

SECTION G- NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEEDING THE DEATH
సెక్షన్ G - మరణానికి ముందు గత 5 సంవత్సరాలలో జీవితబీమా చేయబడిన వ్యక్తికి చికిత్స అందించబడిన వైద్యులు / హాస్పిటల్ల పేర్లు, చిరునామా మరియు సంప్రదింపు వివరాలు

Name of Doctor/ Hospital వైద్యుని/ఆసుపత్రి పేరు	Address and Contact Details చిరునామా మరియు సంప్రదింపు వివరాలు	Disease /Condition Treated For పరిశీలించబడిన వ్యాధి/పరిస్థితి	Treatment Dates (From- To) చికిత్స తేదీలు (నుండి - వరకు)

***SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**
***సెక్షన్ H - డిక్లరేషన్ మరియు అధికృతం**

I/We, the above-named Claimant(s), do solemnly declare that the above answers and statements are true in all respects, and I/ we further agree that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted any liability or waived any of its rights. I/ We understand and agree that the submission of this form does not mean that the request will be processed. I/ We understand that any payout under the policy shall be strictly in accordance with the policy terms and conditions. Any payment shall be subject to realization of the last renewal premium payment. A photocopy of this declaration shall be considered as valid and effective.

నేను/మేము, పైన పేర్కొన్న వాక్కుదారు(లు), పైన పేర్కొన్న సమాధానాలు మరియు స్టేట్మెంట్లు అన్ని విధాలుగా నిజమని గంభీరంగా ప్రకటిస్తున్నాము మరియు క్లెయిమ్ ఫారమ్ ను అందించడంలో పి.ఎన్.బి మెట్ లైఫ్ ఎటువంటి బాధ్యతను అంగీకరించలేదని లేదా దీనిని మాపీ చేయలేదని నేను/మేము అంగీకరిస్తున్నాము. దాని హక్కులు. ఈ ఫారమ్ ను సమర్పించడం అంటే అభ్యర్థన ప్రాసెస్ చేయబడుతుందని నేను/మేము అర్థం చేసుకున్నాము మరియు అంగీకరిస్తున్నాము. పాలీసీ కింద ఏదైనా పేషెంట్ ఖర్చుతగా పాలీసీ నిబంధనలు మరియు షరతులకు అనుగుణంగా ఉంటుందని నేను/మేము అర్థం చేసుకున్నాము. ఏదైనా చెల్లింపు చివరి రెన్యూవల్ ప్రీమియం చెల్లింపు యొక్క వాస్తవికతకు లోబడి ఉంటుంది. ఈ డిక్లరేషన్ యొక్క ఫోటోకాపీ చెల్లుబాటు అయ్యే మరియు ప్రభావవంతమైనదిగా పరిగణించబడుతుంది.

I/We hereby authorize the physicians/doctors or hospitals, medical centers, who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Companies which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/ past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnostic 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 or other details which he/they may have acquire whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. A Photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

నేను /మేము ఇందుకోసం మరణించిన వ్యక్తి / బీమా చేసినట్లుగా లేదా పరిశీలించిన లేదా చికిత్స చేసిన వైద్యుడు / వైద్యులు లేదా ఆసుపత్రులు, వైద్య కేంద్రాలు మరణించిన వ్యక్తి / బీమా, ప్రస్తుత/గత యజమానులు లేదా జీవిత బీమా యొక్క వ్యాపార భాగస్వాములు, జన్మ మరియు మరణ రిజిస్ట్రార్, రోగనిర్ధారణ కేంద్రాలకు పాలీసీలను జారీ చేసిన ఏదైనా బీమా లేదా అనారోగ్యం లేదా ఇతర ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ కోసం వ్యక్తిగత/అధికారిక / బీమా సంబంధిత ఆరోగ్య పరీక్షలు లేదా ఇతర వివరాల గురించి ఏదైనా పరిష్కారము లేదా సమాచారం లేదా పత్రాలను బహిష్కరణ లేదా పంచుకునేందుకు వైద్య పరీక్షలు. అతడు/వారు పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ద్వారా పాలీసీ జారీ చేయబడక ముందు మరియు తరువాత వాటిని జరపడానికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. దీని ఫోటో కాపీ అధికార ప్రత్యేకంగా సమర్పణంగా మరియు మౌనికముగా 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 or obtained otherwise) which may include KYC document to any individual / organization / entity associated 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 పి.ఎన్.బి మెట్ లైఫ్ సేకరించిన లేదా తన దగ్గర ఉన్న నా / మా వ్యక్తిగత మరియు సున్నితమైన సమాచారాన్ని (ఈ నివేదిక లో ఉన్నది లేదా పొందనిది) ఏ వ్యక్తి కె.వై.సి పత్రము సంబంధించి లేదా అనుబంధంగా లేదా నిమగ్నమైనది వాడుకకు మరియు బహిష్కరించడానికి సంస్థ/వ్యక్తికి పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఈ పునర్వ్యవహారాలను ప్రాసెస్ చేయడం మరియు /లేదా తదుపరి సేవలను అందించడం కోసం ఇన్వెస్టిగేషన్, పరిశోధనాత్మక ఏజెన్సీలు, విశ్లేషణ మరియు పరిశ్రమ సంఘాలు / సంఘాలను వంటివి కలుపుకోవడానికి అనుమతించుచున్నాము మరియు అంగీకరిస్తున్నాము.

Indemnity/Undertaking/Warranty and Representations by the Claimant in lieu of original policy bond and document
అసలైన పాలీసీ బాండ్ మరియు ప్రత్యామ్నాయ బంధములుగా క్లెయిమ్మెంట్ యొక్క నష్టపరిహారం / వాళ్ళ్యాలము / వారంటీ మరియు ప్రాతినిధ్యాలు

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy contract is not pledged, mortgaged, assigned, or otherwise created any adverse lien, title, interest over it either by the policyholder or by the legal heirs and I further undertake to destroy it as a null and void document post receipt of the full and final payment of the claim under the policy from the Company. I further undertake that the Company stands indemnified by me against all losses, claims whatsoever arising out of anything in relation to the dispensation of original policy contract or the representations/warranties herein. I completely understand and agree with the Company that it shall stand conclusively discharged from all the obligations arising out of this policy/ies upon making the payment to me, nominee, legal heir, or successor of the policyholder/life assured. I hereby acknowledge and agree that any incorrect, false, or misleading or deficit information furnished by me may result in the rejection of claim or the recovery of claim proceeds with cost and compensation as the case may be apart from civil and criminal liability on me and my assets.

అసలు పాలీసీ ఒప్పందం లాకట్టు పెట్టడం, తనఖా పెట్టడం, కేటాయింపు లేదా దానిపై ఏదైనా ప్రతికూల తాత్కాలిక హక్కు, యజమాన్యత్వం, దానిపై ఆసక్తిని పాలీసీదారు లేదా చట్టపరమైన వారసుల ద్వారా సృష్టించడం జరగలేదని నేను తిరుగులేని విధంగా గుర్తించాను, ప్రాతినిధ్యం వహిస్తాను మరియు వాళ్ళ్యాలం ఇస్తున్నాను, మరియు కంపెనీ నుండి పాలీసీ క్లెయిమ్ యొక్క పూర్తి మరియు చివరి చెల్లింపు యొక్క పూర్తి నిష్పలమైన పత్రం అందుకున్న తరువాత దానిని నాశనం చేస్తానని వాళ్ళ్యాలం ఇస్తున్నాను. అన్ని నష్టాలకు ప్రతిగా కంపెనీకి నా ద్వారా నష్టపరిహారాన్ని అందించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను, అసలు పాలీసీ ఒప్పందం యొక్క పంపిణీ లేదా ఇక్కడ ప్రాతినిధ్యాలు / వారంటీలను సంబంధించి ఏదైనా నుండి ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా క్లెయిమ్ములు. పాలీసీదారుడు / బీమాదారుని యొక్క నామినీ, చట్టపరమైన వారసుడు లేదా వారసుడు నాకు చెల్లింపు చేసిన తరువాత ఈ పాలీసీ / అసలు ఉత్పన్నమయ్యే అన్ని బాధ్యతల నుండి నిశ్చయంగా విడుదల చేయబడాలని కంపెనీతో నేను ఘోషించాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను. నా ద్వారా జరిగిన ఏదైనా తప్పు, తప్పుడు, లేదా తప్పుదోవ పట్టించే లేదా లోటు సమాచారం, నాపై మరియు నా ఆస్తులపై సివిల్ మరియు క్రిమినల్ బాధ్యత కాకుండా, క్లెయిమ్ యొక్క తిరస్కరణకు దారితీస్తుందని లేదా ఖర్చు మరియు పరిహారంతో క్లెయిమ్ ఆదాయాన్ని తిరిగి చెల్లించవలసి వస్తుందని నేను గుర్తిస్తున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను.

Date / తేదీ:

Place / స్థలం: _____

SIGN HERE
ఇక్కడ సంతకం చేయండి

Signature of Claimant
క్లెయిమ్మెంట్ సంతకం

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON
మూడవ వ్యక్తి ద్వారా చేయబడిన డిక్లరేషన్

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in _____ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

పాలీసీదారు అతని/ఆమె బొటనవేలు ముద్రను వేసారు/వారి భాషలో సంతకం చేశారు/దరఖాస్తును పూరించలేదు. ఈ దరఖాస్తు ఫారమ్ లోని కంటెంట్ పాలీసీదారుకు _____ భాషలో వివరించబడిందని మరియు నాకు అందించిన సమాధానాలను నిజాయితీగా రికార్డ్ చేశానని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. పాలీసీదారు నా సమక్షంలో అతని/ఆమె బొటనవేలు ముద్రపై సంతకం/వేసినట్లు కూడా నేను ప్రకటిస్తున్నాను.

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant: _____

డిక్లరేట్ పేరు: _____ డిక్లరేట్ తో క్లెయిమ్మెంట్ బంధుత్వం: _____

Address: _____ Contact Number of Declarant: _____

చిరునామా: _____ డిక్లరేట్ సంప్రదింపు నంబర్: _____

Date / తేదీ:

Place / స్థలం: _____

SIGN HERE
ఇక్కడ సంతకం చేయండి

Signature of Third person
మూడవ వ్యక్తి సంతకం

Terms and Conditions:

నిబంధనలు మరియు షరతులు:

- 1) The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.
అవసరమైన తప్పనిసరి పత్రాలతో పాటు పూరించిన దావా ఫారం యొక్క సమర్పణ, పాలీసీ కింద మా కంపెనీ అర్హతకు అనుమతిగా భావించకూడదు. ఎవరైనా ఏజెంట్ / మధ్యవర్తికి కంపెనీ తరపున ఎటువంటి అర్హతలను అనుమతించడానికి అధికారం లేదు.
- 2) Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.
దిగ్రువ ఇచ్చిన అవసరమైన తప్పనిసరి పత్రాలతో పాటు ఈ ఫారం యొక్క శీఘ్ర సమర్పణ, మీ దావాను వేగంగా ప్రాసెస్ చేయడానికి మాకు సహాయపడుతుంది. పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ అసంపూర్తి దావా ఫారం మరియు / లేదా తప్పనిసరి పత్రాలు సమర్పణ చేయని పక్షములో ఖాతా దావా ప్రాసెస్ లో కలుగు ఆలస్యమునకు బాధ్యత వహించదు.

Important Note: In case of any demand or favor asked by anyone including a company representative towards claim processing or settlement, the same should not be entertained and must be reported to the company immediately on the company's Email id: claimshelpdesk@pnbmetlife.com
ముఖ్య గమనిక: క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్ లేదా సెటిల్మెంట్ కోసం కంపెనీ ప్రతినిధితో సహా ఎవరైనా ఏదైనా డిమాండ్ లేదా ఫేవర్ అడిగినట్లయితే, దానిని స్వీకరించకూడదు మరియు వెంటనే కంపెనీ ఇమెయిల్ అడ్రెస్ కంపెనీకి నివేదించాలి: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM

ఫారం నింపడానికి సూచనలు

IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)

ముఖ్యమైన సమాచారం (ఫారమ్ నింపడానికి ముందు దయచేసి చదవండి)

1. The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form.
ఫారమ్ ను క్లెయిమ్ మంట్ మాత్రమే నింపాలి. ఒకవేళ క్లెయిమ్ మంట్ మైనర్ అయితే, సంరక్షకుడు/నియమించిన వ్యక్తి ఫారమ్ ను పూరించవచ్చు.
2. Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers.
ఒక ఫారమ్ ను పూరించడం ద్వారా & వర్తింపే అన్ని పాలీసీ నంబర్లను అందించడం ద్వారా బహుళ పాలీసీల క్రింద క్లెయిమ్ ను నమోదు చేయబడవచ్చు.
3. In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant.
ఒకరి కంటే ఎక్కువ మంది క్లెయిమ్ మంట్స్ ఉన్నట్లయితే, ప్రతి క్లెయిమ్ మంట్ కోసం ప్రత్యేక ఫారమ్ లను పూరించాలి.
4. Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in the same manner as you normally sign your cheque.
దయచేసి డిక్లరేషన్ లను జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు మీరు సాధారణంగా మీ చెక్ పై సంతకం చేసిన విధంగానే క్లెయిమ్ ఫారమ్ పై క్లెయిమ్ మంట్ సంతకం చేయాలి.
5. Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy.
పాలీసీ యొక్క అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతుల నెరవేర్చుకు లోబడి క్లెయిమ్ చెల్లించబడుతుంది.
6. No fee or commission should be paid to anyone to process this claim.
ఈ క్లెయిమ్ ను ప్రాసెస్ చేయడానికి ఎవరికీ ఎటువంటి రుసుము లేదా కమిషన్ చెల్లించకూడదు.
7. Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the correspondence will happen through this only.
మీ చిరునామా, ఫోన్ నంబర్లు మరియు ఇమెయిల్ ID ప్రస్తుత మరియు యాక్టివ్ గా ఉన్నాయని నిర్ధారించుకోండి, కరస్పాండెన్స్ దీని ద్వారా మాత్రమే జరుగుతుంది.
8. Asterisk (*) refers to mandatory information.
ఆస్టర్ స్కా (*) తప్పనిసరి సమాచారాన్ని సూచిస్తుంది.

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

కస్టమర్ అక్నాల్డ్జ్ మెంట్ కాపీ-వ్యక్తిగత మరణ క్లెయిమ్ ఫారమ్

Policy No.: _____ పాలీసీ నంబర్:	Claimant Name: _____ క్లెయిమ్ మంట్ పేరు:
Branch Name / Intimation Number: _____ బ్రాంచ్ పేరు / ఇంటిమేషన్ నంబర్:	Claimant Client ID: _____ క్లెయిమ్ మంట్ క్లెయింట్ ఐడి:
Employee Name: _____ ఉద్యోగి పేరు:	Date: _____ తేదీ:
Employee Signature: _____ ఉద్యోగి సంతకం:	Employee Code: _____ ఉద్యోగి కోడ్:
IRDAI Registration No. _____ IRDAI రిజిస్ట్రేషన్ నంబర్	

Branch Stamp
బ్రాంచ్ స్టాంప్

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)

చెల్లుబాటు అయ్యే గుర్తింపు & చిరునామా ఋజువుల జాబితా (దయచేసి సమర్పించిన పత్రాన్ని టిక్ చేయండి)

PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)

ఫోటో గుర్తింపు ఋజువు (ఏదైనా ఒకటి)

- Claimant's PAN CARD
క్లెయిమ్ మంట్ పాన్ కార్డ్
- Aadhar Card*
ఆధార్ కార్డ్*
- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
స్టాంప్ చేయబడిన ఫోటో ఉన్న బ్యాంక్ పాస్ బుక్ (6 నెలల కంటే పాతది కాకూడదు)
- Card Issued by Central/State Govt. to employees
కేంద్ర/రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ద్వారా ఉద్యోగులకు జారీచేయబడిన కార్డ్
- Any other Central/State Govt. issued ID
కేంద్ర/రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ద్వారా జారీచేయబడిన ఏదైనా ఇతర కార్డ్
- Voter ID Card
ఓటర్ ఐడి కార్డ్

ADDRESS PROOF (ANY ONE)

చిరునామా ఋజువు (ఏదైనా ఒకటి)

- Valid Passport
చెల్లుబాటుయ్యే పాస్ పోర్ట్
- Voter ID Card
ఓటర్ ఐడి కార్డ్
- Aadhar Card*
ఆధార్ కార్డ్*
- Valid Driving License
చెల్లుబాటుయ్యే డ్రైవింగ్ లైసెన్స్
- Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old)
స్టాంప్ చేయబడిన ఫోటో ఉన్న బ్యాంక్ పాస్ బుక్ (6 నెలల కంటే పాతది కాకూడదు)

*I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd
*PNB మెట్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా KYC సమ్మతి కోసం గుర్తింపు తనిఖీని నిర్వహించడానికి నా ఆధార్ ని ఉపయోగించడానికి నేను స్వచ్ఛందంగా నా సమ్మతిని అందిస్తున్నాను

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS

గమనిక: క్లెయింట్ NEFT మాండేట్/ బ్యాంక్ ఖాతా వివరాలు

- A cancelled personalized cheque with the account no. and IFSC should be submitted along with the NEFT mandate. If the cheque is not personalized, a latest bank statement or copy of passbook (where account number and IFSC is mentioned) needs to be submitted with the mandate.
ఖాతా నంబర్తో రద్దు చేయబడిన వ్యక్తిగతీకరించిన చెక్ మరియు IFSC NEFT మాండేట్ తో పాటు సమర్పించాలి. చెక్ వ్యక్తిగతీకరించబడకపోతే, తాజా బ్యాంక్ స్టేట్మెంట్ లేదా పాస్బుక్ కాపీ (ఖాతా నంబర్ మరియు IFSC పేర్కొనబడిన చోట) మాండేట్ తో సమర్పించాలి.
- This mandate, upon processing, will override any of the previously tagged NEFT mandates for all policies, held by the client with PNB MetLife Insurance Co.Ltd.
ఈ మాండేట్, ప్రాసెస్ చేయబడిన తర్వాత, PNB మెట్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ వద్ద, క్లెయింట్ కలిగి ఉన్న అన్ని పాలీసీల కోసం గతంలో బ్యాంక్ చేయబడిన NEFT మాండేట్స్ ను అధిగమిస్తుంది.
- In case of NEFT failure or any further requirements pending on the mandate, payout will be kept on hold till fresh NEFT mandate is received. Intimation will be sent to you for the same.
NEFT వైఫల్యం లేదా మాండేట్ పై ఏవైనా ఇతర అవశ్యకతలు పెండింగ్లో ఉన్నట్లయితే, తాజా NEFT మాండేట్ వచ్చే వరకు చెల్లింపు చోట్లో ఉంచబడుతుంది. దీని కోసం మీకు సమాచారం పంపబడుతుంది.
*Refund to NRE account (full or proportionate) will be subject to ratio of premium(s) paid through NRE Account. Please submit a Bank Statement or Bank Confirmation letter as evidence for premium(s) paid through NRE account.
*NRE ఖాతాకు రీఫండ్ (పూర్తి లేదా దామాషా) NRE ఖాతా ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం(ల) నిష్పత్తికి లోబడి ఉంటుంది. దయచేసి NRE ఖాతా ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం(ల)కు ఋజువుగా బ్యాంక్ స్టేట్మెంట్ లేదా బ్యాంక్ కన్ఫిర్మేషన్ లెటర్ ను సమర్పించండి.
In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.
దామాషా చెల్లింపు విషయంలో, దయచేసి రెండు NEFT మాండేట్స్ ను అందించండి, అంటే NRE ఖాతా మరియు NRE ఖాతా కోసం.

PNB MetLife India Insurance Company Limited Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 2/6/27 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
పిఎన్బి మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ సమాధిత కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్, 2/6/27 ఎమ్ జి రోడ్, బెంగళూరు -560001, కర్ణాటక. భారత బీమా నియంత్రిక మరయు అభివృద్ధి సంస్థ నమోదు సంఖ్య 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, మాకు కాల్ చేయవలసిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్ 1-800=425-6969, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా మాతో ఉత్తర ప్రత్యక్షాలు చేయవలసిన చిరునామా: 1వ అంతస్తు, టెక్నిప్లెక్స్-1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, ఆఫ్ వీర్ సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్, గోరగావ్ (పడమర), ముంబై - 400062. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

BEWARE OF SPURIOUS / FRAUD PHONE CALLS: IRDAI is not involved in activities like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums. Public receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint.
నకిలీ / మోసపూరిత ఫోన్ కాల్స్ పట్ల జాగ్రత్త వహించండి: బీమా పాలీసీలను విక్రయించడం, బోనస్ ప్రకటించడం లేదా ప్రీమియంల పెట్టుబడి వంటి కార్యకలాపాలలో IRDAI పాల్గొనదు. ఇలాంటి ఫోన్ కాల్స్ ను స్వీకరించే వ్యక్తులు పోలీసులకు ఫిర్యాదు చేయాలని అభ్యర్థించారు.