

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

ਮੌਤ ਦੇ ਕਲੇਮ ਲਈ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ (ਐਸਐਸਜੀ ਅਤੇ ਸਫ਼ੀਯ)

Group Policy Number ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਸੰਖਿਆ											
Group Policy Holder Name ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ											
Member number ਮੈਂਬਰ ਨੰਬਰ											
Date of Joining the Policy ਪਾਲਿਸੀ ਜੁਆਇਨ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ											
Certificate Number ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰਬਰ											
Loan disbursement date ਲੋਨ ਵਿਤਰਣ ਦੀ ਮਿਤੀ											
Outstanding loan as of date of death of member ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ 'ਤੇ ਬਕਾਇਆ ਲੋਨ											
<b>Details of the Insured Member:</b>											
<b>ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ:</b>											
Full name ਪੂਰਾ ਨਾਮ											
Residential Address ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ											
<input type="checkbox"/> Form 60 ਫਾਰਮ 60	<input type="checkbox"/> PAN No. ਪੈਨ ਨੰਬਰ										
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
Gender ਲਿੰਗ	<input type="checkbox"/> Male ਪੁਰਸ਼ <input type="checkbox"/> Female ਔਰਤ										
Nature of occupation ਪੇਸ਼ੇ ਦੀ ਪ੍ਰਾਕਿਰਤੀ	Age at death: ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਉਮਰ:										
Date of birth (as per records) ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਨੁਸਾਰ)											
Date of death and Time of Death ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਮੌਤ ਦਾ ਸਮਾਂ											
Cause of death ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਣ											
Place of death ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ											
<b>In case of death due to illness</b>											
<b>ਜੇਕਰ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਣ ਮੌਤ ਹੋਈ ਹੋਵੇ</b>											
When and where did the insured member give first indication of falling ill ਬੀਮਿਤ ਮੈਂਬਰ ਨੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਸੰਕੇਤ ਕਦੋਂ ਅਤੇ ਕਿੱਥੇ ਦਿੱਤਾ ਸੀ											
Date and type of illness ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਕਿਸਮ											
Treatment given ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਇਲਾਜ											

Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness ਆਖਰੀ ਵੇਲੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰਾ ਕੀਤਾ ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness ਆਖਰੀ ਵੇਲੇ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਜਿਸ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ	

**In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents**  
**ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਾਰਣ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ:** ਐਫਆਈਆਰ ਅਤੇ ਪੀਐਮਆਰ (ਜੀਪੀਐਚ ਰਾਹੀਂ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ) ਦੇ ਕਲੇਮ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਮੇਤ ਫਾਇਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ

Date and Time of accident ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ	
Details of accident ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	
Address of Police Station to which the accident was reported ਉਸ ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਪਤਾ ਜਿਸ ਨੂੰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ	
FIR number ਐਫਆਈਆਰ ਨੰਬਰ	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿਸ ਤੋਂ ਪੋਸਟ-ਮੌਰਟਮ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ	
<b>Details of Claimant/Nominee</b> <b>ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਨਾਮਿਨੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ</b>	
Name of the claimant ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ	
Relationship with the insured and % of Share ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਅਤੇ ਸ਼ੇਅਰ ਦਾ %	
Address of the claimant ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪਤਾ	
Contact details Email and phone number ਸੰਪਰਕ ਲਈ ਵੇਰਵੇ ਈਮੇਲ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
<b>Claimant/Nominee's Bank details</b> <b>ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਨਾਮਿਨੀ ਦੇ ਬੈਂਕ ਦੇ ਵੇਰਵੇ</b>	
Bank Name and complete address ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਪਤਾ	
Account type ਖਾਤੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current ਬੱਚਤ                      ਚਾਲੂ
Bank account number ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ	
MICR code: ਐਮਆਈਸੀਆਰ ਕੋਡ:	IFSC Code: ਆਈਐਫਆਈਸੀ ਕੋਡ:

**Declaration from Claimant / Nominee**

**ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਨਾਮਿਨੀ ਵਲੋਂ ਘੋਸ਼ਣਾ**

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ \_\_\_\_\_ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਸਵਰਗੀ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ \_\_\_\_\_ ਦਾ / ਦੇ ਨਾਮਿਨੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਿਸ ਹਾਂ ਜਿਸ ਦਾ ਜੀਵਨ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਬਿਲਕੁਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਪਾਲਿਸੀ ਤਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਰਾਸ਼ੀ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਇਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪਾਲਿਸੀ ਕਾਰਣ ਮ੍ਰਿਤ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਬੀਮਾ ਕਵਰ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਨਿਰਵਿਵਾਦ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਡਿਸਚਾਰਜ਼ ਮੰਨਿਆ ਜਾਏਗਾ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਚਿਕਿਤਸਕਾਂ / ਡਾਕਟਰਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰਾਂ ਆਦਿ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ ਲਈ ਮ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਟੈਂਡ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਸੀ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮਿਤ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀਆਂ ਸਨ, ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵਰਤਮਾਨ / ਪਿਛਲੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਬਿਜ਼ਨੈਸ ਐਸੋਸੀਏਟਸ, ਜਨਮ ਅਤੇ ਮੌਤ ਰਜਿਸਟਰਾਰ, ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਸੈਂਟਰ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਮ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗਿਆਨ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਹੋਣ ਜਾਂ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ ਜੋ ਉਸ ਨੇ / ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਹੋਣ ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਇਫ ਦੁਆਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਬੀਮੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਹੋਣ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੰਡਣ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿੱਜੀ / ਦਫਤਰੀ / ਬੀਮੇ ਸੰਬੰਧੀ ਮੈਡੀਕਲ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਏ ਹੋਣ। ਇਸ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਦੀ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਨੂੰ ਅਸਲ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੀ ਵੈਧ ਸਮਝਿਆ ਜਾਏਗਾ। ਜਦੋਂ ਕਿ ਦਰਸਾਈ ਗਈ ਕਵਰੇਜ਼ ਬਕਾਇਆ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਸਵਰਗੀ \_\_\_\_\_ ਰਾਹੀਂ ਲਈ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ \_\_\_\_\_ ਬੈਂਕ / ਵਿੱਤੀ ਅਦਾਰੇ / ਜੀਪੀਐਚ ਵਲੋਂ ਉਸ ਰਾਹੀਂ ਲਏ ਗਏ ਲੋਨ ਤਹਿਤ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੈ, ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ \_\_\_\_\_ ਰੁਪਏ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਬਕਾਇਆ ਲੋਨ ਦੇ ਡਿਸਚਾਰਜ਼ / ਆਂਸ਼ਿਕ ਡਿਸਚਾਰਜ਼ ਲਈ ਬੈਂਕ / ਵਿੱਤੀ ਅਦਾਰੇ / ਜੀਪੀਐਚ ਨੂੰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਨੁਰੋਧ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਦੱਸੀ ਗਈ ਬਕਾਇਆ ਰਾਸ਼ੀ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਕਾਏ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦਾ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਜਿਸ ਨੂੰ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਣ ਅਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰਭਾਵ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਜੇ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਬਕਾਇਆ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਥੇ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਵੇਰਵੇ ਸੱਚੇ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਹਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਇਫ ਕੋਲ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਰਾਹੀਂ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ / ਉਪਲਬਧ ਸਵੈਦਨਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਡੇਟੇ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਟੀਕਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ (ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਇਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਜੋ ਇਸ ਕਲੇਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸੈਸ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਨਿਰੰਤਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ, ਪੁਨਰ-ਬੀਮਿਆਂ, ਕਲੇਮ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਰੋਧਾਵਾਂ ਅਤੇ ਇੰਡਸਟਰੀ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨਾਂ / ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸਹਿਤ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਇਫ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਂ ਐਫਿਲੀਏਟਿਡ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ / ਸੰਗਠਨ / ਇਕਾਈ ਲਈ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਕੋਵਾਈਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

Signature/ Thumb impression of Claimant/s \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

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

**ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਜਿੱਥੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੇ ਆਪਣਾ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ / ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ,**

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.

ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ, ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਉਸ / ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ \_\_\_\_\_ ਵਿੱਚ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਨੇ ਮੇਰੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ / ਆਪਣਾ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ।

Name: \_\_\_\_\_ Contact No. \_\_\_\_\_  
ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_  
ਦਸਤਖਤ \_\_\_\_\_

## DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER

ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਵਲੋਂ ਘੋਸ਼ਣਾ

a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy ਬੀਮਿਤ ਰਾਸ਼ੀ ਜਿਸ ਲਈ ਬੀਮਿਤ ਨੂੰ ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਤਹਿਤ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ	
b) Original amount of Loan ਲੋਨ ਦੀ ਅਸਲ ਰਾਸ਼ੀ	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ਲੋਨ ਲਈ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਰਿਕਵਰੀਆਂ ਦੇ ਵਿਵਰਣ	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ 'ਤੇ ਲੋਨ ਦੀ ਬਕਾਇਆ ਰਾਸ਼ੀ	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) ਬਕਾਇਆ ਕਲੇਮ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ (ਨਾਮਿਨੀ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਰਾਸ਼ੀ)	

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.

ਅਸੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਸਵਰਗੀ ....., ਜਿਸ ਦੇ ਮੌਤ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੂੰ ਇਸ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਉਹ ਉੱਪਰ ਦਰਸਾਈ ਗਈ ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਦਾ ਇੱਕ ਮੈਂਬਰ ਸੀ। ਅਸੀਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਉੱਪਰ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਵਿਵਰਣ ਸਾਰੇ ਪੱਖਾਂ ਤੋਂ ਸੱਚ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਣ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਰਿਫੰਡ ਕਰਨ ਦਾ ਵਚਨ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਸਾਨੂੰ ਬਹੁਤਾਤ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਲਈ ਬਕਾਇਆ ਨਹੀਂ ਹੈ।

Verified &amp; Recommended by

ਤਸਦੀਕ ਅਤੇ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਕਰਤਾ

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਮੋਹਰ)

Name:

ਨਾਮ:

Date:

ਮਿਤੀ:

Signature of the official

ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ