਮਿਊਨਿਸਪਲ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਮੌਤ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ
  - Medical Documents (if any) ਮੈਡੀਕਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਵੇ)
  - Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor) ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਵਲੋਂ)
  - Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਵਲੋਂ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਫੋਟੋ ਜੇਕਰ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਤੀਜੀ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੋਵੇ

This acknowledgement slip should not be constructed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.  
ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਇਸ ਰਸੀਦ ਨੂੰ ਕਲੇਮ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ। ਕੰਪਨੀ ਕੋਲ ਕਲੇਮ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲੋੜ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਹੈ।

**Terms and Conditions:**

**ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ:**

1) The submission of the filled up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be constructed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

ਲੋੜੀਂਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਭਰੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣਾ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਤਿਹਤ ਸਾਡੀ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਹੈ. ਕੋਈ ਏਜੰਟ / ਵਿਚੋਲਗੀਰ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

2) Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਕੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਹੋਵੇਗੀ. ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਅਪੂਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਾ ਜਮਹੀ ਕਰਨ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗੀ।

**For Office Use Only**

**ਦਫਤਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਸਿਰਫ**

Branch to Affix **the date and time stamp** here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate

ਬਰਾਂਚ ਤੋਂ ਏਐਸਵੀ / ਏਐਸਵੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦੇ ਨਾਲ **ਇੱਥੇ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਟਾਈਮ** ਮੋਹਰ ਲਗਾਓ ਬਰੈਂਚ ਸਰਵਿਸ ਐਸੋਸੀਏਟ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

Application No.: \_\_\_\_\_

ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰ.: \_\_\_\_\_

HO, Claims to Affix the date seal here.  
(Time, if received directly.)

ਹੋ, ਇੱਥੇ ਤਾਰੀਖ ਸੀਲ ਦੀ ਹਲਫਨਾਮੇ ਲਈ ਦਾਅਵਾ.

(ਟਾਈਮ, ਜੇ ਸਿੱਧੇ ਪਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ.)

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ

ਰਜਿਸਟਰਡ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7ਵੀਂ ਮੰਜਿਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਾਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਮੀ ਗ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117.

CI ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883 ਸਾਨੂੰ 1-800-425-6969 ਤੇ ਟੋਲ-ਫਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ਈਮੇਲ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ 1 ਵੀਂ ਮੰਜਿਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਾਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਓ (ਪੱਛਮੀ), ਮੁੰਬਈ - 400062 ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203