

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

మరణ దావా కొరకు హక్కుదారుని ప్రకటన (ఎస్ ఎస్ జి మరియు అనుబంధం)

Group Policy Number సమూహ పాలసీ నంబరు											
Group Policy Holder Name సమూహ పాలసీదారుని పేరు											
Member number సభ్యుని సంఖ్య											
Date of Joining the Policy పాలసీలో చేరిన తేదీ											
Certificate Number ధృవీకరణ పత్రం సంఖ్య											
Loan disbursal date ఋణ పంపిణీ తేదీ											
Outstanding loan as of date of death of member సభ్యుని మరణ తేదీ నాటికి బకాయి పడిన ఋణం											
<b>Details of the Insured Member:</b> బీమా చేయబడిన సభ్యుని వివరాలు:											
Full name పూర్తి పేరు											
Residential Address నివాస చిరునామా											
<input type="checkbox"/> Form 60 ఫారమ్ 60	<input type="checkbox"/> PAN No. పాన్ నం.										
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Gender లింగము	<input type="checkbox"/> Male పురుషుడు										
	<input type="checkbox"/> Female స్త్రీ										
	Age at death: మరణించే నాటికి వయస్సు:										
Nature of occupation వృత్తి స్వభావం											
Date of birth (as per records) పుట్టిన తేదీ (రికార్డుల ప్రకారం)											
Date of death and Time of Death మరణ తేదీ మరియు మరణ సమయం											
Cause of death మరణానికి కారణం											
Place of death మరణించిన చోటు											
<b>In case of death due to illness</b> జబ్బు వలన మరణం సంభవించినట్లయితే											
When and where did the insured member give first indication of falling ill బీమాదారుడు తను జబ్బు పడినట్లుగా మొట్టమొదట సూచన ఎక్కడ మరియు ఎప్పుడు తెలిపారు											

Date and type of illness జబ్బు తేది మరియు రకము	
Treatment given అందించబడిన చికిత్స	
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness చివరి అనారోగ్యం సమయంలో బీమా చేసిన వ్యక్తిని డాక్టర్ పేరు, చిరునామా మరియు ఫోన్ నంబర్ సంప్రదించింది	
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness బీమాదారుడు తన జబ్బుకు చికిత్సను పొందిన ఆసుపత్రి పేరు మరియు చిరునామా	

**In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents**  
**ప్రమాదం వలన మరణం సంభవించిన సందర్భంలో: ఎఫ్.ఐ.ఆర్ మరియు పి.ఎం.ఆర్ (జి.పి.హెచ్ ద్వారా ధృవీకరించబడినది) లను దావా పత్రాలతో పాటు సమర్పించాలి**

Date and Time of accident ప్రమాదం జరిగిన తేది మరియు సమయం	
Details of accident ప్రమాదం వివరాలు	
Address of Police Station to which the accident was reported ప్రమాదం నివేదించబడిన పోలీసు స్టేషన్ చిరునామా	
FIR number ఎఫ్.ఐ.ఆర్ నంబర్	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted పోస్ట్ మార్టమ్ నిర్వహించబడిన ఆసుపత్రి పేరు మరియు చిరునామా	
<b>Details of Claimant/Nominee</b> <b>హక్కుదారుని/నామినీ వివరాలు</b>	
Name of the claimant హక్కుదారుని పేరు	
Relationship with the insured and % of Share బీమాదారునితో బంధుత్వం మరియు % వాటా శాతం	
Address of the claimant హక్కుదారుని చిరునామా	
Contact details Email and phone number సంప్రదింపు వివరాలు ఇమెయిల్ మరియు ఫోన్ నంబర్	
<b>Claimant/Nominee's Bank details</b> <b>హక్కుదారుని/నామినీ బ్యాంకు వివరాలు</b>	
Bank Name and complete address బ్యాంక్ పేరు మరియు పూర్తి చిరునామా	
Account type ఖాతా రకము	<input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Current సేవింగ్స్      కరెంట్

Bank account number బ్యాంక్ ఖాతా నంబరు		
MICR code: ఎం.ఐ.సి.ఆర్ కోడ్:		IFSC Code: ఐ.ఎఫ్.ఎస్.సి కోడ్:

**Declaration from Claimant / Nominee**

**హక్కుదారుని/నామినీ నుండి ప్రకటన**

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.

నేను / మేము \_\_\_\_\_ దీని ద్వారా ప్రకటిస్తున్నాదేమిటంటే, నేను / మేము పైన పేర్కొన్న పాలసీలోని బీమాదారులైన, మరణించిన శ్రీ/శ్రీమతి \_\_\_\_\_ యొక్క నామినీ / లు / చట్టపరమైన వారసులం.

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.

పాలసీ కింద చెల్లించవలసిన మొత్తాన్ని చెల్లించిన తరువాత, పి.ఎన్.బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పైన పేర్కొన్న వాటి నుండి ఉత్పన్నమయ్యే మరణించిన సభ్యుడి బీమా కవరేజీకి సంబంధించి దాని యొక్క అన్ని బాధ్యతల నుండి నిశ్చయంగా విడుదల చేయబడుతుందని నేను / మేము దీని ద్వారా తిరిగి మార్చలేము. విధానం. పైన పేర్కొన్న మరణించిన వ్యక్తికి హాజరైన లేదా పరిశీలించిన లేదా చికిత్స చేసిన / ఏదైనా అలిమెంట్ లేదా అనారోగ్యానికి బీమా చేసిన వైద్యుడు / డాక్టర్ / లు, ఆస్పత్రులు, వైద్య కేంద్రాలు మొదలైన వాటికి నేను / మేము దీని ద్వారా అధికారం ఇస్తాము, పైన పేర్కొన్న మరణించిన వ్యక్తికి పాలసీలు జారీ చేసిన బీమా కంపెనీలు / బీమా చేయబడిన, ప్రస్తుత / గత యజమానులు లేదా బీమా చేసిన జీవిత సహచరులు, జనన మరియు మరణ రిజిస్ట్రార్, రోగ నిర్ధారణ కేంద్రాలు, ఇందులో బీమా చేయబడిన వ్యక్తి మరణించిన వ్యక్తి యొక్క స్థితికి సంబంధించి ఏదైనా జ్ఞానం లేదా సమాచారం లేదా పత్రాలను బహిష్కరణ చేయడానికి లేదా పంచుకునేందుకు పిఎన్బి మెట్లైఫ్ పాలసీ జారీ చేయడానికి ముందు లేదా తరువాత అతను / వారు సంపాదించిన ఆరోగ్యం లేదా ఇతర వివరాలతో లభించే ఆరోగ్యం, వ్యక్తిగత / అధికారిక / బీమా సంబంధిత వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్నారు. ఈ అధికారం యొక్క ఫోటోకాపీ అసలైనదిగా చెల్లబాటు అవుతుంది. \_\_\_\_\_ బ్యాంక్ / పైనాన్షియల్ ఇన్స్టిట్యూషన్ / జిపిహెచ్ నుండి అతను / ఆమె పొందిన ఋణం కింద చెల్లించాల్సిన మరియు చెల్లించవలసిన బాకీని పొందడం కోసం ఈ కవరేజీ, మరణించిన వారయిన \_\_\_\_\_ ద్వారా పొందబడింది కాబట్టి, నేను / మేము మీకు రూ. \_\_\_\_\_ బ్యాంక్ / పైనాన్షియల్ ఇన్స్టిట్యూషన్ / జిపిహెచ్ నుండి ఋణ బకాయి యొక్క డిస్చార్జ్ / పాక్షిక డిస్చార్జ్ వైపు. చెప్పిన బకాయిల యొక్క ఏదైనా బ్యాలెన్స్ పోస్ట్ చెల్లింపు నా / మా పేరులో చెల్లించబడుతుంది.

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.

నేను / మేము నా / మా ఖాతాకు అధికంగా జమ చేసిన మొత్తాన్ని లేదా నాకు / మాకు బకాయిపడని మొత్తాన్ని, ఎప్పుడైనా, ఏ కారణం అయినా మరియు ఈమేరకు తిరిగి చెల్లించటానికి కట్టుబడి ఉంటాము. ఇక్కడ పేర్కొన్న వివరాలు నిజమని, సరైనవి మరియు అన్ని విధాలుగా సంపూర్ణమయినవని నేను దీని ద్వారా ధృవీకరిస్తున్నాను. నేను / మేము దీని ద్వారా పిఎన్బి మెట్లైఫ్ ను సున్నితమైన మరియు వ్యక్తిగత డేటా లేదా గని / మా సమాచారంతో సహా ఏదైనా సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి మరియు బహిష్కరణ చేయడానికి పిఎన్బి మెట్లైఫ్ (ఈ స్టేట్మెంట్లో ఉన్నప్పటికీ లేదా పొందగలిగినా) తో సహా అందుబాటులో ఉండవచ్చు. నా / మా కె.వై.సి డాక్యుమెంట్ ఈ దావాను ప్రాసెస్ చేయడానికి మరియు / లేదా తదుపరి సేవలను అందించడానికి, రీఇన్సూరెన్స్, క్లెయిమ్ ఇన్వెస్టిగేటివ్ ఏజెన్సీలు, విక్రేతలు మరియు పరిశ్రమ సంఘాలు / సమాఖ్యలతో సహా పిఎన్బి మెట్లైఫ్ అనుబంధించబడిన లేదా అనుబంధించబడిన లేదా నిమగ్నమైన ఏదైనా వ్యక్తి / సంస్థ / సంస్థలను అంగీకారం తెలుపుతున్నాము.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
హక్కుదారుడు/ల సంతకం /బొటనవేలి ముద్ర \_\_\_\_\_ తేదీ: \_\_\_\_\_

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

**హక్కుదారు తన / ఆమె బొటనవేలు ముద్రను అతికించిన / వెర్చ్యూక్యులర్ | లో సంతకం చేసిన మూడవ వ్యక్తి చేత చేయవలసిన ప్రకటన దీని ద్వారా ప్రకటిస్తున్నాను.**

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.

ఈ దరఖాస్తు ఫారమ్ యొక్క విషయాలను హక్కుదారు / లకు \_\_\_\_\_ అతనికి / ఆమెకు / తెలిసిన భాషలో వివరించాను. అవి మరియు నాకు అందించిన సమాధానాలను నిజంగా రికార్డ్ చేశాయి. నా సమక్షంలో హక్కుదారులు అతని / ఆమె / వారి బొటనవేలు ముద్రపై సంతకం చేశారని నేను ప్రకటించాను.

Name: \_\_\_\_\_

Contact No. \_\_\_\_\_

పేరు: \_\_\_\_\_

సంప్రదింపు నం. \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

సంతకం \_\_\_\_\_

DECLARATION FROM MASTER POLICY HOLDER మాస్టర్ పాలసీదారుని నుండి ప్రకటన	
a) Sum Assured for which insured covered under Group Policy సమూహ పాలసీ క్రింద కవర్ చేయబడిన బీమాదారుని కొరకు బీమా మొత్తం	
b) Original amount of Loan ఋణం యొక్క అసలైన మొత్తం	
c) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan ఋణానికి సంబంధించి, మాస్టర్ పాలసీదారుని ద్వారా చేయబడిన రికవరీల వివరాలు	
d) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member సభ్యుని మరణతేదీకి బకాయి ఉన్న ఋణ మొత్తం	
e) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) మిగిలిన దావా మూతం (నామినీకి చెల్లించదగిన మొత్తం)	

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.

మేము దీని ద్వారా ప్రకటించాము, మరణించిన \_\_\_\_\_, వారి మరణ ధృవీకరణ పత్రం ఇక్కడ జతచేయబడింది, వీరు పైన పేర్కొన్న సమూహ పాలసీలో సభ్యుడు. పైన పేర్కొన్న వివరాలు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి, సరైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవని మేము దీని ద్వారా ధృవీకరిస్తున్నాము. మా ఖాతాకు జమ అయిన మొత్తాన్ని అధికంగా లేదా మా వల్ల కాదు, ఎప్పుడైనా, ఏ కారణం చేతనైనా తిరిగి చెల్లించటానికి మేము ప్రయత్నిస్తాము.

Verified & Recommended by

Group Policy Holder Name [Company Seal]

ధృవీకరించినవారు మరియు సిఫారసు చేసినవారు

సమూహ పాలసీదారుని పేరు [కంపెనీ సీలు]

Name:

Signature of the official

పేరు:

అధికారి సంతకం

Date:

తేదీ: