

Customer Details and Policy Feature Change Request Form

ଗ୍ରାହକଙ୍କ ବିବରଣୀ ଏବଂ ପଲିସି ବୈଶିଷ୍ଟ୍ୟ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଅନୁରୋଧ ଫର୍ମ



Photograph of Policyholder
ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ଫଟୋ

Policy Details: *Policy Number: _____
ପଲିସି ସବିଶେଷ ସୂଚନା: *ପଲିସି ନମ୍ବର: _____

*Date: _____
*ତାରିଖ: _____

****Application Number (Mera Mediclaim Plan):** _____

**** ଆବେଦନ ନମ୍ବର (ମେରା ମେଡିକ୍ଲାଇମ୍ ପ୍ଲାନ):** _____

***Name of the Policyholder:** _____

*ପଲିସି ମାଲିକଙ୍କ ନାମ: _____

*Gender: Male Female Transgender

*ଲିଙ୍ଗ: ପୁରୁଷ ମହିଳା ଟ୍ରାନ୍ସଜେଣ୍ଡର

*Mobile Number: _____ Email ID: _____

#PAN No / Form 60: _____

*ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର: _____ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି: _____

#ପ୍ୟାନ୍ ନମ୍ବର / ଫର୍ମ 60: _____

*#Aadhaar No: _____
*ଆଧାର ନମ୍ବର: _____

***All fields are mandatory**

***ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରଗୁଡ଼ିକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ**

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

#ଉପରେପ୍ରଦତ୍ତ ପ୍ୟାନ୍ / ଆଧାର ନମ୍ବର ପଲିସି ରେକର୍ଡଗୁଡ଼ିକରେ ଅପଡେଟ କରାଯିବ । ଦୟାକରି ନ୍ ନମ୍ବରର ଚଳନକରଣ ବା ଅପଡେଟ୍ ପାଇଁ ଏକ ସ୍ୱ-ପ୍ରମାଣିତ ନ୍ କାର୍ଡ ନକଲ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ ।

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

****Application number to be updated for Mera Mediclaim Plan**

***କେବଳ ଆଧାର ନମ୍ବରର ଶେଷ 4 ଅଙ୍କ ବିଷୟରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯିବ ।**

****ମେରା ମେଡିକ୍ଲାଇମ୍ ପ୍ଲାନ ପାଇଁ ଆବେଦନ ନମ୍ବର ଅପଡେଟ୍ ହେବ ।**

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

ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟ ସବିଶେଷ ସୂଚନା: ଏହି ପଲିସିରୁ ସୁଖି ହେଉଥିବା ଏବଂ ଏହା ଉପରେ ଆଧାର କରାଯିବାକୁ ଥିବା ସମସ୍ତ ପୈଠଗୁଡ଼ିକ ବ୍ୟାଙ୍କ ସବିଶେଷ ସୂଚନା ଅନୁଯାୟୀ

* Policyholder name as per Bank records: _____
ବ୍ୟାଙ୍କ ରେକର୍ଡଗୁଡ଼ିକ ଅନୁଯାୟୀ ପଲିସି ମାଲିକଙ୍କ ନାମ: _____

* Bank Name: _____ Branch Name: _____
ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ: _____ ଶାଖା ନାମ: _____

* Bank Account No: _____

* Bank Account Type: Savings Current NRE NRO
ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର: ସେଭିଙ୍ଗ୍ସ କରେଣ୍ଟ ଏନଆର୍ ଇ ଏନଆର୍ ଓ

* IFSC Code: _____ MICR Code: _____

* ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍ : _____ ଏମଆଇସିଆର୍ କୋଡ୍ : _____

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.

ଟିପ୍ପଣୀ: ପୂର୍ବ-ମୁଦ୍ରିତ ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର, ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍ ଧାରଣ କରିଥିବା ଏକ ରଦ୍ଦ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ / କ'ଣ ପାସ୍ ବହି ନକଲ / କ'ଣ ବିବରଣୀ ଦାଖଲ । ଶାଖାରେଯାଆନ୍ତୁ ମୂଳ ଦସ୍ତାବିଜ ସାଙ୍ଗରେ ଆଣନ୍ତୁ ।

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

ଅନୁରୋଧ ତୃତୀୟ-ପକ୍ଷ ମାଧ୍ୟମରେ ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଦୟାକରି ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ଠାରୁ ଏକ ସ୍ୱ-ସାକ୍ଷ୍ୟକ୍ରିତ ପ୍ରାଧିକରଣ ପତ୍ର ଏବଂ ଅନୁରୋଧ ଦାଖଲ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପରିଚୟ ପତ୍ର ପ୍ରମାଣ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ, ଯିଏନ୍ ବି ମେଡିକ୍ଲାଇମ୍ କିମ୍ବା ବ୍ୟାଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ କୌଣସି ସହିତ ପ୍ରମାଣ କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର ଉପରେ ବ୍ୟାଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏକ କୌଣସି ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ଚେକ୍ ବାଟିଲ୍ କରନ୍ତୁ । ପ୍ରୋପୋଜାଲ୍ ଲଗ୍ ଇନ୍ କ୍ରିମ୍ ମୂଳ ଆଇଡି ପ୍ରୁଫ୍ ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଲଗ୍ ଇନ୍ ସମୟରେ ପ୍ରମାଣ କରାଯାଇଥିବା ପରି କ୍ରିମ୍ ପାସପୋର୍ଟ / ଆଧାର କାର୍ଡ * / ଡ୍ରାଇଭିଙ୍ଗ୍ ଲାଇସେନ୍ସ କିମ୍ବା ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ମୂଳରେ ଡ୍ରାଇଭିଙ୍ଗ୍ ଲାଇସେନ୍ସ । ଏହା ସମାନ ପରିଚୟ ପତ୍ର ପ୍ରମାଣ କୌଣସି ଯାହା ତାରା ଆତ୍ମ-ପ୍ରମାଣିତ ହୋଇଥାଏ । ପଲିସିଧାରକଙ୍କୁ ବହନ କରିବା ଏବଂ ଦାଖଲ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ । * ଯଦି ଆଧାର କାର୍ଡ ମାସ୍କ୍ ହେବା ପାଇଁ ଆଧାର ନମ୍ବରର ପ୍ରଥମ 8 ଅଙ୍କ ଦାଖଲ କରାଯାଏ ।

Section A: Change in Personal Details ବିଭାଗ A: ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସବିଶେଷ ସୂଚନାରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ

Address/Contact details updation: Please tick as applicable: (V): Mailing Address Permanent Address Both
 ଠିକଣା/ଯୋଗାଯୋଗ ସବିଶେଷ ସୂଚନା ଅପଡେଟ୍ କରଣ: ଦୟାକରି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ସ୍ଥଳେ ଠିକ୍ ଚିହ୍ନ ମାରନ୍ତୁ: (V): ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା ସ୍ଥାୟୀ ଠିକଣା ଉଭୟ

Office No.: _____ Mobile No.: _____ Alternate No.: _____
କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ନମ୍ବର.: _____ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର.: _____ ବିକଳ୍ପ ନମ୍ବର.: _____
Email ID: _____ Alternate Email ID: _____ Residence No: _____
ଇମେଲ୍ ଆଇଡି: _____ ବିକଳ୍ପ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି: _____ ବାସସ୍ଥାନ ନମ୍ବର: _____

- 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
ଆପଣ ପତ୍ର ମାଧ୍ୟମରେ ଯୋଗାଯୋଗ ନ କରିବାକୁ ଚାହାଁନ୍ତି ଏବଂ ଆପଣ ଯେଉଁ ଇମେଲ୍ ଆଇଡିରେ ସମସ୍ତ ପଲିସି ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଯୋଗାଯୋଗ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାକୁ ଚାହାଁନ୍ତି ସେହି ଇମେଲ୍ ଆଇଡି ପଞ୍ଜୀକରଣ କରନ୍ତୁ । ଆପଣ ରୁପସେପ୍ଟ ଯୋଗାଯୋଗ ବନ୍ଦ କରାଯିବ । ହଁ ନା
- Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above
ସ୍ୱୟଂ ସେବାପାଇଁ ଆପଣଙ୍କ ପିଆଇଡି ବ୍ୟବହାରକାରୀ ଆଇଡି / ପାସ୍ୱର୍ଡ୍ ଉପରେପ୍ରସ୍ତୁତ ସୂଚନା ଆଧାରରେ ସୃଷ୍ଟି କରାଯିବ

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
ଦିଏର୍ଲି ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍
ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱର୍ସ, 26/27 ଏମ୍. ଗି. ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟାମକ ଏବଂ ରେଗୁଲେଟର ଅଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117,
ସିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969 କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ
1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ବେକ୍‌ସାର୍କାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ 400062, ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +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).

ଟିପ୍ପଣୀ: ଯଦ୍ୟଦି ଏକ ସ୍ୱ-ପ୍ରମାଣିତ ନାମାଙ୍କ ଠିକଣାପ୍ରମାଣ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁଯାହାକି ପିଏମଏଲ୍ ଆଇଡିଏଲପ୍ରମାଣ ଅଟେ। (ସଲ୍ୟୁସନ୍ ପ୍ରଡକ୍ଟସ୍ ପାଇଁ, ପରିବର୍ତ୍ତନଗୁଡ଼ିକ ସମସ୍ତପଲିସିଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟହେବ) ।

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.

ଗ୍ରହଣୀୟ ଠିକଣା ପ୍ରମାଣଗୁଡ଼ିକ ହେଉଛି - ଆଧାର କାର୍ଡ*, ପାସପୋର୍ଟ, ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ, ଭୋଟର ପରିଚୟ କାର୍ଡ, NREGA ଚାକିରି କାର୍ଡ ଏବଂ ଜାତୀୟ ଜନସଂଖ୍ୟା ରେଜିଷ୍ଟର ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦତ୍ତ ପତ୍ର ଏବଂ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣାର ବିବରଣୀ ଧାରଣା କରିଥିବା ଚିତ୍ର ଇତ୍ୟାଦି ।

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

*ଯଦି ଆଧାର କାର୍ଡ ନାମ୍ନ ହେବା ପାଇଁ ଆଧାର ନମ୍ବରର ପ୍ରଥମ ୫ ଅଙ୍କ ଦାଖଲ କରାଯାଏ

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

ନାମ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଅନୁରୋଧ: ଦୟାକରି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ସ୍ଥଳେ ଠିକ୍ ମାରକ୍ତକ୍ (V): ପଲିସି ଧାରକ / ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ନିଯୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି / ହିତାଧିକାରୀ / ପିତା

Name to be changed from: _____

ନାମ ବଦଳାଇବାକୁ ହେବ: _____

Name to be changed to: _____

ନାମକୁ ପରିବର୍ତ୍ତନ କରାଯିବ: _____

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.

ଟିପ୍ପଣୀ: ଉପନାମ ପୋଷ୍ଟ ବିବାହରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କର ବିବାହ ପ୍ରମାଣପତ୍ରର ଏକ କପି ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ । ନାମରେ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ପରିବର୍ତ୍ତନ ସହିତ କୌଣସି ଅନ୍ୟ କ ଅନୁରୋଧ ଶାସି ଅନୁରୋଧ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ଅନୁରୋଧ ସହିତ ଏକ ଗେଜେଟ୍ ନିଜସ୍ୱ କିମ୍ବା ଖବରକାଗଜ ବିଜ୍ଞାପନ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ । କ୍ଷେତ୍ର ନାମ ସଂଶୋଧନ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଦୟାକରି PMLI ପାଇଁ ଗ୍ରହଣୀୟ ସ୍ୱ-ପ୍ରମାଣିତ ମାଳକ id ପ୍ରମାଣ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ ।

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

ଗ୍ରହଣୀୟ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣଗୁଡ଼ିକ ହେଉଛି - ଆଧାର କାର୍ଡ*, ପାସପୋର୍ଟ, ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ, ଭୋଟର ପରିଚୟ କାର୍ଡ, NREGA ଚାକିରି କାର୍ଡ, ଜାତୀୟ ଜନସଂଖ୍ୟା ରେଜିଷ୍ଟର ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦତ୍ତ ପତ୍ର ଏବଂ ପାନ୍ କାର୍ଡ ସହିତ 'ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା'ର ବିବରଣୀ ଧାରଣା କରିଥିବା ଚିତ୍ର ଇତ୍ୟାଦି ।

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

*ଯଦି ଆଧାର କାର୍ଡ ନାମ୍ନ ହେବା ପାଇଁ ଆଧାର ନମ୍ବରର ପ୍ରଥମ ୫ ଅଙ୍କ ଦାଖଲ କରାଯାଏ

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

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

ଜନ୍ମ ତାରିଖରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ: ଦୟାକରି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ସ୍ଥଳେ ଠିକ୍ ମାରକ୍ତକ୍ (V):

ନୂତନ ଜନ୍ମ ତାରିଖ:

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

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.

ଟିପ୍ପଣୀ: ନୂତନ ତିଥି ପାଇଁ ଦୟାକରି ଏକ ସ୍ୱ-ପ୍ରମାଣିତ ମାଳକ ବୟସ ପ୍ରମାଣ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁଯାହାକି ପିଏମଏଲ୍ ଆଇଡିଏଲପ୍ରମାଣ ଅଟେ। ଯେକୌଣସି ଜନ୍ମ ତାରିଖ ସଂଶୋଧନ ଅନୁରୋଧ ନିମ୍ନଲିଖିତ ନିୟମାବଳୀ ଏବଂ ବୟସ ଉପଯୋଗ୍ୟତା ନିୟମାବଳୀର ଅଧୀନରେ ପ୍ରକାଶ କରାଯିବ। ଯଦି କୌଣସି ଯାଏ, ତାହାର ଅଧୀନ ଅଟେ। ତିଥିରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ପ୍ରମାଣ କିମ୍ବା ବୀମାଭୁକ୍ତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ହ୍ରାସ ହେବାର ଆଶିପାରେ।

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

ହିତାଧିକାରୀ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଅନୁରୋଧ: ମୁଁ, _____ ଘୋଷଣା କର ଯେ ମୁଁ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଏହି ପରିବର୍ତ୍ତନକୁ ଆଇନଗତ ପ୍ରଭାବରେ ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ପ୍ରକାଶ ବୁଝାଏ ବୋଲି।

From ଠାରୁ	To କୁ	Relationship ସମ୍ପର୍କ	Date of Birth (DDMMYY) ଜନ୍ମ ତାରିଖ (DDMMYY)	% share % ଅଂଶ ବା ସେୟାର୍	Gender ଲିଙ୍ଗ	Marital Status ବୈବାହିକ ସ୍ଥିତି	Nationality ଜାତୀୟତା

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.

ଟିପ୍ପଣୀ: ଯଦି PI & PO ସମାନ ଏବଂ ବୀମାଭୁକ୍ତ ସୁଧ ଥାଏ ତେବେ ହିତାଧିକାରୀ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଅନୁରୋଧ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରାଯାଇପାରିବ। ଚିନିତୁ ଅଧିକ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ଏକାଧିକ ହିତାଧିକାରୀ ଫର୍ମ ପୂରଣ କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ସ୍ୱ-ପୂର୍ଣ୍ଣ ଆସାଇନମେଣ୍ଟ ହିତାଧିକାରୀ / ନିଯୁକ୍ତ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଅନୁରୋଧ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ହୋଇପାରିବ ନାହିଁ । ଯଦି ହିତାଧିକାରୀ କିମ୍ବା ନନୋନାଟ ବ୍ୟକ୍ତି ନାବାଳକ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନରେ ନିଯୁକ୍ତ ବିବରଣୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ।

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

ନିଯୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ପରିବର୍ତ୍ତନ ଅନୁରୋଧ: ମୁଁ, _____ ଘୋଷଣା କର ଯେ ମୁଁ ଆଇନଗତ ପ୍ରଭାବରେ ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ନିଯୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଏହି ପରିବର୍ତ୍ତନକୁ ପ୍ରକାଶ ବୁଝାଏ ବୋଲି।

From ଠାରୁ	To କୁ	Relationship ସମ୍ପର୍କ	Date of Birth (DDMMYY) ଜନ୍ମ ତାରିଖ (DDMMYY)	% share % ଅଂଶ ବା ସେୟାର୍

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____
ଲିଙ୍ଗ: _____ ବୈବାହିକ ସ୍ଥିତି: _____ ଜାତୀୟତା: _____

Important Information:

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା:

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable) ଅନୁରୋଧ ସହିତ ଉପସ୍ଥାପନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତସାହାଯକ ପ୍ରମାଣ/ଗୁଡ଼ିକ ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜ/ଗୁଡ଼ିକ ପଲିସି ମାଲିକ/ଗ୍ରହୀତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱ-ପ୍ରମାଣିତ ହେବା ଉଚିତ (ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଅନୁସାରେ)
- 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 ଗ୍ରହଣୀୟ ବୟସ /ଆଇଡି ଓ ଠିକଣାପ୍ରମାଣ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ଆମ କମ୍ପାନୀର ଯେକୌଣସି ଚର୍ଚ୍ଚା ସମ୍ପର୍କରେ ଅନୁରୋଧର ଅସ୍ୱୀକାରକୁ ଏଡାଇବାପାଇଁ ପଲିସି ମାଲିକଙ୍କ ମୂଳ ଆଇଡି ପ୍ରମାଣକୁ ଅନୁରୋଧ ଦାଖଲ କରାଯିବାପରେ ସମସ୍ତାମୂଳକ ଭାବେ ଉପସ୍ଥାପନ କରାଯିବ
- 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 ନାମ ପରିବର୍ତ୍ତନ, ଜନ୍ମ ତାରିଖ ପରିବର୍ତ୍ତନ, ଦସ୍ତଖତରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ ଦାଖଲ ହେଲେ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ଫଟୋ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଦାଖଲ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ
- 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 ଅଟୋଭେଷ୍ଟିକ୍ସରେ, ଅନୁରୋଧ ନୂଆ ନୂତନ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱାକ୍ଷର କରାଯିବ। ନୂଆ ପଲିସି ମାଲିକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ବୈଧ ଆଇଡି ପ୍ରମାଣ (ଯଥା ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ, ପାସ୍ ପୋର୍ଟ, ପ୍ୟାନ୍ କାର୍ଡ ଇତ୍ୟାଦି) ରେକର୍ଡଗୁଡ଼ିକରେ ଅପଡେଟକରଣ ବା ଅପଡେଟ୍ ପାଇଁ ନିଆଯିବ। ଏହି ଅନୁରୋଧ ସହିତ ହିତାଧିକାରୀ ଅନୁରୋଧ ଫର୍ମ ଏକତ୍ର କରାଯିବା ଉଚିତ
- 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) ଦୟାକରି ବ୍ଲକ୍ ଅକ୍ସରରେ ଏକ କଳା ବଲ୍ ପଏଣ୍ଟ ପେନ୍ ସହିତ ଆବେଦନ ଫର୍ମ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ। ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ନୁହେଁ (ଏନ୍ /ଏ) ସ୍ତମ୍ଭକୁ କ୍ରିସ୍ କରନ୍ତୁ ଅପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ସ୍ତମ୍ଭ / ଗୁଡ଼ିକ।
- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card ପାନ୍ କାର୍ଡ ବଦଳରେ ଦାଖଲ ହେଲେ ଫର୍ମ 60 PNB ମେଟଲାଇଫ ଫର୍ମାଟରେ ରହିବା ଆବଶ୍ୟକ

Change from ଏଥିରୁ ପରିବର୍ତ୍ତନ		Change to ଏଥିକୁ ପରିବର୍ତ୍ତନ	
Option Type ବିକଳ ପ୍ରକାର	Tick the option ବିକଳରେ ଠିକ୍ ଚିହ୍ନ ମାରନ୍ତୁ	Option Type ବିକଳ ପ୍ରକାର	Tick the option ବିକଳରେ ଠିକ୍ ଚିହ୍ନ ମାରନ୍ତୁ
Option A ବିକଳ A		Option A ବିକଳ A	
Option B ବିକଳ B		Option B ବିକଳ B	

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

☐ ପେଡ୍ ଅପ୍ ଏବଂ ରିଭାଇଭାଲ୍ ଅନୁରୋଧ (ନୂତନ ULIP ନୀତି ପାଇଁ ପୋଷ୍ଟ 2013 ପାଇଁ ପ୍ରମୁଖ ଯେଉଁଠାରେ ଗ୍ରାହକ 5 ବର୍ଷ ପାଇଁ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy: ☐ Opt for 2 years Revival period ☐ Opt for reduced paid up
 ନୂତନ ULIP ନୀତିରେ 5 ବର୍ଷ ଦେବାର ବିକଳ: ☐ 2 ବର୍ଷ ପୁନର୍ଜୀବନ ଅପ୍ସ ପାଇଁ ବାଛନ୍ତୁ ☐ ହ୍ରାସ ହୋଇଥିବା ଦେଇ ପାଇଁ ବାଛନ୍ତୁ

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

ଟିପ୍ପଣୀ: (ଏହା ପାଠ୍ୟ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ 10 ଦିନ ପୂର୍ବରୁ ଦାଖଲ କରିବାକୁ ଅନୁରୋଧ)

☐ Benefit option (Product Name: _____)

☐ ଲାଭ ବିକଳ (ଉତ୍ପାଦ ନାମ: _____)

Accrual of Income: ☐ Opt in ☐ Opt out
 ଆୟର ହିସାବ: ☐ ଅପ୍ସ ଇନ୍ କରନ୍ତୁ ☐ ଅପ୍ସ ଆଉଟ୍ କରନ୍ତୁ
 Payment of Income: ☐ Opt in ☐ Opt out
 ଆୟର ଦେୟ: ☐ ଅପ୍ସ ଇନ୍ କରନ୍ତୁ ☐ ଅପ୍ସ ଆଉଟ୍ କରନ୍ତୁ

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.

ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା: ଏହି ପତ୍ରରେ ଏକ ସହଜ ହୋଇଥିବା ଘୋଷଣା, ରାଜିନାମା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣକୁ ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଲିମିଟେଡ୍ ("ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍") ଦ୍ୱାରା ଉପରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ଅନୁରୋଧକୁ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଆବଶ୍ୟକୀୟ କରୁଣା ଘୋଷଣାଗୁଡ଼ିକ ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ ଭାବେ ବିବେଚନା କରାଯିବ ଏବଂ ସେହି ବିଷୟକୁ ନେଇ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ମୋର ଦାବିବାଦ ସୃଷ୍ଟି କରାଯିବ ନାହିଁ । ମୁଁ ଏହା ଗ୍ରହଣ କରି ଅନୁରୋଧ ପାଇଁ ପ୍ରମୁଖ ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ସମେତ ସମସ୍ତ ପଲିସି ସର୍ତ୍ତ ଓ ନିୟମାବଳୀ ପଢ଼ିଛି ଓ ବୁଝିଛି । ମୁଁ ବୁଝିଛି ଏବଂ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ଯେ ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତ ଓ ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ମୋର ଅନୁରୋଧକୁ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ କରାଯିବ ଏବଂ ଏହା ଯେତେବେଳେ ଉପଯୁକ୍ତ କିମ୍ବା ଅସମ୍ଭବ ସୂଚନା କାରଣକୁ ଅନୁରୋଧ କରି ଏହି ଅନୁରୋଧ ଯୋଗୁଁ ସୃଷ୍ଟି ହେଉଥିବା ସମସ୍ତ ପରିଣାମ ପାଇଁ ମୁଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାୟୀ ରହିବି । ମୁଁ ବୁଝିଛି ଯେ ପିଏନ୍ ବି ମେଟ୍ ଲାଇଫ୍ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ, ଦେୟ ସ୍ମାରକ, ଇତ୍ୟାଦିଗୁଡ଼ିକ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ଟେଲିଫୋନ୍ କଲ୍, ଏସଏମଏସ୍, କିମ୍ବା ଇମେଲ୍ ମାଧ୍ୟମରେ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବ ଏବଂ ଏଗୁଡ଼ିକୁ ଆଧାରିତ ବ୍ୟବସାୟିକ କଲ୍ / ଇମେଲ୍ ଭାବେ ବିବେଚନା କରାଯିବ ନାହିଁ ଏବଂ ସମ୍ପର୍କ ବିହୀନ ଟେଲିଫୋନ୍ କଲ୍ ମୋର ଅନୁରୋଧକୁ ଖାରଜ କରାଯାଇପାରିବ ।

Signature/Thumb Impression of Policy Holder _____ Signature of Joint Life (Second Life) _____
 ନୀତି ଧାରକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ / ଅପ୍ ଇମ୍ପ୍ରେସନ୍ _____ ମିଳିତ ଜୀବନ ଦସ୍ତଖତ (ଦ୍ୱିତୀୟ ଜୀବନ) _____

Signature/Thumb Impression of Person Insured _____ Signature/Thumb Impression of Assignee _____
 (If different from Policyholder) (Required in case of Absolute/Conditional assignment of Policy)
 ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ/ଚିପ୍ ଚିହ୍ନ _____ ଗ୍ରହଣକାରୀ ଦସ୍ତଖତ/ଚିପ୍ ଚିହ୍ନ _____
 (ଯଦି ପଲିସି ମାଲିକଙ୍କ ଠାରୁ ଭିନ୍ନ ହୋଇଥାନ୍ତି) (ପଲିସିର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଭାବରେ ଉପାଦାନ)

Date: DD-MM-YYYY Place: _____ **Note: For conditionally assigned policy, Request should be signed both by the Assignee & Assignor**
 ତାରିଖ: DD-MM-YYYY ସ୍ଥାନ: _____ **ଟିପ୍ପଣୀ: ସର୍ତ୍ତାବଳୀରେ ନିୟମିତ କରାଯାଇଥିବା ପଲିସି ପାଇଁ, ଅନୁରୋଧ ଉଭୟ ଗ୍ରହଣକାରୀ ଏବଂ ହସ୍ତାନ୍ତରକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱାକ୍ଷର କରାଯିବା ଉଚିତ**

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.

ଭର୍ନାକୁଲାର ଘୋଷଣା: ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ଏକ ଚିପ୍ ଚିହ୍ନ (ବାମ ବୁଢ଼ା ଆଙ୍ଗୁଠି) କିମ୍ବା ଏକ ସ୍ୱଦେଶୀ ଭାଷା ରୂପରେ ହୋଇଥିବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ପୂରଣ କରାଯିବ: **ସ୍ଟ୍ରିକ୍ ଆଉଟ୍ କରନ୍ତୁ ଯେଉଁଟି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ନୁହେଁ ତାହା ନାହିଁ । ଘୋଷଣା ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ନିରୀକ୍ଷା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ଘୋଷଣାକାରୀ ଆବେଦନକାରୀ ଯାହାକୁ ମୁଁ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ରୂପେ ଜାଣିଛି ତାଙ୍କୁ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପଢ଼ି ଶୁଣାଯାଇ ବିଆଯାଇଛି ଏବଂ **ସେହି ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ତାଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ମାରିଛନ୍ତି/ମୁଁ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଅନୁସାରେ ତାଙ୍କର ଘୋଷଣା କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଯେଉଁଠି ଘୋଷଣାକାରୀ ତାଙ୍କର ଏତଦ୍ୱାରା ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝିବା ପରେ ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ସ୍ୱଦେଶୀ ଭାଷାରେ ତାଙ୍କର **ବାମ ହାତ ବୁଢ଼ା ଆଙ୍ଗୁଠି ଚିପ୍ ଚିହ୍ନ ଦେଇଛନ୍ତି/ ସ୍ୱଦେଶୀ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି ।

Name of Declarant/witness: _____ Date: DD-MM-YYYY Place: _____ Signature: _____
 ଘୋଷଣକାରୀଙ୍କ ନାମ/ସାକ୍ଷୀ: _____ ତାରିଖ: DD-MM-YYYY ସ୍ଥାନ: _____ ଦସ୍ତଖତ: _____

For Branch Use Only: To be filled by Branch Services – Mandatory Request received from: Customer ☐ Customer Representative ☐ Bank ☐ Courier ☐
 କେବଳ ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ: ଶାଖା ସେବାଗୁଡ଼ିକ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ - ଏହାକୁ ଠାରୁ ଅନୁରୋଧ ପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଛି: ଗ୍ରାହକ ☐ ଗ୍ରାହକଙ୍କ ପ୍ରତିନିଧି ☐ ବ୍ୟାଙ୍କ ☐ କୋରିୟର୍ ☐

Form Received By: Employee Name: _____ Employee ID: _____ Employee Signature: _____
 ଏହାକୁ ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯାଇଛି: କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ: _____ କର୍ମଚାରୀ ଆଇଡି: _____ କର୍ମଚାରୀ ଦସ୍ତଖତ: _____

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY Request received Time at Branch: HH:MM
 ଶାଖାରେ ଅନୁରୋଧ ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯିବା ତାରିଖ: DD-MM-YYYY ଶାଖାରେ ଅନୁରୋଧ ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯିବା ସମୟ: HH:MM

Branch Stamp
ଶାଖା ମୋହର

Acknowledgement Slip

ସ୍ୱୀକୃତି ପତ୍ର

Received a request for _____ against Policy/Solution No: _____ on Date: DD-MM-YYYY at HH:MM
 ପାଇଁ ଏକ ଅନୁରୋଧ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି ନୀତି / ସମାଧାନ ବିରୋଧରେ: _____ ତାରିଖ: DD-MM-YYYY ଏବଂ HH:MM

Received By: Employee Code _____ Employee Name _____ Date and Time Stamp / Seal of Branch _____
 ଏହାକୁ ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯାଇଛି: କର୍ମଚାରୀ କୋଡ୍ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ ତାରିଖ ଓ ସମୟ ମୋହର / ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ମୋହର

Branch Stamp
ଶାଖା ମୋହର