

Customer Details and Policy Feature Change Request Form



ग्राहकाचा तपशील आणि पॉलिसी वैशिष्ट्यां बदल विनंती फॉर्म

Photograph of
Policyholderपॉलिसीधारकाचे
छायाचित्र

Policy Details:

*Policy Number:

*Date:

पॉलिसीचे तपशील:

*पॉलिसी क्रमांक:

*तारीख:

**Application Number (Mera Mediclaim Plan): _____

**अर्ज क्रमांक (मेरा मेडिकलेम योजना): _____

*Name of the Policyholder: _____

*पॉलिसीधारकाचे नाव: _____

*Gender: Male Female Transgender*लिंग: पुरुष स्त्री ट्रान्सजेंडर

*Mobile Number: _____ Email ID: _____

#PAN No / Form 60:

*मोबाईल क्रमांक: _____ ईमेल आयडी: _____

#पॅन क्र / फॉर्म 60:

*#Aadhaar No: _____

*#आधार क्र:

*All fields are mandatory

*सर्व क्षेत्रे अनिवार्य आहेत

#PAN / Aadhaar no. provided above shall be updated in policy records. Please submit a self-attested PAN Card copy for updation of PAN No.

#पॅन / आधार क्र. वरील प्रदान केलेल्या पॉलिसी रेकॉर्डमध्ये अद्यतनित केले जाईल. पॅन क्रमांक अद्ययावत करण्यासाठी कृपया स्वतःची साक्षात्कृत पॅन कार्ड प्रत द्या.

*#Only last 4 digits of Aadhaar No. to be mentioned.

**Application number to be updated for Mera Mediclaim Plan

*#आधार क्रमांक फक्त शेवटचे 4 अंक नमूद करावेत.

**मेरा मेडिकलेम योजनेसाठी अर्ज क्रमांक अपडेट केला जाणार आहे

Bank Account Details: Please share your Bank details for all payouts arising out of this policy to be made through NEFT

बँक खात्याचे तपशील: या पॉलिसीतून विजे जाणारे सर्व पेआउट्स एनईएफटीद्वारे करण्यासाठी कृपया तुमच्या बँकेचे तपशील द्या

* Policyholder name as per Bank records: _____

बँकेच्या नोंदीनुसार पॉलिसी धारकाचे नाव: _____

* Bank Name: _____ Branch Name: _____

बँकेचे नाव: _____ शाखेचे नाव: _____

* Bank Account No: _____

बँक खाते क्र:

* Bank Account Type: Savings Current NRE NRO बँक खात्याचा प्रकार: बचत चालू एनआरई एनआरओ

* IFSC Code: _____

MICR Code: _____

आयएफएससी संकेतांक: _____ एमआयसीआर संकेतांक: _____

Note: Please submit a cancelled cheque/ Bank pass book copy / Bank Statement bearing pre-printed account number, policyholder name and IFSC code. Kindly carry original documents for verification at branch.**टिप:** एक रद्द केलेला धनादेश/ बँकेच्यापास बुकचीप्रत/ बँक खाते क्रमांक, पॉलिसीधारकाचे नाव आयएफएससीसंकेतांक मुद्रितकेलेले बँकेचे विवरणपत्र सादर करा. सत्यापनासाठी बँकेतमूळ कागदपत्रेआणावी.**In case the request is being submitted through Third-Party,** please submit a duly signed authorization letter from Policyholder and ID proof of the person submitting the request, cancelled cheque of the policyholder along with a Copy of Bank Statement reflecting premium paid to PNB MetLife **OR** Copy of Bank Statement having account number same as provided at the time of Proposal Login **OR** Original ID proof same as provided at the time of Proposal Login of the policyholder **OR** ID proof like Passport/ Aadhaar Card*/ Driving License in original of the policyholder. Copy of same ID proof which is self-attested by the policyholder needs to be carried and submitted. * If Aadhaar card is submitted first 8 digits of Aadhaar No. to be masked**तृतीय पक्षाद्वारे विनंती सादर केली जात असल्यास;** कृपया पीएनबी मेटलाईफकडे ह्या भरल्याचे दर्शविणाऱ्या बँकेच्या विवरणपत्राच्या प्रतीसह पॉलिसी धारकाचा रद्द केलेला धनादेश सादर करा किंवा प्रस्ताव लॉगिन करताना दित्रेल्या खाते क्रमांकाच्या बँक विवरणपत्राची प्रत किंवा प्रस्ताव लॉगिन करताना दिलेला पॉलिसी धारकाचा ओळखीचा मूळ पुरावा किंवा पॉलिसी धारकाचा ओळखीचा मूळ पुरावा जसे की पासपोर्ट/ आधार कार्ड*/ ड्रायव्हिंग लायसन्स. पॉलिसी धारकाने स्व-साक्षात्कृत केलेली त्याच ओळखीच्या पुरावाची प्रत घेऊन यावी व सादर करावी: *आधार कार्ड मास्क करण्यासाठी प्रथम आधार क्रमांकाचे 8 अंक सादर केले असल्यास

Section A: Change in Personal Details

विभाग A: वैयक्तिक तपशीलांतील बदल

 Address/Contact details updation: Please tick as applicable: (V):Mailing Address Permanent Address Both पत्ता/संपर्क तपशील अद्यतन करणे: कृपया योग्य तिथे खूण करा: (V):पत्रव्यवहाराचा पत्ता कायमस्वरूपी पत्ता दोन्ही

Office No.: _____

Mobile No.: _____

Alternate No.: _____

कार्यालय क्र.: _____

मोबाईल क्र.: _____

पर्यायी क्र.: _____

Email ID: _____

Alternate Email ID: _____

Residence No: _____

ईमेल आयडी: _____

पर्यायी ईमेल आयडी: _____

निवासाचा क्र.: _____

* Do you wish to GO GREEN and register Email id on which you will receive all policy related communications. All communication in physical form shall be stopped. Yes No
पर्यावरणाचे रक्षण करण्यासाठी ईमेल आयडी नोंदविण्याची तुमची इच्छा आहे का ज्यावर तुम्हाला पॉलिसीशी संबंधित सर्व पत्रव्यवहार प्राप्त होईल. भौतिक स्वरूपातील सर्व पत्रव्यवहार थांबवला जाईल. होय नाही * Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above
वर दिलेल्या माहितीच्या आधारावर स्वयं-सेवेसाठी तुमचा पीआयपी वापरकर्ता आयडी / पासवर्ड निर्माण केला जाईल

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, 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

पीएनबी मेटलाईफ इंडिया इशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701, 702 व 703, 7 वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

सीआय क्रमांक U66010KA2001PLC028883 वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल - indiaservice@pnbmetlife.co.in वा म्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969 किंवा म्हाला लिहा, 1ला मजला,

टेक्निप्लेक्स, 1, टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062 फोन: +91-22-41790000 फॅक्स: +91-22-41790203

- FATCA / CRS Questionnaire to be submitted separately if new address is other than India. Valid self-attested passport copy with entry and exit details to be submitted along with the request

Note: Please submit a Self-Attested standard address proof acceptable to PMLI for the new mailing address. (For Solution Products, changes will be applicable for all policies).

टिप: पत्रव्यवहाराच्या नवीन पत्त्यासाठी कृपया पत्त्याचा एक स्व-सांभाकित प्रमाणित पुरावा पीएमएलआय कडे सादर करावा. (सोल्युशन उत्पादनांसाठी, बदल सर्व पॉलिसीमध्ये लागू होतील).

Acceptable Address Proofs are – Aadhaar Card*, Passport, Driving License, Voters Identity Card, NREGA Job Card and Letter issued by the National Population Register containing details of 'name and address' with photograph.

स्वीकार्य पत्त्याचा पुरावा म्हणजे - आधार कार्ड *, पासपोर्ट, ड्रायव्हिंग लायसन्स, मतदार ओळखपत्र, नरेगा जाँब कार्ड आणि छायाचित्रांसह 'नाव व पत्ता' यांचा तपशील असलेले राष्ट्रीय लोकसंख्या रजिस्टर यांनी दिलेला पत्र.

*If Aadhaar card is submitted first 8 digits of Aadhaar No. to be masked

*आधार कार्ड मास्क करण्यासाठी प्रथम आधार क्रमांकाचे 8 अंक सादर केले असल्यास

Name change request: **Please tick as applicable: (✓):** Policy Holder / Person Insured Appointee / Beneficiary / Father

नाव बदलण्याची विनंती: कृपया योग्य तिथे खूण करा: (✓): पॉलिसी धारक / पॉलिसी विमाधारक नियुक्त / लाभार्थी / वडिलांचे

Name to be changed from: _____

यापासून नाव बदलले जावे: _____

Name to be changed to: _____

नाव बदलले जावे: _____

Note: For change in surname post marriage, please submit a copy of your marriage certificate. For any other request involving significant changes in the name, please submit a Gazette notification or Newspaper Advertisement along with the request. In case of minor name correction please submit Self-Attested standard id proof acceptable to PMLI.

टिप: लग्नानंतर आडनाव बदलण्यासाठी, कृपया तुमच्या विवाह प्रमाणपत्राची एक प्रत सादर करा. नावातील ठळक बदलांशी संबंधित कोणत्याही इतर विनंतीसह एक राजपत्र अधिसूचना किंवा वृत्तपत्र जाहिरातकरावी. ल किरकोळ दुरुस्तीसाठी पीएमएलआयला स्वीकार्य असलेला स्व-सांभाकितप्रमाणितपुरावा करावा.

Acceptable Identity Proofs are – Aadhaar Card*, Passport, Driving License, Voters Identity Card, NREGA Job Card, Letter issued by the National Population Register containing details of 'name and address' with photograph and PAN Card

स्वीकार्य ओळखीचा पुरावा म्हणजे - आधार कार्ड *, पासपोर्ट, ड्रायव्हिंग लायसन्स, मतदार ओळखपत्र, नरेगा जाँब कार्ड, छायाचित्र आणि पॅनकार्यासह "नाव व पत्ता" चा तपशील असलेले राष्ट्रीय लोकसंख्या रजिस्टर यांनी दिलेला पत्र

*If Aadhaar card is submitted first 8 digits of Aadhaar No. to be masked

*आधार कार्ड मास्क करण्यासाठी प्रथम आधार क्रमांकाचे 8 अंक सादर केले असल्यास

Change in Date of Birth: **Please tick as applicable :(✓):** Policy Holder Policy Insured Appointee Beneficiary New DOB:

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

जन्म तारखेतील बदल: कृपया योग्य तिथे खूण करा: (✓): पॉलिसी धारक पॉलिसी विमाधारक नियुक्त व्यक्ती लाभार्थी नवीन जन्मतारीख:

Note: Please submit a Self-Attested standard age proof acceptable to PMLI for the new DOB. Any Date of Birth Correction shall be subject to underwriting guidelines and the age eligibility criteria, if any, of the concerned insurance product. Change in DOB may result in increase/decrease of premium or Sum Assured.

टिप: नवीन जन्मतारखेसाठी कृपया एक स्व-सांभाकित वयाचा प्रमाणित पुरावा पीएमएलआय कडे सादर करावा. तारखेला कोणतीही दुरुस्ती अंडररायटिंगच्या मार्गदर्शक तत्वांच्या आणित्संबंधितविमा उत्पादनातवयाच्यापात्रतेचे काही मापदंडअसल्यास त्याअधिन असेल. डीओबीमधील बदलासुळे प्रीमियम किंवा विमाराशीची वाढ किंवा घट होऊ शकते.

Beneficiary Change Request: I, _____ declare that I am proposing this change of beneficiaries fully understanding the legal implications.

लाभार्थी बदलाची विनंती: मी, _____ जाहीर करतो/ते की कायदेशीर परिणामांची पूर्ण जाणीव ठेवून मी लाभार्थी बदलण्याचा प्रस्ताव देत आहे.

From जुनी	To नवीन	Relationship नाते	Date of Birth (DDMMYY) जन्म तारीख (DDMMYY)	% share % वाटा	Gender लिंग	Marital Status वैवाहिक स्थिती	Nationality राष्ट्रीयत्व

Note: Beneficiary change request can be processed only if the PI & PO are the same and if insurable interest exists. Multiple beneficiary forms should be filled for more than three beneficiaries. In case of Absolute Assignment Beneficiary/Appointee change request cannot be processed. If beneficiary or nominee is minor, please fill appointee details below.

टिप: पीआय आणि पीओ समान असतील आणि जर विमायोग्य हितसंबंध अस्तित्वात असतील तरच लाभार्थी बदलाच्या विनंतीवर प्रक्रिया करता येते. तीनहून जास्त लाभार्थीसाठी अनेक लाभार्थी फॉर्म भरावे. संपूर्ण अमिहस्तांकनामध्ये लाभार्थी/नियुक्त व्यक्ती बदलाच्या विनंतीवर प्रक्रिया करता येत नाही. जर लाभार्थी किंवा नामनिर्देशित व्यक्ती अनान असेत तर, कृपया नियुक्त व्यक्तीचा तपशील खात्री भरावा.

Appointee Change Request: I, _____ declare that I am proposing this change of appointee fully understanding the legal implications.

नियुक्त व्यक्ती बदलाची विनंती: मी, _____ जाहीर करतो/ते की कायदेशीर परिणामांची पूर्ण जाणीव ठेवून मी नियुक्त व्यक्ती बदलण्याचा प्रस्ताव देत आहे.

From जुनी	To नवीन	Relationship नातेसंबंध	Date of Birth (DDMMYY) जन्म तारीख (DDMMYY)	% share % वाटा

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____

लिंग: _____ वैवाहिक स्थिती: _____ राष्ट्रीयत्व: _____

Important Information:

सहत्वाची माहिती:

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable) सर्व सहयोगी पुरावा/वे विनंतीसह सादर करावे आणि पॉलिसी धारक/ अभिहस्तांकित (लागू होत असेल त्यानुसार) द्वारे स्व-सांभाकित असावे.
- For acceptable Age /ID and Address proof, please contact any of our Company's touch points. The original ID Proof of the Policyholder to be mandatorily presented at the time of request submission to avoid non-acceptance of request स्वीकार्य वय/ ओळख आणिपत्त्याच्या पुराव्यासाठी कृपया आमच्या कंपनीच्या कोणत्याही संपर्क बिंदूशी संपर्क साधा. विनंती अस्वीकार्य होणे टाळण्यासाठी विनंती सादर करताना पॉलिसी धारकाचा ओळखीचा मूळ पुरावा सादर करणे अनिवार्य आहे
- Photograph of Policyholder is required to be submitted mandatory in case the request is submitted for change of name, change in date of birth, change in signature नाव बदलणे, जन्मतारीख बदलणे, स्वाक्षरी बदलण्यासाठी विनंती सादर केल्यास पॉलिसीधारकाचा फोटो अनिवार्यपणे सादर करणे आवश्यक आहे.
- In case of Auto Vesting, the request to be signed by new Policyholder. Signed valid ID proof (like Driving License, Passport, PAN Card etc.) of the new Policyholder should be taken for updation in records. Beneficiary request form should accompany with this request स्वयं निहित होण्याच्या प्रकरणात, विनंतीवर नवीन पॉलिसी धारकाने स्वाक्षरी करावी. नोंदी अद्यतन करण्यासाठी नवीन पॉलिसी धारकाचा स्वाक्षरी केलेला ओळखीचा वैध पुरावा (जसे की ड्रायव्हिंग लायसन्स, पासपोर्ट, पॅन कार्ड इत्यादी) घ्यावे. लाभार्थी विनंतीच्या फॉर्मसह ही विनंती असावी
- Kindly fill the application form with a black ball point pen in Block letters. Irrelevant column/s to be strike off as not applicable (N/A) अर्ज कृपया काळ्या बॉल पेनने ब्लॉक लेटर्समध्ये भरावा. अप्रसंगिक रकान्या/व्यांवर लागू नाही (एन/ए) म्हणून खूण करावी
- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card पॅनकार्डऐवजी सबमिट केल्यास फॉर्म 60 पीएनबी मेटलाइफ स्वरूपात असणे आवश्यक आहे

Change in Signature/ Multiple Signature: I/We, _____, the Policyholder/ Person Insured hereby declare that the below mentioned specimen boxes contain my/ our signatures as affixed on _____ day of _____, 20_____. I/ We further state that henceforth, the signature as appended below should be considered for all future requests received for this/ these policies and agree to defend and hold harmless PNB MetLife India Insurance Co. Ltd., on account of any claim, liability, charge, demand, action or proceedings initiated against PNB MetLife by anyone, including any statutory, governmental or regulatory body, on account of PNB MetLife processing any future requests received for this/ these policies bearing the signatures contained herein below:

स्वाक्षरी / एकाधिक स्वाक्षरीमध्ये बदल: मी/आम्ही, _____, पॉलिसी धारक/ विमाबद्ध व्यक्ती ह्याद्वारे घोषित करतो/ते की खाली नमूद नमुना चौकटीमध्ये माझ्या/ आमच्या स्वाक्षऱ्या _____ दिवशी _____ महिन्यात, 20_____ रोजी संलग्न केल्या गेल्या. मी/आम्ही पुढे नमूद करतो की यापुढे, या पॉलिसी/सी साठी प्राप्त झालेल्या भविष्यातील ल सर्व विनंत्यांसाठी खाली संलग्न केलेली स्वाक्षरी विचारात घ्यावी आणि या पॉलिसी/सीसाठी येथे नमूद केलेल्या स्वाक्षऱ्या असलेल्या भविष्यातील विनंत्यांवर प्रक्रिया करण्यामुळे पीएनबी मेटलाईफ विरुद्ध कोणत्याही वैधानिक, प्रशासकीय किंवा नियामक मंडळासह कोणाही द्वारे केल्या जाणाऱ्या कोणत्याही दावा, दाखिल, प्रभार, मागणी, कारवाई किंवा प्रक्रियांपासून पीएनबी मेटलाईफ इंडिया विमा कंपनी मर्यादितचा वचाव करण्याचे व निरुपद्रवी धरण्याचे मान्य करतो/ते:

Signature (Old) as per PNB MetLife records स्वाक्षरी (जुनी) पीएनबी मेटलाईफच्या नोंदीनुसार	Signature (New) स्वाक्षरी (नवीन)
--	-------------------------------------

To be filled in case of Bank Attestation: (I hereby confirm that the above signature has been verified by me and is matching as per our bank)

बँक साक्षात्कार करायचे असेल तर भरण्यात यावे: (मी याद्वारे पुष्टी करतो/ते की वरील स्वाक्षरी मी सत्यापित केली आहे आणि आमच्या बँकेशी जुळते आहे.)

Name of the Bank: _____ Branch Name: _____ Name of Bank Employee: _____

बँकेचे नाव: _____ शाखेचे नाव: _____ बँक कर्मचाऱ्याचे नाव: _____

Bank Account No: _____ Bank Employee Code: _____

बँक खाते क्र: _____ बँक कर्मचाऱ्याचा संकेतांक: _____

Bank Employee
Signature and Bank Seal
बँक कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी
आणि शिक्का

Note: A Copy of any of the following documents will be accepted as a photo identity proof and is required to register the new signature. Proofs submitted for Signature Change to carry pre-printed signatures. Policyholder Walk-in is mandatory for Signature change. Original Policy Document is to be presented by the Policyholder if old signature does not match with PNB MetLife records

टिप: छायाचित्र ओळख पुरावा म्हणून खालीलपैकी कोणत्याही दस्तऐवजांची प्रत स्वीकारली जाईल आणि नवीन स्वाक्षरीची नोंद करण्यासाठी ती आवश्यक आहे. स्वाक्षरी बदलासाठी पॉलिसी धारकाने स्वतः येणे अनिवार्य आहे. जुनी स्वाक्षरी पीएनबी मेटलाईफच्या नोंदीसह जुळत नसल्यास पॉलिसी धारकाने पॉलिसीचे मूळ दस्तऐवज सादर करावे

Driving License Passport Pan Card Any Govt. issued ID and signature proof
ड्रायव्हिंग लायसन्स पासपोर्ट पॅन कार्ड शासनाने जारी केलेले कोणतेही ओळखपत्र आणि स्वाक्षरीचा पुरावा

Section B: Change in Policy Features

विभाग B: पॉलिसीच्या वैशिष्ट्यांमध्ये बदल

Premium Frequency Change: Please tick as applicable: (V):

हप्त्या वारंवारितेत बदल: कृपया योग्य तिथे खूप करा: (✓):

From: Monthly Quarterly Semi-Annual Annual **To:** Monthly Quarterly Semi-Annual Annual
जुनी: मासिक तिमाही सहामाही वार्षिक **नवीन:** मासिक तिमाही सहामाही वार्षिक

Note: Any Change in Mode can be done 15 days prior to the Policy Anniversary Year. Premium Payment Mode change from lower to high frequency mode is effective from next policy anniversary.

टिप: मोडमधील कोणताही बदल पॉलिसी वर्षांपन दिनापूर्वी 15 दिवस केला जाऊ शकतो. कमीवरून जास्तवर हप्त्या प्रदान मोड बदलल्यास तो पुढील पॉलिसी वर्षांपनदिनापासून लागू होईल.

Premium Payment Type Change: Direct Debit ACH Auto Debit (for Axis Bank Customer Only)

हप्त्या प्रदान प्रकारातील बदल: डायरेक्ट डेबिट एसीएच ऑटो डेबिट (केवळ अॅक्सिस बँकेच्या ग्राहकांसाठी)

Note: If the chosen Premium Payment Type is Direct Debit / ACH / Auto Debit, the required Standing Instruction mandate needs to be attached. On effecting the change in mode, the amount deducted would be changed as per the changed premium wherever applicable.

टिप: हप्त्या प्रदानाची निवडलेली पद्धत डायरेक्ट डेबिट / एसीएच / ऑटो डेबिट असेल तर, आवश्यक स्थायी सूचना आदेश संलग्न करणे आवश्यक आहे. मोडमधील बदल लागू झाल्यावर जिथेही लागू असेल तिथे वजा होणारी रक्कम बदललेल्या हप्त्यानुसार बदलेल.

Change in Sum Assured/ Change in Premium: Increase Decrease from Rs. _____ to Rs. _____

आश्वासित रकमेत बदल/ हप्त्यामध्ये बदल: वाढ घट पूर्वी रु. _____ आता रु. _____

Note: Any Change in Sum Assured/Premium can be done 15days prior to the Policy Anniversary date. For increase in Sum Assured, additional documents may be called for. Please refer product Terms and Conditions for applicability.

टिप: आश्वासित रक्कम/हप्त्यातील कोणताही बदल पॉलिसी वर्षांपन दिनाच्या तारखेपूर्वी 15 दिवस आधी केला जाऊ शकतो. आश्वासित रक्कम वाढविण्यासाठी, अतिरिक्त कागदपत्रे मागवली जाऊ शकतात. व्यवहार्यतेसाठी कृपया उत्पादनाच्या अटी व शर्तीचा संदर्भ घ्यावा.

Addition/Deletion of Riders: Addition Deletion Revised Sum Assured of the Rider (Only in case of Addition):

रायडर्स वाढविणे/कमी करणे: वाढविणे कमी करणे रायडरची सुधारित आश्वासित रक्कम (वाढवले असेल तरच):

Accidental Death Benefit Rider Critical Illness Rider Death Benefit Rider Waiver of Premium **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.
अपघाती मृत्यू लाभ रायडर गंभीर आजार रायडर मृत्यू लाभ रायडर **टिप:** व्यवहार्यतेसाठी कृपया उत्पादनाच्या अटी व शर्तीचा संदर्भ घ्यावा.

Cover Continuance during Premium Discontinuation: Opt In Opt Out

हप्त्या खंडीत केलेला असताना छत्र चालू राहणे: निवड करा निवड काढा

Note: Cover Continuance can be opted only if the Policy is in premium Discontinuation status. During Cover continuance period, all charges as mentioned in the Terms and conditions would be deducted. Policy may be foreclosed as per the foreclosure conditions mentioned in the T&C.

टिप: पॉलिसी हप्त्या खंडीत स्थितीमध्ये असेल तरच छत्र चालू ठेवण्याची निवड करता येते. छत्र चालू ठेवण्याच्या कालावधीमध्ये, अटी व शर्तीमध्ये नमूद केलेले सर्व शुल्क वजा केले जाईल. अटी व शर्तीमध्ये नमूद केलेल्या पुरोबंध शर्तीनुसार पॉलिसी आगाऊ बंदकेली जाऊ शकते.

Change in Non-Forfeiture Option: Automatic Premium Loan (APL) Reduced Paid up **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.

अ-जर्सी पर्यायातील बदल: ऑटोमॅटिक प्रिमियम लोन (एपीएल) रिड्युस्ड पेड अप **टिप:** व्यवहार्यतेसाठी कृपया उत्पादनाच्या अटी व शर्तीचा संदर्भ घ्यावा.

Death Benefit Option Change: I wish to change the death benefit option of my mentioned product: Met Smart Met Ultimate

मृत्यू लाभ पर्याय बदल: माझ्या नमूद केलेल्या उत्पादनासाठी माझी मृत्यू लाभ बदलण्याची इच्छा आहे: मेट स्मार्ट मेट अल्टिमेट

Change from यामधून		Change to यामध्ये बदला	
Option Type पर्याय प्रकार	Tick the option पर्यायावर खूण करा	Option Type पर्याय प्रकार	Tick the option पर्यायावर खूण करा
Option A पर्याय A		Option A पर्याय A	
Option B पर्याय B		Option B पर्याय B	

Paid up & Revival Request (applicable for New ULIP policies issued post 2013 where customer has paid premium for 5 years)

पेड अप आणि पुनरुज्जीवन विनंती (2013 नंतर जारी केलेल्या नवीन युलिप पॉलिसीसाठी लागू असेल जिथे ग्राहकांनी 5 वर्षासाठी प्रीमियम भरला आहे)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy:

Opt for 2 years Revival period

Opt for reduced paid up

नवीन युलिप पॉलिसीमध्ये 5 वर्षे भरल्यानंतर पर्याय:

2 वर्षांच्या पुनरुज्जीवन कालावधीसाठी निवड करा

कमी पेड अपची निवड करा

Note: (Request to be submitted 10 days prior to the discontinuance fund movement date)

टिप: (खंडित निधीच्या हालचालीच्या तारखेच्या 10 दिवस आधी सादर करण्याची विनंती)

Benefit option (Product Name: _____)

लाभाचा पर्याय(प्रॉडक्टचे नाव: _____)

Accrual of Income:

Opt in

Opt out

उत्पन्न जमा होणे:

पर्यायाचा स्वीकार

पर्यायाला नकार

Payment of Income:

Opt in

Opt out

उत्पन्नाचे प्रदान:

पर्यायाचा स्वीकार

पर्यायाला नकार

Declaration by the Policyholder: The Declaration, Agreement and Authorization, as annexed to this letter shall be deemed as the necessary declarations and authorization required by PNB MetLife India Insurance Company Limited ("PNB MetLife") for the purpose of processing the request as given above and that the same shall not be contested by me in the future. I hereby confirm having read and understood all the policy terms and conditions including those applicable to this request. I understand and accept that my request shall be processed in accordance with the terms and conditions of the policy and that I shall be solely responsible for all the consequences arising out of this request including on account of any incorrect or incomplete details contained herein. I understand that PNB MetLife will be communicating through telephone calls, SMS, or emails for providing details of transactions, payment reminders, etc. and that these shall not be construed as unsolicited commercial calls/ e-mails and my request can be rejected in case of non-contact ability.

पॉलिसीधारकाची घोषणा: या पत्रास संलग्न केल्यानुसार घोषणापत्र, करार आणि अधिकृतता वर दिलेल्या विनंतीवर प्रक्रिया करण्याच्या उद्देशाने पीएनबी मेटलाइफ इंडिया विमा कंपनी लिमिटेड ("पीएनबी मेटलाइफ") द्वारे आवश्यक घोषणा आणि अधिकृतता मानली जाईल आणि भविष्यात त्याबाबत मी संघर्ष करणार नाही. मी याद्वारे पुष्टी करतो/ते की ह्या विनंतीस लागू होत असलेल्यांसह मी पॉलिसीच्या सर्व अटी व शर्ती वाचल्या आणि समजावून घेतल्या आहेत. मला समजते आणि मी स्वीकारतो/ते की माझ्या विनंतीवर पॉलिसीच्या अटी आणि शर्तीनुसार प्रक्रिया केली जाईल आणि येथील कोणत्याही चुकीच्या किंवा अपूर्ण तपशीलांसह ह्या विनंतीमधून उद्भवणाऱ्या सर्व परिणामांसाठी मी एकमेव जबाबदार असेन. मला समजते की व्यवहार, प्रदान, स्मरणपत्रे इत्यादींचे तपशील देण्यासाठी पीएनबी मेटलाइफ टेलिफोन कॉल्स, एसएमएस किंवा ईमेलसद्वारे संवाद साधेल आणि ते अनपेक्षित व्यापारी कॉल्स / ई-मेलस मानले जाणार नाहीत आणि संपर्क साधला न गेल्यास माझी विनंती नाकारली जाऊ शकते.

Signature/Thumb Impression of Policy Holder _____
पॉलिसीधारकाची सही / अंगुठा _____

Signature of Joint Life (Second Life) _____
संयुक्त जीवनाची सही (द्वितीय जीवन) _____

Signature/ Thumb Impression of Person Insured _____
(If different from Policyholder)

Signature/Thumb Impression of Assignee _____
(Required in case of Absolute/Conditional assignment of Policy)

विमावध्दव्यक्तीचीस्वाक्षरी/अंगठ्याचा ठसा _____
(पॉलिसीधारकाहून भिन्नअसल्यास)

अभिहस्तांकित्तीचीस्वाक्षरी /अंगठ्याचा ठसा _____
(पॉलिसीचे संपूर्ण/सशर्तअभिहस्तांकन केले असल्यास आवश्यक)

Date: DD-MM-YYYY _____ Place: _____
तारीख: DD-MM-YYYY _____ स्थान: _____

Note: For conditionally assigned policy, Request should be signed both by the Assignee & Assignor

टिप: पॉलिसीचे सशर्त अभिहस्तांकन केले असल्यास, विनंतीवर अभिहस्तांकनकर्ता व अभिहस्तांकित्ती दोघांनीही स्वाक्षरी करावी

Vernacular Declaration: To be filled incase policyholder's signatures is in the form of a thumb impression (left thumb) or in a vernacular language: **Strike out whichever is not applicable. The contents of the document have been read over to the illiterate/vernacular literate applicant who is personally known to me and **he has filled up the contents and affixed his signature/I have filled up the contents as per the applicant's instruction as his scribe and the applicant has affixed his **left hand thumb impression/ signature in vernacular after completely understanding the contents hereof in my presence.

प्रादेशिक क भाषा घोषणा: पॉलिसीधारकाच्या स्वाक्षऱ्या अंगठ्याच्या ठशाच्या (डाव्या अंगठ्याचा) स्वरूपात असेल किंवा प्रादेशिक भाषेमध्ये असेल तर भरावे: ** लागू होत नसलेल्यावर काट मारा. मी वैयक्तिकरित्या ओळखत असलेल्या निरक्षर/प्रादेशिक भाषेत साक्षर अर्जदाराला दस्तऐवजातील सामग्री वाचून दाखवण्यात आली आहे आणि **त्याने सामग्री भरली आहे आणि त्याची स्वाक्षरी केली आहे/ अर्जदाराने सांगितल्यानुसार त्याच्या सूचनेप्रमाणे मी सामग्री भरली आहे आणि येथे नमूद केलेली सामग्री पूर्णपणे समजल्यानंतर माझ्या उपस्थितीमध्ये अर्जदाराने त्याच्या **डाव्या अंगठ्याचा ठसा दिला आहे/ प्रादेशिक भाषेत स्वाक्षरी केली आहे.

Name of Declarant/witness: _____ Date: DD-MM-YYYY _____ Place: _____ Signature: _____
घोषणाकर्त्याचे नाव/साक्षीदार: _____ तारीख: DD-MM-YYYY _____ स्थान: _____ स्वाक्षरी: _____

For Branch Use Only: To be filled by Branch Services – Mandatory

Request received from: Customer Customer Representative Bank Courier

केवळ शाखेच्या वापरसाठी: शाखा सेवांद्वारे भरले जावे – अनिवार्य

यांच्याकडून विनंती प्राप्त झाली: ग्राहक ग्राहकाचा प्रतिनिधी बँक कुरियर

Form Received By: Employee Name: _____ Employee ID: _____ Employee Signature: _____

द्वारे फॉर्म प्राप्त झाला: कर्मचाऱ्याचे नाव: _____ कर्मचाऱ्याचा आयडी: _____ कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी: _____

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY

Request received Time at Branch: HH:MM

शाखेमध्ये विनंती प्राप्त झाल्याची तारीख: DD-MM-YYYY

शाखेमध्ये विनंती प्राप्त झाल्याची वेळ: HH:MM

Branch Stamp
शाखेचा शिक्का

Branch Stamp
शाखेचा शिक्का

Acknowledgement Slip

स्वीकृती पावती

Received a request for _____ against Policy/Solution No: _____ on Date: DD-MM-YYYY at HH:MM

यासाठी विनंती प्राप्त झाली

पॉलिसी/सोल्युशन क्रमांकासाठी:

तारखेस: DD-MM-YYYY वाजता HH:MM

Received By: Employee Code _____ Employee Name _____ Date and Time Stamp / Seal of Branch

द्वारे प्राप्त: कर्मचाऱ्याचा संकेतांक

कर्मचाऱ्याचे नाव

तारीख व वेळ शाखेचा शिक्का / मुद्रा