



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.

Insurance Regulatory and Development Authority 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

പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫ് ഇന്ററൻഷണൽ കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ. 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജാ ടോവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ -560001, കർണ്ണാടക. ഇൻഷുറൻസ് റെഗുലേറ്ററി ആൻഡ് ഡെവലപ്മെന്റ് അതോറിറ്റി ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. CI നമ്പർ. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക. വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഇനി പറയുന്ന വിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക് നിപ്ലക്സ്-1, ടെക് നിപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർക്കർ ഫ്ലൈവേർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

Track your policy with ease. Logon to-pnbmetlife.com, Generate your own user name/password by using your customer ID
എളുപ്പത്തിൽ നിങ്ങളുടെ പോളിസി ട്രാക്കുചെയ്യുക. pnbmetlife.com-ലേക്ക് ലോഗോൺ ചെയ്യുക, നിങ്ങളുടെ കസ്റ്റമർ ID ഉപയോഗിച്ചുകൊണ്ട് നിങ്ങളുടെ സ്വന്തം ഉപയോഗ നാമം/ പാസ്‌വേഡ് ജനറേറ്റ് ചെയ്യുക.

Dual/ Change in Signature - New Business/ Servicing/ഇരുട്ട ഒപ്പ്/ ഒപ്പിലെ മാറ്റം - പുതിയ ബിസിനസ്സ് / സർവീസിംഗ്

Form with fields for Policy/Application No. 1, Policy/Application No. 2, Date, Name of Policy Owner/Proposed Owner, Name of Person Insured/Proposed Insured, Father's Name, Date of Birth, Mobile No, and Email ID. Includes a photo box with instructions: 'Paste here (do not pin or staple) *A recent passport size colour photograph (not more than 6 months old)'

Version 6.2

Customer instruction for Dual signature or Change in signature
ഉപഭോക്താവ് ഇനിപ്പറയുന്നവ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു

Declaration (For existing policies): I/We, _____, the Policy Owner/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.

പ്രസ്താവന (നിലവിലുള്ള പോളിസികൾക്കിടയിൽ): 20_____ എന്ന വർഷം _____ മാസത്തിൽ _____ തീയതിയിൽ പതിച്ച എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ഒപ്പുകളാണ് താഴെ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള സ്പെസിമിൻ ബോക്സുകളിൽ നൽകിയിട്ടുള്ളതെന്ന് പോളിസി ഉടമയായ/ ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയായ _____ എന്ന ഞാൻ/ഞങ്ങൾ അറിയിക്കുന്നു. ഈ പോളിസികൾക്കായുള്ള/ ഈ പോളിസിക്ൾക്കായുള്ള എല്ലാ ഭാവിയും അഭ്യർത്ഥനകളും താഴെ നൽകിയ പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പുകളാണ് തുടർന്നുണ്ടാകേണ്ടത് പരിഗണിക്കേണ്ടതെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. താഴെ നൽകിയിട്ടുള്ള ഒപ്പുകളുള്ള ഈ പോളിസികൾ/ ഈ പോളിസിക്ൾക്കായി സീകരിക്കുന്ന ഏതൊരു പ്രോസ്യൂട്ടിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഉണ്ടാകുന്ന, എന്തെങ്കിലും ക്ലെയിം, ബാധ്യത, ചാർജ്ജ്, ഡിമാൻഡ് എന്നിവയ്ക്കും ഏതെങ്കിലും ഭരണഘടനാപരമായ, സർക്കാർ അല്ലെങ്കിൽ നിയന്ത്രണാധികാരമുള്ള സ്ഥാപനം ഉൾപ്പെടെ ബോധി ഉൾപ്പെടെ, ആരെയെങ്കിലും പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫിനെതിരെ ആരംഭിച്ചേക്കാവുന്ന നടപടി അല്ലെങ്കിൽ നിയമവ്യവഹാരങ്ങളിൽ നിന്നും പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫ് ഇന്ററൻഷണൽ കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ പ്രതിരോധിക്കാമെന്നും അപായരഹിതമായി കാത്തുകൊള്ളാമെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

Table with 2 columns: Signature (Old) as per PNB MetLife records and Signature (New). Includes a note: പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫ് റേഖകൾ അനുസരിച്ചുള്ള ഒപ്പ് (പഴയത്) and ഒപ്പ് (പുതിയത്)

Declaration (for New Business): PI PO Both PI and PO
സത്യവാങ്മൂലം (പുതിയ ബിസിനസ്സുകൾക്കിടയിൽ): PI PO PI-യും PO-യും

I/We, _____, the proposed owner/ proposed 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.

20_____ എന്ന വർഷം _____ മാസത്തിൽ _____ തീയതിയിൽ പതിച്ച എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ഒപ്പുകളാണ് താഴെ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള സ്പെസിമിൻ ബോക്സുകളിൽ ഉള്ളതെന്ന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്ന ഉടമയായ/ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്ന ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയായ _____ എന്ന ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ പോളിസികൾക്കായുള്ള/ ഈ പോളിസിക്ൾക്കായുള്ള എല്ലാ ഭാവിയും അഭ്യർത്ഥനകൾക്കും താഴെ നൽകിയ പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പുകളാണ് തുടർന്നുണ്ടാകേണ്ടത് പരിഗണിക്കേണ്ടതെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. താഴെ നൽകിയിട്ടുള്ള ഒപ്പുകളുള്ള ഈ പോളിസികൾ/ ഈ പോളിസിക്ൾക്കായി സീകരിക്കുന്ന ഏതൊരു ഭാവിയും അഭ്യർത്ഥനയും പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫ് പ്രോസ്യൂട്ടിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഉണ്ടാകുന്ന, എന്തെങ്കിലും ക്ലെയിം, ബാധ്യത, ചാർജ്ജ്, ഡിമാൻഡ് എന്നിവയ്ക്കും ഏതെങ്കിലും ഭരണഘടനാപരമായ, സർക്കാർ അല്ലെങ്കിൽ നിയന്ത്രണാധികാരമുള്ള സ്ഥാപനം ഉൾപ്പെടെ, ആരെയെങ്കിലും പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫിനെതിരെ ആരംഭിച്ചേക്കാവുന്ന നടപടി അല്ലെങ്കിൽ നിയമവ്യവഹാരങ്ങളിൽ നിന്നും പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫ് ഇന്ററൻഷണൽ കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ പ്രതിരോധിക്കാമെന്നും അപായരഹിതമായി കാത്തുകൊള്ളാമെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

For Proposed Insured:/നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്ന ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്കായി:

Signature as per Application form അപേക്ഷാ ഫോം പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പ്	Signature as per payment instrument പേയ്മെന്റ് ഇൻസ്ട്രുമെന്റിൽ നൽകിയ പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പ്	Signature as per proof submitted സമർപ്പിച്ച തെളിവുരേഖ പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പ്

For Proposed Policy Owner:/നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്ന പോളിസി ഉടമസ്ഥനായി:

Signature as per Application form അപേക്ഷാ ഫോം പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പ്	Signature as per payment instrument പേയ്മെന്റ് നിർദ്ദേശ പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പ്	Signature as per proof submitted സമർപ്പിച്ച രേഖ പ്രകാരമുള്ള ഒപ്പ്

Vernacular Declaration:/മാതൃഭാഷയിലുള്ള പ്രസ്താവന:

The contents hereof have been read over and explained to the applicant by me in vernacular and the applicant has filled up the contents after completely understanding the contents hereof in my presence.

അപേക്ഷകൻ ഞാൻ ഇതിലുള്ള ഉള്ളടക്കം മാതൃഭാഷയിൽ വായിച്ചുകൊടുക്കുകയും വിശദീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്, ഇതിലുള്ള ഉള്ളടക്കം പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയതിന് ശേഷം എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിലാണ് അപേക്ഷകൻ ഇതിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ പൂരിപ്പിച്ചത്.

Name & Signature of the Witness: _____

Witness must be someone other than the advisor/ agent/ employee of the company

സാക്ഷിയുടെ പേരും ഒപ്പും: _____

കമ്പനിയുടെ ഉപദേശകൻ/ഏജന്റ്/ജീവനക്കാരൻ അല്ലാത്ത മറ്റൊരാളായിരിക്കണം സാക്ഷി

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 records.)

ബാങ്ക് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലിന്റെ സാഹചര്യത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത: (മുകളിലെ ഒപ്പ് ഞാൻ പരിശോധിച്ചുറപ്പിച്ചുവെന്നും ബാങ്ക് രേഖകളുമായി അത് പൊരുത്തപ്പെടുന്നുവെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.)

Name of Bank: _____

ബാങ്കിന്റെ പേര്:

Bank Account Number: _____

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ:

Name of Bank Employee: _____

ബാങ്ക് ജീവനക്കാരന്റെ പേര്:

Bank Employee Code: _____

ബാങ്ക് ജീവനക്കാരന്റെ കോഡ്:

Branch Name: _____

ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്:



Note: Any of the following documents reflecting the new signature will be accepted as photo identity proof and a copy of same is required to register the new signature.

കുറിപ്പ്: പുതിയ ഒപ്പ് കാണിക്കുന്ന ഇനിപ്പറയുന്ന ഏതൊരു രേഖയും ഫോട്ടോ തിരിച്ചറിയൽ രേഖയായി സ്വീകരിക്കപ്പെടും, അതിന്റെ പകർപ്പ്, പുതിയ ഒപ്പ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്നതിന് ആവശ്യമാണ്.

- Driving License
 Passport
 Pan Card
 Any Govt. issued ID Card Armed Force ID card with photograph
 Banker's Certificate
- ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്
 പാസ്പോർട്ട്
 പാൻ കാർഡ്
 സർക്കാർ ഇഷ്യൂ ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഐഡി കാർഡ്, സായുധ സേനയുടെ ഫോട്ടോ പതിച്ച ഐഡി കാർഡ്
 ബാങ്കേജ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

Please Note (For existing policies): Policy Owner Walk-in is mandatory along with original Policy Document for submission of Signature change request. The original ID proof of the Policy Owner to be mandatorily displayed and submitted at the time of request submission failing which the request will not be accepted.

ശ്രദ്ധിക്കുക (നിലവിലുള്ള പോളിസികൾക്ക്): ഒപ്പ് മാറ്റ അഭ്യർത്ഥനയുടെ സമർപ്പണത്തിനായി ഒറിജിനൽ പോളിസി രേഖയൊപ്പം പോളിസി ഉടമ നേരിട്ട് വരേണ്ടത് നിർബന്ധമാണ്. അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ പോളിസി ഉടമയുടെ അസൽ തിരിച്ചറിയൽ രേഖ കാണിക്കണമെന്നും സമർപ്പിക്കണമെന്നും നിർബന്ധമാണ്, അല്ലാത്ത പക്ഷം അഭ്യർത്ഥന സ്വീകരിക്കപ്പെടില്ല.

Any alterations/ corrections made in the form need to be duly signed by PI/PO.

ഫോമിൽ വരുത്തുന്ന ഭേദഗതികളിലും/തിരുത്തലുകളിലും PI/PO ഒപ്പിടേണ്ടതുണ്ട്.

To be filled by Branch Services (all sign change docs to be uploaded by branch in Talisma for reference): For Office Use Only

ബ്രാഞ്ച് സേവനങ്ങൾ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത് (എല്ലാ ഒപ്പ് മാറ്റ രേഖകളും, റെഹാൻസിനായി, താലിസ്മയിൽ ബ്രാഞ്ച് അപ്പോയ് ചെയ്യേണ്ടതാണ്): ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിനായി മാത്രം

(For New Business Applications): All dual signature declarations to be uploaded by branch in filenet for future ref

(പുതിയ ബിസിനസ്സ് അപേക്ഷകൾക്ക്): എല്ലാ ഇരട്ട ഒപ്പ് പ്രസ്താവനകളും, റെഹാൻസിനായി, ഫയൽനെറ്റിൽ ബ്രാഞ്ച് അപ്പോയ് ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്

Request received from: /ഇവിടെ നിന്ന് അഭ്യർത്ഥന സ്വീകരിച്ചു:

FA SM Sales Personnel Specified Person Customer Customer representative Courie Bank
 FA SM സെയിൽസ് ഉദ്യോഗസ്ഥൻ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി ഉപഭോക്താവ് ഉപഭോക്താവിന്റെ പ്രതിനിധി കൊരിയർ ബാങ്ക്

Photo/Date of Birth and Father's name verified: Yes No
 ഫോട്ടോയും/ജനനത്തീയതിയും പിതാവിന്റെ പേരും പരിശോധിച്ചു: അതെ ഇല്ല

Employee Code/ജീവനക്കാരന്റെ കോഡ് _____

Designation/പദവി _____

Signature/ഒപ്പ് _____

"PNB MetLife branch seal and sign"
"PNB മെറ്റ്ലൈഫ് ബ്രാഞ്ചിന്റെ സീലും ഒപ്പും"

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

Note – The present policy servicing form contains original in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.

കുറിപ്പ് - നിലവിലെ പോളിസി സർവീസിംഗ് ഫോമിൽ ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷയോടൊപ്പം അതിന്റെ പ്രാദേശിക വിവർത്തനം കൂടി ലഭ്യമാണ്. വിവർത്തന പതിപ്പിനും യഥാർത്ഥ ഇംഗ്ലീഷ് പതിപ്പിനും ഇടയിൽ എന്തെങ്കിലും വ്യത്യാസം കാണപ്പെടുമ്പോഴെങ്കിലും, അന്തിമമായി പരിഗണിക്കുന്നതും നടപ്പിലാക്കുന്നതും ഇംഗ്ലീഷ് പതിപ്പിൽ നൽകിയ വിവരങ്ങളായിരിക്കും.

Version 6.2



ACKNOWLEDGEMENT SLIP
സ്വീകരിച്ച എന്ന് അറിയിക്കുന്ന സ്ലിപ്പ്

Received a request for _____ against Policy Number _____

on _____ at _____ am/pm

ഇനിപ്പറയുന്നതിനായി ഒരു അഭ്യർത്ഥന സ്വീകരിച്ചു _____ പോളിസി നമ്പർ _____

തീയതി _____ സ്ഥലം _____ am/pm

Employee Code _____ Employee Name _____

Date and time Stamp / Seal of Branch.

ജീവനക്കാരന്റെ കോഡ് _____ ജീവനക്കാരന്റെ പേര് _____

തീയതിയും സമയവും/ ബ്രാഞ്ച് സ്റ്റാമ്പ്/ സീൽ

Note: Insurance Regulatory and Development Authority of India or its officials do not involve in activities like sale of any kind of insurance or financial products nor invest premiums. Insurance Regulatory and Development Authority of India does not announce any bonus. Anyone receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint along with details of phone call & number.

കുറിപ്പ്: ഇൻഷുറൻസ് റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി ഓഫ് ഇന്ത്യ അല്ലെങ്കിൽ അതിലെ ഉദ്യോഗസ്ഥർ ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ്, സാമ്പത്തിക ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ തുടങ്ങിയവയുടെ വിൽപന പോലുള്ള പ്രവൃത്തികൾ, പ്രീമിയങ്ങളുടെ നിക്ഷേപം എന്നിവയിൽ ഏർപ്പെടാറില്ല. ഇൻഷുറൻസ് റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി ഓഫ് ഇന്ത്യ ഒരു ബോണസ് പ്രഖ്യാപിക്കാറില്ല. പൊതുജനങ്ങളിൽ ആർക്കെങ്കിലും ഇത്തരം ഫോൺ കോളുകൾ ലഭിക്കുകയാണെങ്കിൽ ആ ഫോൺ നമ്പർ, മറ്റു വിശദവിവരങ്ങൾ എന്നിവ സഹിതം പോലീസിൽ പരാതിപ്പെടാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.