

Employer Employee Death Claim Form / ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਕਰਮਚਾਰੀ ਡੈਥ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)

(ਸਮੂਹ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ (ਜੀਪੀਐਚ) ਅਤੇ ਸਮੂਹ ਸਮੂਹ ਬੀਮਾ ਸਕੀਮਾਂ ਲਈ ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ)

Part A / ਭਾਗ ਏ:

- 1) Group Policy No / ਗਰੁੱਪ ਨੀਤੀ ਨੰਬਰ: _____ 2) Member ID / ਸਦੱਸ ID: _____
- 3) Employee ID / ਕਰਮਚਾਰੀ ID: _____ 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
- ਮ੍ਰਿਤ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਮੌਜੂਦਾ ਅਹੁਦਾ / ਬੈਂਡ / ਗਰੇਡ: _____
(ਲਾਗੂ ਦੀਮਤੀ ਦੇ ਨਾਲ) ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ / ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ: _____
- 6) Name of Group Policyholder / ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____
- 7) Date of Birth of Insured / ਬੀਮੇ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: _____ 8) Date of Joining the Service / ਸੇਵਾ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____
- 9) Date of Death / ਮੌਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____ 10) Place and Cause of Death / ਸਥਾਨ ਅਤੇ ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ: _____

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) ਆਖਰੀ ਡਰਾਇਆ ਤਨਖਾਹ: (ਜੀ.ਟੀ.ਟੀ. / ਐੱਫ.ਐੱਸ.ਐੱਲ. ਸਕਾਈਮ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਫਐਸਐਲ ਦਾਅਵ ਲਈ ਮੁਢਲੀ ਤਨਖਾਹ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ. ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਹਵਾਲੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜ਼ਰੂਰੀ ਤਨਖਾਹ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ)	Monthly / ਮਹੀਨਾਵਾਰ	Annual / ਸਲਾਨਾ

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention / ਪਿਛਲੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ / ਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਲਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਲੀਵ ਦੇ ਵੇਰਵੇ.

From Date / ਮਿਤੀ ਤੋਂ	To Date / ਮਿਤੀ ਤੱਕ	No. of Days / ਦਿਨ ਦੀ ਗਿਣਤੀ	Type of Leave / ਛੁੱਟੀ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ	Reason / ਕਾਰਨ

- 13) Sum Assured / ਬੀਮੇ ਦੀ ਰਕਮ: _____
- 14) PF Account Number of Insured Member / ਬੀ.ਐੱਸ.ਏ. ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: _____ (Mandatory for EDLI Claim) (ਈਡੀਐਲ ਕਲੇਮ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ)
- 15) Please confirm employment status of the employee as on date of death / ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੌਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਿਥਤੀ ਨੂੰ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ:
Permanent / ਸਥਾਈ Contractual / ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ
- 16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਜੁਆਇਨ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਕਰਮਚਾਰੀ ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕੰਮ 'ਤੇ ਸੀ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ

**Declaration and authorization by Group policy holder
ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ**

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ, ਉਪਰੋਕਤ ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਇਹ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪੁਰਾਣੇ ਬਿਆਨ ਸੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਿਹਮਤ ਹਨ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਹੋਰ ਕੋਈ ਪੂਰਕ ਪੂਰਕ, ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਗਠਨ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਜਾਂ ਬਚਾਅ ਪੱਖ ਦੇ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਛੋਟ ਤੋਂ ਛੋਟ. ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨ, ਕਸਟਮ ਜਾਂ ਵਰਤੋਂ, ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗੁਪਤ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ 'ਤੇ ਰੋਕ ਨਾ ਲਾਉਣਾ.

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.

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

ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫ਼ਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7 ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਲ, ਵੇਫਟ ਟਾਵਰਜ਼, ਰਾਹੇਜ਼ਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐੱਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ -560001. ਭਾਰਤੀ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰੈਗਿਸਟਰ ਨੰਬਰ 117
ਸੀ ਆਈ ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883, ਸਾਡੇ ਕੋਲ 1-800-425-6969 ਤੇ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com. ਈ-ਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ 1 ਫੁੱਟ ਫਲੋਰ, ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰਗਾਓਂ (ਵੇਫਟ), ਮੁੰਬਈ -400062 ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ. ਫੋਨ: + 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: + 91-22-41790134

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹਸਪਤਾਲ, ਹਸਪਤਾਲ, ਮੈਡੀਕਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਸਥਾ, ਬੀਮਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਸਥਾ, ਫਾਰਮੇਸੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ, ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਮਾਲਕ, ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਅਕਾਊਂਟੈਂਟ ਜਾਂ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਜਾਂ ਪੀ.ਐੱਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਫਤਰ, ਜਾਂ ਕੋਰਟ ਆਫ ਲਾਅ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਤਰਫ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੁਤੰਤਰ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਵਿੱਤ ਜਾਂ ਬੀਮੇ, ਸਲਾਹ, ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਮਾਨਿਸਕ ਬੀਮਾਰੀ, ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਐਚਆਈਵੀ (ਏਡਜ਼) ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋਕੋਪੀ ਨੂੰ ਮੂਲ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਕ 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/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.

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਿਮਤੀ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਕੋਲ ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਟੀਕਰਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਇਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/ਅਰਜੀ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ/ਸੰਸਥਾ/ ਇਕਾਈ ਲਈ ਕੋਵਾਈਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਮੁੜ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਕਲੇਮ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕ੍ਰੇਤਾ ਅਤੇ ਇੰਡਸਟਰੀ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ/ ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸਮੇਤ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਣ, ਐਫਿਲੀਏਟ ਹੋਣ ਜਾਂ ਵਿਅਸਤ ਹੋਣ, ਇਸ ਕਲੇਮ, ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿਰੰਤਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ।

Declaration by Group Policy Holder

ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਸੀ ਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ

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.

ਅਸੀਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਪਰੋਕਤ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸਾਡੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਉੱਤਮ ਹਨ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਕ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਸਾਡਾ ਜਨਮ ਹੋਇਆ ਹੈ।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੀ ਕੰਪਨੀ ਸੀਲ ਦੇ ਨਾਲ ਆਰੋਪਿਤ ਜਾਇਜ਼ ਹਸਤਾਖਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
 ਨਾਮ ਅਤੇ ਅਹੁਦੇ: _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

Part B / ਭਾਗ ਬੀ:

1) Please provide bank account number for all the Nominees / ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਦਿਉ:

Particulars / ਵੇਰਵੇ	Nominee 1 ਨਾਮਜ਼ਦ 1	Nominee 2 ਨਾਮਜ਼ਦ 2	Nominee 3 ਨਾਮਜ਼ਦ 3	Nominee 4 ਨਾਮਜ਼ਦ 4	Nominee 5 ਨਾਮਜ਼ਦ 5
Name / ਨਾਮ					
Bank Account Number / ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ					
IFSC Code / ਆਈ.ਐਫ.ਐਸ.ਸੀ ਕੋਡ					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records / ਜੀਪੀਐਚ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਅਨੁਸਾਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਲਾਭ ਲਈ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੇਠਲੇ ਡੇਟਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

SL. No. ਸਲੀ.ਨੰ.	Nominee Name ਨਾਮਜ਼ਦ ਦਾ ਨਾਮ	Relationship ਰਿਸ਼ਤਾ	Benefit Share in % ਲਾਭ% ਵਿੱਚ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋ	Address of Nominee ਨਾਮਜ਼ਦ ਦਾ ਪਤਾ

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following / ਬੀਮਾਰੀ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਕੁਦਰਤੀ ਕਾਰਣਾਂ ਕਰਕੇ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ:

Types of illness and date of diagnosis ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਤਸ਼ੀਹ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਜਿੱਥੇ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	
Details of accident (for unnatural death) ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਵੇਰਵਾ (ਗੈਰ ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ ਲਈ)	

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

ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7 ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਲ, ਵੇਫਟ ਟਾਵਰਜ਼, ਰਾਹੇਜ਼ਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ -560001. ਭਾਰਤੀ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰੈਗਿਸਟਰ ਨੰਬਰ 117 ਸੀ ਆਈ ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883, ਸਾਡੇ ਕੋਲ 1-800-425-6969 ਤੇ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com. ਈ-ਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ 1 ਫੁੱਟ ਫਲੋਰ, ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰਗਾਓਂ (ਵੇਫਟ), ਮੁੰਬਈ -400062 ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ. ਫੋਨ: + 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: + 91-22-41790134

Name and address of hospital where postmortem was conducted ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ	
Name and address of police station to which accident was reported ਜਿਥੇ ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ	

Declaration and authorization by Beneficiary

ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ, ਉਪਰੋਕਤ ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਇਹ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪੁਰਾਣੇ ਬਿਆਨ ਸੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਨ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਹੋਰ ਕੋਈ ਪੂਰਕ ਪੂਰਕ, ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਗਠਨ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਜਾਂ ਬਚਾਅ ਪੱਖ ਦੇ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਛੋਟ ਤੋਂ ਛੋਟ. ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨ, ਕਸਟਮ ਜਾਂ ਵਰਤੋਂ, ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ / ਜਾਂ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗੁਪਤ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ 'ਤੇ ਰੋਕ ਨਾ ਲਾਉਣਾ.

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.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹਸਪਤਾਲ, ਹਸਪਤਾਲ, ਮੈਡੀਕਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਸਥਾ, ਬੀਮਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਸਥਾ, ਫਾਰਮੇਸੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ, ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਮਾਲਕ, ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਅਕਾਊਂਟੈਂਟ ਜਾਂ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਜਾਂ ਪੀ.ਐੱਨ.ਬੀ. ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਫਤਰ, ਜਾਂ ਕੋਰਟ ਆਫ ਲਾਅ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੁਤੰਤਰ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਵਿੱਤ ਜਾਂ ਬੀਮੇ, ਸਲਾਹ, ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਮਾਨਿਸਕ ਬੀਮਾਰੀ, ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਐਚਆਈਵੀ (ਏਡਜ਼) ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਇਸ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਮੂਲ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਕ 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/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.

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਿਮਤੀ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਕੋਲ ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਟੀਕਰਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਇਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/ਅਰਜੀ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ/ਸੰਸਥਾ/ ਇਕਾਈ ਲਈ ਕੇਵਲੀ ਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਮੁੜ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਕਲੇਮ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕ੍ਰੇਤਾ ਅਤੇ ਇੰਡਸਟਰੀ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨਾਂ/ ਫੈਡਰੇਸ਼ਨਾਂ ਸਮੇਤ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਣ, ਐਫਿਲੀਏਟ ਹੋਣ ਜਾਂ ਵਿਅਸਤ ਹੋਣ, ਇਸ ਕਲੇਮ, ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿਰੰਤਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ.

Signature of the Nominee of Insurance Claim / ਬੀਮਾ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

Particulars / ਵੇਰਵੇ	Nominee 1 ਨਾਮਜ਼ਦ 1	Nominee 2 ਨਾਮਜ਼ਦ 2	Nominee 3 ਨਾਮਜ਼ਦ 3	Nominee 4 ਨਾਮਜ਼ਦ 4	Nominee 5 ਨਾਮਜ਼ਦ 5
Name of Nominee ਨਾਮਜ਼ਦ ਦਾ ਨਾਮ					
Signature of Nominee ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ					
Contact No. ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ					
Date ਤਾਰੀਖ					

Declaration by Group Policy Holder

ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ

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.
ਅਸੀਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਸਪੁਰਦ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ/ ਦਰਸਾਏ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਹੋਣਗੇ।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੀ ਕੰਪਨੀ ਸੀਲ ਦੇ ਨਾਲ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹਸਤਾਖਰਾਂ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____
ਨਾਮ ਅਤੇ ਅਹੁਦੇ: _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

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

ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7 ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਲ, ਵੇਫਟ ਵਿੰਗ, ਰਾਹੇਜ਼ਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ -560001. ਭਾਰਤੀ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰੈਗਿਸਟਰ ਨੰਬਰ 117
ਸੀ ਆਈ ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883, ਸਾਡੇ ਕੋਲ 1-800-425-6969 ਤੇ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com. ਈ-ਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ 1 ਫੁੱਟ ਫਲੋਰ, ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰਗਾਓਂ (ਵੇਫਟ), ਮੁੰਬਈ -400062 ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ. ਫੋਨ: + 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: + 91-22-41790134

Documents required**ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ**

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder
ਗਰੁੱਪ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਮੂਲ ਨਗਰ ਅਥਾਰਟੀ / ਗ੍ਰਾਮ ਪੰਚਾਇਤ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਮੌਤ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ ਦੀ ਅਸਲ ਜਾਂ ਕਾਪੀ
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book
ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਚੈੱਕ ਪਤੇ ਦੀ ਕਾਪੀ ਜਾਂ ਪਾਸ ਬੁੱਕ ਦੇ ਨਾਲ ਬੈਂਕ ਵੇਰਵੇ ਦੇ ਨਾਲ
- 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
ਗੈਰ ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ (ਜਿਵੇਂ ਖੁਦਕੁਸ਼ੀ, ਹਾਦਸਾਗ੍ਰਸਤ ਮੌਤ) ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿਚ. ਐਫ.ਆਈ.ਆਰ. ਦੀ ਕਾਪੀ, ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਪੁਲਿਸ ਇਨਕੈਸਟ ਰਿਪੋਰਟ (ਜੀਪੀਐਚ ਦੁਆਰਾ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH
ਜੀਪੀਐਚ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਆਈਡੀ ਅਤੇ ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ

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

ਨੋਟ: ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਉੱਪਰ, ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਕੰਪਨੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੰਗ ਸਕਦੀ ਹੈ ਵੇਰਵੇ

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

ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫ਼ਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7 ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਲ, ਵੇਫਟ ਵਿੰਗ, ਰਾਹੇਜ਼ਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐੱਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ -560001. ਭਾਰਤੀ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰੈਗਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117
ਸੀ ਆਈ ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883, ਸਾਡੇ ਕੋਲ 1-800-425-6969 ਤੇ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com. ਈ-ਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ 1 ਫੁੱਟ ਫਲੋਰ,
ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੇਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰਗਾਓਂ (ਵੇਫਟ), ਮੁੰਬਈ -400062 ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ. ਫੋਨ: + 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: + 91-22-41790134