

- 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
கோ கிரீன் முயற்சியாக, உங்கள் பாலிசி தொடர்பான எல்லா தகவல்தொடர்புகளையும் மின்னஞ்சலில் பெறுவதற்கு மின்னஞ்சல் முகவரியைப் பதிவுசெய்ய விரும்புமா? எல்லா நேரடி தகவல்தொடர்புகளும் நிறுத்தப்படும். ஆம் இல்லை
- Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above
மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள தகவலின் அடிப்படையில், சுய சேவைக்கான உங்கள் பிஐபி பயனர் ஐடி/கடவுச்சொல் உருவாக்கப்படும்
- 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
புதிய முகவரி இந்தியாவைத் தவிர வேறு இருந்தால் FATCA / CRS கேள்வித்தாள் தனித்தனியாக சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும். நுழைவு மற்றும் வெளியேறும் விவரங்களுடன் செல்லுபடியாகும் சுய சான்றளிக்கப்பட்ட பாஸ்போர்ட் நகல் கோரிக்கையுடன் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்

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).

குறிப்பு: புதிய அஞ்சல் முகவரிக்கு, பிஎம்எல்ஐ-ஆல் ஏற்கப்படக் கூடிய சுய கையொப்பமிடப்பட்ட வழக்கமான அடியாளர் சான்றைச் சமர்ப்பிக்கவும். (தீர்வுத் திட்டங்களுக்கு, எல்லாப் பாலிசிகளுக்கும் மாற்றங்கள் பொருந்தும்).

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.

ஏற்கப்பட்ட முகவரிச் சான்றுகளாவன – ஆதார் அட்டை*, பாஸ்போர்ட், ஓட்டுநர் உரிமம், வாக்காளர் அடையாள அட்டை, என்ஆர்இஜிஏ வேலை அட்டை மற்றும் புகைப்படத்துடன் "பெயர் மற்றும் முகவரி" உள்ள தேசிய மக்கள்தொகை பதிவேட்டினால் அளிக்கப்பட்டுள்ள கடிதம்.

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

* ஆதார் அட்டை சமர்ப்பிக்கப்படுமானால், ஆதார் எண்ணின் முதல் 8 இலக்கங்கள் மறைக்கப்பட வேண்டும்

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

பெயர் மாற்றம்: **தயவுசெய்து பொருந்துபவற்றை டிக் செய்யவும்: (v):** பாலிசிதாரர் / காப்பீடு செய்யப்பட்ட பாலிசி நியமிக்கப்பட்டவர் / பயனாளி / தந்தையி

Name to be changed from: _____

மாற்ற விரும்பும் பழைய பெயர்: _____

Name to be changed to: _____

மாற்ற விரும்பும் புதிய பெயர்: _____

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.

குறிப்பு: திருமணத்திற்குப் பிறகு குடும்பப் பெயர் மாற்றத்திற்கு, தயவுசெய்து திருமண சான்றிதழின் நகலைச் சமர்ப்பிக்கவும். பெயரில் குறிப்பிடத்தக்க மாற்றத்திற்கான கோரிக்கை இருந்தால், கோரிக்கையுடன் அரசிதழ் அறிவிப்பு அல்லது செய்தித்தாதித்தான் விளம்பரத்தைச் சமர்ப்பிக்கவும். சிறியளவு மாற்றம் எனில், பிஎம்எல்ஐ-ஆல் ஏற்கப்படக்கூடிய சுய சான்றொப்பமிடப்பட்ட வழக்கமான அடையாளர் சான்றைச் சமர்ப்பிக்கவும்.

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

ஏற்கப்பட்ட முகவரிச் சான்றுகளாவன – ஆதார் அட்டை*, பாஸ்போர்ட், ஓட்டுநர் உரிமம், வாக்காளர் அடையாள அட்டை, NREGA வேலை அட்டை மற்றும் புகைப்படம் மற்றும் பான் அட்டையுடன் "பெயர் மற்றும் முகவரி" உள்ள தேசிய மக்கள்தொகை பதிவேட்டினால் அளிக்கப்பட்டுள்ள கடிதம்.

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

* ஆதார் அட்டை சமர்ப்பிக்கப்படுமானால், ஆதார் எண்ணின் முதல் 8 இலக்கங்கள் மறைக்கப்பட வேண்டும்

<input type="checkbox"/> Change in Date of Birth: Please tick as applicable: (v):	Policy Holder <input type="checkbox"/>	Policy Insured <input type="checkbox"/>	Appointee <input type="checkbox"/>	Beneficiary <input type="checkbox"/>	New DOB: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y						
<input type="checkbox"/> பிறந்த தேதியில் மாற்றம்: தயவுசெய்து பொருந்துபவற்றை டிக் செய்யவும்: (v):	பாலிசிதாரர் <input type="checkbox"/>	காப்பீடு செய்யப்பட்ட பாலிசி <input type="checkbox"/>	நியமிக்கப்பட்டவர் <input type="checkbox"/>	பயனாளி <input type="checkbox"/>	புதிய பிறந்த நாள்:								

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.

குறிப்பு: புதிய பிறந்த தேதிக்கு, பிஎம்எல்ஐ-ஆல் ஏற்கப்படக்கூடிய சுய கையொப்பமிடப்பட்ட வழக்கமான அடையாளர் சான்றைச் சமர்ப்பிக்கவும். பிறந்த தேதியின் திருத்தங்களானது தொடர்புடைய காப்பீட்டுத் திட்டத்தின் அண்டர்ரைட்டிங் வழிமுறைகள் மற்றும் வயது தகுதிக்கு உட்படும். தேதியில் மாற்றங்கள் செய்யப்பட்டால், பிரீமியம் அல்லது உத்தரவாதம் அளிக்கப்பட்ட தொகை அதிகரிக்கக்கூடும்/குறையக்கூடும்.

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

பயனாளிகளை மாற்றுவதற்கான கோரிக்கை: நான், _____ பயனாளிகளை மாற்றுவதன் சட்ட விளைவுகளை முழுவதும் புரிந்துகொண்டு இந்த மாற்றத்தை முன்மொழிகிறேன்.

From இவரிடமிருந்து	To இவருக்கு	Relationship உறவுமுறை	Date of Birth (DDMMYY) பிறந்த தேதி (DDMMYY)	% share % பங்கு	Gender பாலினம்	Marital Status திருமண நிலை	Nationality தேசிய இனம்

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.

குறிப்பு: பிஐ மற்றும் பிஓ ஒன்றாக இருந்து, காப்பீட்டு பலன் இருந்தால் மட்டுமே பயனாளி மாற்றத்திற்கான கோரிக்கைச் செயல்படுத்தப்படும். மூன்றுக்கும் அதிகமான பயனாளிகள் இருந்தால், ஒன்றுக்கும் மேற்பட்ட பயனாளி படிவத்தை நிரப்ப வேண்டும். முழு நியமனம் எனில், பயனாளி/நியமிக்கப்பட்டவரை மாற்றுவதற்கான கோரிக்கையைச் செயல்படுத்த முடியாது. பயனாளி அல்லது பயனாளியாக நியமிக்கப்பட்டவர் முதிர்வயதடையாதவர் எனில் நியமிக்கப்பட்டவரின் விவரங்களைக் கீழே உள்ளிடவும்.

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

நியமிக்கப்பட்டவரை மாற்றுவதற்கான கோரிக்கை: நான், _____ நியமிக்கப்பட்டவர்களை மாற்றுவதன் சட்ட விளைவுகளை முழுவதும் புரிந்துகொண்டு இந்த மாற்றத்தை முன்மொழிவாக அறிவிக்கிறேன்.

From இவரிடமிருந்து	To இவருக்கு	Relationship உறவுமுறை	Date of Birth (DDMMYY) பிறந்த தேதி (DDMMYY)	% share % பங்கு

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____
பாலினம்: _____ திருமண நிலை: _____ தேசிய இனம்: _____

Important Information:**முக்கியத் தகவல்:**

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable)
கோரிக்கையுடன் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட அனைத்து ஆதரவுச் சான்றுகள் மற்றும் ஆவணங்களும் பாலிசிதாரரினால் / உரிமை மாற்றம் பெற்றவரினால் சுய சான்றொப்பமிடப்பட வேண்டும்.
- 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
ஏற்கத்தக்க வயது/ஐடி மற்றும் முகவரிச் சான்றுக்கு, எங்கள் நிறுவனத்தின் தொடுகை புள்ளிகளில் ஏதேனும் ஒன்றை தொடர்பு கொள்ளவும். கோரிக்கை ஏற்காததைத் தவிர்ப்பதற்காக, வேண்டுகோளின் போது சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டிய பாலிசருக்கு அசல் அடையாள சான்று
- 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
பெயர், பிறந்த நாள் மாற்றம், கையொப்பத்தில் மாற்றத்திற்கான கோரிக்கை எழுப்பப்படுமானால் பாலிசிதாரரின் புகைப்படம் கட்டாயமாக சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்
- 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
தன்னியக்க-வெஸ்டிங் எனில், கோரிக்கையில் புதிய பாலிசிதாரர் கையொப்பமிட வேண்டும். பதிவுகளில் புதுப்பிப்பதற்கு, புதிய பாலிசிதாரர் கையொப்பமிட்ட சரியான அடையாளச் சான்று (ஓட்டுநர் உரிமை, பாஸ்போர்ட், பான்கார்டு போன்றவை) பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். இந்தக் கோரிக்கையுடன் பயனாளி கோரிக்கைப் படிவத்தைச் சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.
- 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)
கருப்பு எழுத்துக்களில் ஒரு கருப்பு பால்பாய்ண்ட் பேனாவைக்கொண்டு விண்ணப்பப் படிவத்தை தயவுசெய்து பூர்த்தி செய்யவும். தொடர்பில்லா நெடுவரிசைகளானது பொருத்தாதவை (பொ/இ) எனக் குறிக்கும் வகையில் குறுக்கே அடிக்க வேண்டும்
- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card
பான் அட்டைக்குப் பதிலாக சமர்ப்பிக்க வேண்டியதிருந்தால் பிஎன்பி மெட்லைஃப் வடிவத்தில் படிவம் 60 இருக்க வேண்டும்.

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:

கையொப்பத்தில் மாற்றம் / பல கையொப்பம்: நான்/நாங்கள், _____ பாலிசி உரிமையாளர் / காப்பீடு செய்தவர் என்ற முறையில் கீழே மாதிரி பெட்டியில் உள்ளவை எனது/எங்களது கையொப்பங்கள் எனத் தெரிவிக்கிறேன். _____ நாள் _____, 20_____ அன்று இவற்றை நாங்கள் இட்டோம். இந்த / இத்தகைய பாலிசிகளுக்காகப் பெறப்படும் அனைத்து எதிர்கால கோரிக்கைகளுக்கும் கீழேயுள்ள கையொப்பத்தைப் பயன்படுத்த உறுதியளிக்கிறேன்/உறுதியளிக்கிறோம். கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள கையொப்பங்களைக் கொண்ட இந்த / இத்தகைய பாலிசிகளுக்காகப் பெறப்பட்ட ஏதாவது எதிர்கால கோரிக்கைகளைச் செயல்படுத்தும்போது, சட்டப்படி, அரசு அல்லது ஒழுங்குமுறை அமைப்பு உள்ளடக்கிய எவராலும் பிஎன்பி மெட்லைஃபுக்கு எதிராக கிளமம், பொறுப்பு, கட்டணம், கோரிக்கை, நடவடிக்கை அல்லது செயல்முறை ஆவணங்கள் ஆகியவற்றைத் துவக்குவதிலிருந்து பாதிப்பில்லாத பிஎன்பி மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டை பாதுகாக்க மற்றும் வைத்திருக்க ஒப்புக்கொள்கிறேன்/ஒப்புக்கொள்கிறோம்:

Signature (Old) as per PNB MetLife records பிஎன்பி மெட்லைஃப்பின் பதிவேடுகளில் உள்ளபடி (பழைய) கையொப்பம்	Signature (New) கையொப்பம் (புதியது)

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)

வங்கி சான்றொப்பம் எனில் நிரப்பப்பட வேண்டும்: (மேலே இடப்பட்டுள்ள கையொப்பம் என்னால் சரிபார்க்கப்பட்டு, எங்கள் வங்கியுடன் பொருந்துகிறது என்பதை உறுதியளிக்கிறேன்)

Name of the Bank: _____ Branch Name: _____ Name of Bank Employee: _____
வங்கியின் பெயர்: _____ கிளையின் பெயர்: _____ வங்கி ஊழியரின் பெயர்: _____
Bank Account No: _____ Bank Employee Code: _____
வங்கிக் கணக்கு எண்: _____ வங்கி ஊழியர் குறியீடு: _____

Bank Employee
Signature and Bank Seal
வங்கி ஊழியர்
கையொப்பம் மற்றும்
வங்கி முத்திரை

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

குறிப்பு: கீழ்வரும் ஆவணங்களில் ஒன்றின் நகல் புகைப்பட அடையாளச் சான்றாக ஏற்றுக்கொள்ளப்படும் மற்றும் அதன் புதிய கையொப்பத்தைப் பதிவு செய்ய தேவைப்படுகிறது. கையொப்ப மாற்றத்திற்கு பாலிசி உரிமையாளரின் வருகை கட்டாயமாகும். பிஎன்பி மெட்லைஃப் பதிவேடுகளுடன் பாலிசி உரிமையாளரின் பழைய கையொப்பம் பொருந்தவில்லையெனில், அசல் ஆவணங்களை உரிமையாளர் அளிக்க வேண்டும்

Driving License ஓட்டுநர் உரிமை Passport பாஸ்போர்ட் Pan Card பான் கார்டு Any Govt. issued ID and signature proof எந்த அரசாலும் வழங்கப்பட்ட ஏதாவதொரு சான்று மற்றும் கையொப்பச் சான்று

Section B: Change in Policy Features**பிரிவு B: பாலிசி அம்சங்களில் மாற்றம்**

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

பிரீமியம் செலுத்துதல் வகையில் மாற்றம்: பொருத்தமானதை தயவுசெய்து டிக் செய்யவும்: (✓):

From: Monthly Quarterly Semi-Annual Annual To: Monthly Quarterly Semi-Annual Annual
இதிலிருந்து: மாதாந்திரம் காலாண்டு அரையாண்டு வருடாந்திரம் பெறுநர்: மாதாந்திரம் காலாண்டு அரையாண்டு வருடாந்திரம்

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.

குறிப்பு: முறையில் ஏதேனும் மாற்றங்கள் செய்ய வேண்டுமெனில், பாலிசி வருடத்தின் முடிவுக்கு 15 நாட்களுக்கு முன்னதாகச் செய்யலாம் பிரீமியம் செலுத்துதல் முறையை குறைவான இடைவெளியில் செலுத்தும் முறையிலிருந்து அதிகமான செலுத்தும் முறைக்கு மாற்றுவது, அடுத்த பாலிசி வருடத்தில்தான் அமலுக்கு வரும்.

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

பிரீமியம் செலுத்துதல் வகையில் மாற்றம்: நேரடி பற்று ஏசிஎச் ஆட்டோ டெபிட் (ஆக்சிஸ் வங்கி வாடிக்கையாளர்களுக்கு மட்டும்)

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.

குறிப்பு: தேர்வு செய்யப்பட்ட பிரீமியம் செலுத்துதல் வகை நேரடி டெபிட் / ஏசிஎச் / ஆட்டோ டெபிட் எனில், தேவையான நிலையான அறிவுறுத்தல் ஆணை இணைக்கப்பட வேண்டும். செலுத்துதல் முறையில் மாற்றங்கள் ஏற்படுத்தும்போது, பொருந்தும் இடங்களில், மாற்றப்பட்ட பிரீமியத்தின் அடிப்படையில் கழிக்கப்பட்ட தொகை மாற்றப்படும்.

Change in Sum Assured/ Change in Premium: Increase Decrease from Rs. _____ to Rs. _____
 உத்தரவாதம் அளிக்கப்பட்ட தொகையில் அதிகரித்தல் குறைத்தல் ரூ. _____ -லிருந்து ரூ. _____-க்கு

மாற்றம் / பிரீமியத்தில் மாற்றம்:

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.

குறிப்பு: உத்தரவாதம் அளிக்கப்பட்ட தொகை / பிரீமியத்தில் ஏதேனும் மாற்றங்கள் செய்ய வேண்டுமெனில், பாலிசி வருடத்தின் நிறைவு தேதிக்கு 15 நாட்களுக்கு முன்னதாகச் செய்யலாம். உத்தரவாதம் அளிக்கப்பட்ட தொகையை அதிகப்படுத்துவதற்கு, கூடுதல் ஆவணங்கள் கேட்கப்படலாம். பொருந்துதலுக்குத் திட்டவிதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளைப் பார்க்கவும்

Addition/Deletion of Riders: Addition Deletion Revised Sum Assured of the Rider (Only in case of Addition):
 ரைடர்களைச் சேர்த்தல் / நீக்குதல்: சேர்த்தல் நீக்குதல் ரைடரின் திருத்தப்பட்ட, உத்தரவாதம் அளிக்கப்பட்ட தொகை (சேர்த்தலின் போது மட்டும்):
 Accidental Death Benefit Rider Critical Illness Rider Death Benefit Rider Waiver of Premium Rider **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.
 விபத்து இறப்புக்காலப் பயன் ரைடர் தீவிர நோய் ரைடர் இறப்புக் காலப் பயன் ரைடர் பிரீமியம் தள்ளுபடிக்கான ரைடர் **குறிப்பு:** பொருந்துதலுக்குத் திட்டவிதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளைப் பார்க்கவும்.

Cover Continuance during Premium Discontinuation: Opt In Opt Out
 பிரீமியம் செலுத்துவதிலிருந்து விலகும்போது காப்பீட்டைத் தொடர்தல்: சேர் விலகு

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.

குறிப்பு: பாலிசியானது பிரீமியம் செலுத்துவதிலிருந்து விலகியிருக்கும் நிலையில் இருக்கும் போது மட்டுமே காப்பீட்டைத் தொடர முடியும். காப்பீடு தொடரும் காலத்தில், விதிகள் மற்றும் நிபந்தனைகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து கட்டணங்களும் குறைக்கப்படும். விதிகள் மற்றும் நிபந்தனைகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள முன்கூட்டியே நிறுத்துவதற்கான நிபந்தனைகளின்படி பாலிசி முதிர்வு காலத்திற்கு முன்னரே முடிக்கலாம்.

Change in Non-Forfeiture Option: Automatic Premium Loan (APL) Reduced Paid up **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.
 விருப்பத்தில் மாற்றம்: ஆட்டோமேட்டிக் பிரீமியம் லோன் (ஏபிஎல்) குறைக்கப்பட்ட செலுத்துதல் **குறிப்பு:** பொருந்துதலுக்குத் திட்டவிதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளைப் பார்க்கவும்..

Death Benefit Option Change: I wish to change the death benefit option of my mentioned product: Met Smart Met Ultimate
 இறப்பிற்குப் பின்னான பலன் தொடர்பான விருப்பத்தில் மாற்றம்: குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எனது மெட் ஸ்மார்ட் மெட் அல்டிமேட்
 திட்டத்தின் இறப்பிற்குப் பின்னான பலனை மாற்ற விரும்புகிறேன்:

Change from இதிலிருந்து மாற்றவும்		Change to இதற்கு மாற்றவும்	
Option Type விருப்ப வகை	Tick the option விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்	Option Type விருப்ப வகை	Tick the option விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்
Option A தெரிவு அ		Option A தெரிவு அ	
Option B தெரிவு ஆ		Option B தெரிவு ஆ	

Paid up & Revival Request (applicable for New ULIP policies issued post 2013 where customer has paid premium for 5 years)
 செலுத்தப்பட்ட (பெய்ட் அப்) மற்றும் புதுப்பிப்புக் கோரிக்கை (5 ஆண்டுகளுக்கு வாடிக்கையாளர் பிரீமியம் செலுத்திய 2013-க்குப் பின்னர் வழங்கப்பட்ட புதிய யுலிப் பாலிசிகளுக்குப் பொருந்தும்)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy: Opt for 2 years Revival period Opt for reduced paid up
 புதிய யுலிப் பாலிசியில் 5 ஆண்டுகள் செலுத்திய பின்: 2 ஆண்டுகள் புதுப்பிப்புக் காலத்தைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் குறைக்கப்பட்ட செலுத்துதலைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்

Note: (Request to be submitted 10 days prior to the discontinuance fund movement date)
குறிப்பு: (இடைநிற்றல் நிதிப் மாற்ற நாளுக்கு 10 நாட்களுக்கு முன்னர் சமர்ப்பிக்கப்படடி கோரப்படுகிறது)

Benefit option (Product Name: _____)
 ஆதாயத்தின் தேர்வு (பொருளின் பெயர்: _____)
 Accrual of Income: Opt in Opt out
 சேர்ந்துள்ள வருமானம்: தேர்வு உள்ளே தேர்வு வெளியே
 Payment of Income: Opt in Opt out
 வருமான வழங்கல்: தேர்வு உள்ளே தேர்வு வெளியே

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.

பாலிசிடாரரின் உறுதிமொழி: இந்தக் கடிதத்துடன் இணைக்கப்பட்ட உறுதிமொழி, ஒப்பந்தம் மற்றும் அங்கீகரித்தல் ஆகியவை, மேலே கூறப்பட்ட கோரிக்கையைச் செயல்படுத்துவதற்காக, பிஎன்பி மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் ("பிஎன்பி மெட்லைஃப்") கோரும் தேவையான உறுதிமொழிகள் மற்றும் அங்கீகரித்தலாகக் கருதப்படும், மேலும் அதை எதிர்காலத்தில் எதிர்க்கமாட்டேன். இந்தக் கோரிக்கையுடன் பொருந்துபவை உட்பட எல்லாப் பாலிசி விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளையும் படித்து, அறிந்துகொண்டேன் என்பதை உறுதியளிக்கிறேன். பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு ஏற்ப எனது கோரிக்கை செயல்படுத்தப்படும் என்பதையும் ஏதேனும் தவறான அல்லது முழுமையில்லாத விவரங்களைக் கொண்ட இந்தக் கோரிக்கையிலிருந்து உருவாகும் அனைத்து விளைவுகளுக்கும் நான் முழு பொறுப்பாவேன் என்பதையும் அறிந்துகொண்டு ஏற்கிறேன். தொலைபேசி அழைப்புகள், எஸ்எம்எஸ் அல்லது மின்னஞ்சல்கள் மூலம் பரிவர்த்தனைகள், பாலிசி செலுத்துதல் நினைவூட்டிகள் போன்றவற்றிற்கு பிஎன்பி மெட்லைஃப் என்னைத் தொடர்புகொள்ளும் என்பதையும், மேலும் இவை தேவையில்லாத விளம்பர அழைப்புகள்/மின்னஞ்சல்களாக எடுத்துக்கொள்ளப்படாது என்பதையும், தொடர்புகொள்ள முடியாத நேரங்களில் எனது கோரிக்கை நிராகரிக்கப்படலாம் என்பதையும் அறிவேன்.

Signature/Thumb Impression of Policy Holder _____

பாலிசிதாரரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் ரேகை _____

Signature of Joint Life (Second Life) _____

கூட்டு ஆயுள்தாரின் (இரண்டாம் ஆயுள்தாரர்) கையொப்பம் _____

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

காப்பீடு பெற்றுள்ளவரின் கையொப்பம் / கைரேகை _____
(பாலிசி உரிமையாளர் அல்லாத வேறொருவராக இருந்தால்)

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

உரிமைமாற்றம் பெறுபவரின் கையொப்பம் / கைரேகை _____
(பாலிசியை நிபந்தனையற்ற / நிபந்தனையுடன் மாற்றக்கம் செய்யத் தேவைப்படலாம்)

Date: DD-MM-YYYY

Place: _____

தேதி: DD-MM-YYYY

இடம்: _____

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

குறிப்பு: நிபந்தனையுடன் ஒதுக்கப்பட்ட பாலிசிகளுக்கு, கோரிக்கையில் உரிமை பெற்றவர் மற்றும் மாற்றுபவர் கையொப்பமிட வேண்டும்

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.

வட்டார மொழி பிரகடனம்: பாலிசிதாரரின் கையொப்பங்கள் விரல் ரேகையாக (இடது பெருவிரல் பதிவு) இருந்தால் அல்லது வட்டார மொழியில் இருந்தால் நிரப்பப்பட வேண்டும்:

****பொருந்தாதவற்றை அடித்து விடுங்கள். எனக்குத் தனிப்பட்ட விதத்தில் தெரிந்த படிப்பறிவற்றவருக்கு / வட்டார மொழி தெரிந்த விண்ணப்பதாரருக்கு அவணத்தில் உள்ள விஷயங்கள் வாசித்துக் காட்டப்பட்டன. மேலும், **இதை அவர் பூர்த்தி செய்து தன்னுடைய கையொப்பத்தை இட்டிருக்கிறார் / விண்ணப்பதாரரின் அறிவுறுத்தலின்படி அவருடைய எழுத்தராக நான் நிரப்பியிருக்கிறேன். விண்ணப்பதாரர் என்னுடைய முன்னிலையில் இங்குள்ள விஷயங்களை முழுமையாகப் புரிந்துகொண்ட பின்னர் தன்னுடைய **இடது கட்டைவிரல் ரேகையை / கையொப்பத்தை வட்டார மொழியில் இட்டிருக்கிறார்.**

Name of Declarant/Witness: _____ Date: DD-MM-YYYY

Place: _____

Signature: _____

அறிவிப்பாளர்/சாட்சியின் பெயர்: _____ தேதி: DD-MM-YYYY

இடம்: _____

கையொப்பம்: _____

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

Request received from: Customer Customer Representative Bank Courier

கிளையின் பயன்பாட்டுக்கு மட்டும்: கிளைச் சேவைகளினால் நிரப்பப்பட வேண்டும் – அவசியமானது

கோரிக்கையை அளித்தவர்: வாடிக்கையாளர் பிரதிநிதி வங்கி கூரியர்
வாடிக்கையாளர்

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

படிவத்தைப் பெற்றுகொண்டவர்: ஊழியர் பெயர்: _____ ஊழியர் ஐடி: _____ ஊழியர் கையொப்பம்: _____

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY

Request received Time at Branch: HH:MM

கிளையில் கோரிக்கை பெறப்பட்ட நாள்: DD-MM-YYYY

கிளையில் கோரிக்கையைப் பெற்ற நேரம்: HH:MM

Branch Stamp
கிளை முத்திரை

Acknowledgement Slip

ஒப்புதல் ரசீது

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

பாலிசி / தீர்வு எண் _____ விஷயமாக _____ கோரிக்கையைப் பெற்றுக்கொண்டோம்.

கிளையில் கோரிக்கை பெறப்பட்ட நாள்: DD-MM-YYYY இல் HH:MM

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

பெற்றவர்: தொழிலாளர் குறியீடு _____ தொழிலாளர் பெயர் _____ நாள் மற்றும் நேர முத்திரை / கிளையின் முத்திரை

Branch Stamp
கிளை முத்திரை