

## Employer Employee Death Claim / యజమాని ఉద్యోగుల మరణ దావా ఫారం

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)  
(గ్రూప్ పాలసీ హోల్డర్ (జి పి హెచ్) మరియు అన్ని గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ పథకాలకు నామినీ ద్వారా పూర్తి చేయబడాలి)

### Part A / భాగము ఎ:

- 1) Group Policy No./సమూహం పాలసీ నంబరు: \_\_\_\_\_ 2) Member ID/సభ్యుడు ఐడి: \_\_\_\_\_
- 3) Employee ID/ఉద్యోగి గుర్తింపు ఐడి: \_\_\_\_\_ 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: \_\_\_\_\_  
(with date of effect) as required under applicable quote  
మరణించిన సభ్యుని ప్రస్తుత హోదా / బ్యాండ్ / గ్రేడ్: \_\_\_\_\_  
(ప్రభావవంతమైన తేదీతో) వర్తించే కోట్ క్రింద అవసరమైంది
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee/బీమా సభ్యుడు/ ఉద్యోగి యొక్క పూర్తి పేరు & చిరునామా: \_\_\_\_\_
- 6) Name of Group Policyholder / గ్రూపు పాలసీహోల్డర్ యొక్క పేరు: \_\_\_\_\_
- 7) Date of Birth of Insured / బీమా సభ్యుని యొక్క పుట్టిన తేదీ: \_\_\_\_\_ 8) Date of Joining the Service / ఉద్యోగంలో చేరిన తేదీ: \_\_\_\_\_
- 9) Date of Death / మరణం యొక్క తేదీ: \_\_\_\_\_ 10) Place and Cause of Death / మరణం యొక్క స్థానం మరియు కారణం: \_\_\_\_\_

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) చివర తీసుకున్న జీతం: (జి టి ఎల్ / ఎఫ్ ఎస్ ఎల్ పథకానికి తప్పనిసరి, దయచేసి ఎఫ్ ఎస్ ఎల్ దావా కోసం ప్రాథమిక వేతనాన్ని ఇవ్వండి. దయచేసి వర్తించే కోట్ క్రింద అవసరమైనట్లుగా వేతనాన్ని ఉదహరించండి)	Monthly / నెల	Annual / వార్షిక

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention / ఉద్యోగి ద్వారా గత సంవత్సరం / సంఘటన తేదీ నుండి ఉపయోగించిన సెలవు వివరాలు. దయచేసి ఉదహరించండి

From Date / తేదీ నుంచి	To Date / తేదీ వరకు	No. of Days / రోజుల సంఖ్య	Type of Leave / సెలవు రకం	Reason / కారణము

- 13) Sum Assured / హామీ ఇవ్వబడిన మొత్తం: \_\_\_\_\_
- 14) PF Account Number of Insured Member / బీమా సభ్యుని యొక్క PF ఖాతా నంబరు: \_\_\_\_\_ (Mandatory for EDLI Claim) / (ఈడిఎల్ ఐ బీమా కోసం తప్పనిసరి)
- 15) Please confirm employment status of the employee as on date of death/ మరణం నాటికి ఉద్యోగి యొక్క ఉద్యోగ స్థితిని నిర్ధారించండి: Permanent/ శాశ్వత   
Contractual/ ఒప్పంద
- 16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes  No   
దయచేసి అన్ని నామినీల బ్యాంకు ఖాతా నంబరును అందించండి: అవును  కాదు

**Declaration and authorization by Group policy holder / గ్రూప్ పాలసీ హోల్డర్ ద్వారా ప్రకటన మరియు అధికార పత్రం**

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.

నేను/ మేము, పైన పేర్కొన్న హక్కుదారు / లు, సత్యనిష్ఠతో ప్రకటించి ఈ వివరణలు నిజమైనవి మరియు ఈ ఫారం లేదా సంస్థకు అనుబంధంగా ఉన్న ఏదైనా ఇతర ఫార్ములను అందించడం, జీవిత బీమా లేదా ఏ హక్కులు లేదా రక్షణ యొక్క మినహాయింపు అమల్లో ఉంది. సభ్యుడు యొక్క వైద్య చికిత్స / విచారణ సమయంలో పొందిన రహస్య సమాచారం అందించడం నిషేధించే, ఏ చట్టం, కస్టమ్ లేదా వాడుక, అనుమతించబడదు.

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.

నేను / మేము అనుమతిస్తున్నాము బీమా సంస్థ, ఫార్మసీ, ప్రభుత్వ ఏజెన్సీ, బీమా సంస్థ, యజమాని, లాభం ప్లాన్ అడ్మినిస్ట్రేటర్, అకౌంటెంట్ లేదా ఆర్థిక సలహాదారు లేదా ఇన్సూరర్ కు ఇతర సంస్థలకు, పి.ఎన్.బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, ఏ కార్యాలయాలు, లేదా న్యాయస్థానం, దాని తరపున పని చేసే ఏదైనా దర్యాప్తు సంస్థ లేదా స్వతంత్ర నిర్వాహకుడు, ఉద్యోగం, ఆర్థిక లేదా బీమా సలహా, సంరక్షణ లేదా చికిత్సకు సంబంధించిన సమాచారం, లేదా ఏదైనా సమాచారం మానసిక అనారోగ్యం, మందులు వాడటం, ఆల్కహాల్, హెచ్ ఐ వి (ఎయిడ్స్) మరియు / లేదా లైంగిక సంక్రమణ వ్యాధులతో సంబంధం ఉన్న సమాచారంతో సహా, బీమా సభ్యుడి ఆరోగ్యం గురించి అవసరమని. ఈ అధికారపత్రం యొక్క ఒక కాపీని సమర్థవంతంగా మరియు వాస్తవంగా పరిగణించబడుతుంది.

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.

పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ (ఈ స్టేట్ మెంట్/అప్లికేషన్ లో ఉన్నవి లేక ఇతరత్రా పొందినవి) తో లభ్యమయ్యే నా / మా వ్యక్తిగత మరియు సున్నిత సమాచారాన్ని, అం టీ, ఎవరైనా వ్యక్తుల/సంస్థల/సమాఖ్యలతో సంబంధం కలిగినవి లేదా వాటికి అనుబంధ సంస్థల కు లేదా బీమాదారులు, క్లెయిమ్ పరిశోధక ఏజెన్సీలు, వెండార్లు మరియు పరిశ్రమ సంస్థలు/సమాఖ్యలు మరియు /లేదా తదుపరి సేవలను అందించేవారు, అం టీ క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ చేయడం నుండి కలిగే ఫలితాలకు సంబంధించిన కెవైనె ప్రత్యేక సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవచ్చని మరియు వెల్లడించవచ్చని నేను/మేము ఇందుమూలంగా సమ్మతిస్తున్నాము మరియు అధికారం ఇస్తున్నాము.

**Declaration by Group Policy Holder**

**గ్రూప్ పాలసీ హక్కుదారు ద్వారా ప్రకటన**

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.

పైన పేర్కొన్న ఇన్సూరెన్స్ సభ్యుల వివరాలతో సహా పైన పేర్కొన్న సమాచారం మా విజ్ఞానం మరియు నమ్మకానికి అనుగుణంగా అని నిర్ధారిస్తున్నాము మరియు మా అధికారిక రికార్డుల నుంచి నిర్ధారిస్తున్నాము.

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

మాస్టర్ పాలసీ హక్కుదారు యొక్క కంపెనీ సీల్ తో అధికారి యొక్క సంతకం

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 పేరు & హోదా: \_\_\_\_\_ సంప్రదింపులకు నంబర్.: \_\_\_\_\_ తేదీ: \_\_\_\_\_

**Part B / భాగము బి:**

1) Please provide bank account number for all the Nominees: /నామీలందరి బ్యాంకు ఖాతా నంబరును దయచేసి ఇవ్వండి:

Particulars / వివరములు	Nominee 1 నామినీ 1	Nominee 2 నామినీ 2	Nominee 3 నామినీ 3	Nominee 4 నామినీ 4	Nominee 5 నామినీ 5
Name / పేరు					
Bank Account Number / బ్యాంకు ఖాతా నంబరు					
IFSC Code / ఐ.ఎఫ్.ఎస్.సి కోడ్					

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

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. ఐ ఆర్ డి ఏ భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

సి ఐ నం. U66010ka2001plc028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నిప్లెక్స్ -1, టిక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్ నుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790134

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records: / జి.పి.హెచ్ రికార్డుల ప్రకారం లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ బెనిఫిట్ కోసం నామినీ / లు కు సంబంధించి క్రింది సమాచారాలను ఇవ్వండి:

SL. No. వరుస నం.	Nominee Name నామినీ పేరు	Relationship సంబంధం	Benefit Share in % %లో లభి వాటా	Address of Nominee నామినీ యొక్క చిరునామా

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following: / అనారోగ్యం లేదా అసహజమైన కారణం వలన మరణం విషయంలో ఈ క్రిందివి అవసరం:

Types of illness and date of diagnosis అనారోగ్యం యొక్క రకం మరియు రోగనిర్ధారణ తేదీ	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment చికిత్స ఇచ్చిన వివరాలు మరియు బీమా సభ్యుడు చికిత్స చేయించుకున్న ఆసుపత్రి వివరాలు	
Details of accident (for unnatural death) ప్రమాదం వివరాలు (అసహజ మరణం కోసం)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted శవ పరీక్ష నిర్వహించిన ఆసుపత్రి పేరు మరియు చిరునామా	
Name and address of police station to which accident was reported ప్రమాదాన్ని నివేదించబడిన పోలీస్ స్టేషన్ యొక్క పేరు మరియు చిరునామా	

**Declaration and authorization by Beneficiary**

లబ్ధిదారుడి / లబ్ధిదారులు ద్వారా ప్రకటన మరియు అధికార పత్రం

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.

నేను/ మేము, పైన పేర్కొన్న హక్కుదారు / లు, సత్యనిష్ఠతో ప్రకటించి ఈ వివరణలు నిజమైనవి మరియు ఈ ఫారం లేదా సంస్థకు అనుబంధంగా ఉన్న ఏదైనా ఇతర ఫార్ములాను అందించడం, జీవిత బీమా లేదా ఏ హక్కులు లేదా రక్షణ యొక్క మినహాయింపు అమల్లో ఉంది. సభ్యుడు యొక్క వైద్య చికిత్స / విచారణ సమయంలో పొందిన రహస్య సమాచారం అందించడం నిషేధించే, ఏ చట్టం, కస్టమ్ లేదా వాడుక, అనుమతించబడదు.

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.

నేను / మేము అనుమతిస్తున్నాము బీమా సంస్థ, ఫార్మసీ, ప్రభుత్వ ఏజెన్సీ, బీమా సంస్థ, యజమాని, లాభం ప్లాన్ అడ్మినిస్ట్రేటర్, అకౌంటంట్ లేదా ఆర్థిక సలహాదారు లేదా ఇన్సూరర్ కు ఇతర సంస్థలకు, పి.ఎన్.బి మెట్లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, ఏ కార్యాలయాలు, లేదా న్యాయస్థానం, దాని తరపున పని చేసే ఏదైనా దర్యాప్తు సంస్థ లేదా స్వతంత్ర నిర్వాహకుడు, డిస్ట్రిబ్యూషన్, ఆర్థిక లేదా బీమా సలహా, సంరక్షణ లేదా చికిత్సకు సంబంధించిన సమాచారం, లేదా ఏదైనా సమాచారం మానసిక అనారోగ్యం, మందులు వాడటం, ఆల్కహాల్, హెచ్ ఐ వి (ఎయిడ్స్) మరియు / లేదా లైంగిక సంక్రమణ వ్యాధులతో సంబంధం ఉన్న సమాచారంతో సహా, బీమా సభ్యుడి ఆరోగ్యం గురించి అవసరమని. ఈ అధికారపత్రం యొక్క ఒక కాపీని సమర్థవంతంగా మరియు వాస్తవంగా పరిగణించబడుతుంది.

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

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. ఐ ఆర్ డి ఏ భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

ఫోన్ నం. U66010ka2001plc028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నిప్లెక్స్ -1, టిక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర్ సావర్కర్ ఫ్లైవర్ సుండ్, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790134

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.

పిఎన్ బి మెట్ లైఫ్ (ఈ స్టేట్ మెంట్/అప్లికేషన్ లో ఉన్నవి లేక ఇతరత్రా పొందినవి) తో లభ్యమయ్యే నా / మా వ్యక్తిగత మరియు సున్నిత సమాచారాన్ని, అం టీ, ఎవరైనా వ్యక్తుల/సంస్థల/సమాఖ్యలతో సంబంధం కలిగినవి లేదా వాటికి అనుబంధ సంస్థల కు లేదా బీమాదారులు, క్లెయిమ్ పరిశోధక ఏజెన్సీలు, వెండాల్లు మరియు పరిశ్రమ సంస్థలు/సమాఖ్యలు మరియు /లేదా తదుపరి సేవలను అందించేవారు, అం టీ క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ చేయడం నుండి కలిగే ఫలితాలకు సంబంధించిన కెవైసి పత్రాల సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవచ్చని మరియు వెల్లడించవచ్చని నేను/మేము ఇందుమూలంగా సమ్మతిస్తున్నాము మరియు అధికారం ఇస్తున్నాము.

**Signature of the Nominee of Insurance Claim / బీమా దావా యొక్క నామినీ యొక్క సంతకం**

Particulars / వివరములు	Nominee 1 నామినీ 1	Nominee 2 నామినీ 2	Nominee 3 నామినీ 3	Nominee 4 నామినీ 4	Nominee 5 నామినీ 5
Name of Nominee నామినీ పేరు					
Signature of Nominee నామినీ యొక్క సంతకం					
Contact No. సంప్రదింపు నంబరు.					
Date తేదీ					

**Declaration by Group Policy Holder**

**గ్రూప్ పాలసీ హక్కుదారు ద్వారా ప్రకటన**

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. మేము అతని / ఆమె జీవిత బీమా ప్రయోజనాలను పొందే ఉద్దేశ్యంతో ఉద్యోగి చేత నామినీగా పేర్కొన్న నామినీ / నామినీలు అని మేము ఇంకా నిర్ధారించాము.

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

**మాస్టర్ పాలసీ హక్కుదారు యొక్క కంపెనీ సీల్ తో అధికారి యొక్క సంతకం**

Name and Designation: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
పేరు & హోదా: \_\_\_\_\_ సంప్రదింపులకు నంబర్.: \_\_\_\_\_ తేదీ: \_\_\_\_\_

**Documents required**

**అవసరమైన పత్రాలు**

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder  
మునిసిపల్ అధికారి / గ్రామ పంచాయతీ జారీ చేసిన గ్రూప్ పాలసీ హక్కుదారు యొక్క మరణ ధృవీకరణ పత్రం అసలైన లేదా కాపీ
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book  
రద్దు చేయబడిన చెక్ లీఫ్ లేదా పాస్ బుక్ కాపీతో బ్యాంక్ వివరాలతో నామినీ యొక్క వివరాలు
- 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  
అసహజ మరణం (ఆత్మహత్య, ప్రమాదం వంటివి)లో పిర్యాదు, శవ పరీక్ష రిపోర్టు మరియు పోలీస్ విచారణ నివేదిక (జి పి హెచ్ చేత అధికారికంగా ధృవీకరించబడింది)
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH  
జి పి హెచ్ చే ధృవీకరించబడిన నామినీస్ యొక్క ఐడి మరియు చిరునామా ఋజువు

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

**గమనిక:** రిజిస్ట్రేషన్ ప్రయోజనం కోసం పత్రాలు అవసరం, కంపెనీ వాదనలు ప్రాసెస్ కోసం అదనపు పత్రాలు అడగవచ్చు

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

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. ఐ ఆర్ డి ఏ భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

సి ఐ నం. U66010ka2001plc028883, టోల్-ఫ్రీ కాలి 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నిప్లెక్స్ -1, టిక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైవేర్ నుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790134