

Customer Details and Policy Feature Change Request Form

صارف کی تفصیلات اور پالیسی کے فیچرز کی تبدیلی کا درخواست فارم



Milhan life aage badhanie

Photograph of Policy Holder

پالیسی ہولڈر کا فوٹو

Policy Details:

*Policy Number:

*Date:

پالیسی کی تفصیلات:

*پالیسی نمبر:

*تاریخ:

**Application Number (Mera Mediclaim Plan): _____

**رخواست نمبر (میرا میڈی کلیم پلان): _____

*Name of the Policyholder: _____

*پالیسی کے مالک کا نام: _____

Gender: Male Female Transgender

جنس: مرد عورت مخنث

*Mobile Number: _____ Email ID: _____

#PAN No / Form 60 : _____

پین نمبر / فارم 60: _____

*#Aadhaar No: _____

*#پہلی اے این نمبر:

*All fields are mandatory

*تمام فیلڈ لازمی ہیں

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

مندرجہ بالا فراہم کردہ پین / اے این / ادھار نمبر پالیسی ریکارڈز میں اپ ڈیٹ کر دیا جائے گا۔ براہ کرم پی اے اے این کی تازہ کاری کے لیے خود مصدقہ پی اے اے این کارڈ کی کاپی جمع کرائیں۔

*#Only last 4 digits of Aadhaar No. to be mentioned. **Application number to be updated for Mera Mediclaim Plan

*#ادھار نمبر کے صرف آخری چار ہندسے درج کریں۔ **میرا میڈی کلیم پلان کے لیے درخواست نمبر اپ ڈیٹ کیا جائے گا

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

بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات: براہ کرم این ای ایف ٹی کے ذریعے اس پالیسی سے باہر ہونے والی ادائیگیوں کے لیے بنائے گئے اپنے بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات شیئر کریں

* Policyholder name as per Bank records: _____

بینک ریکارڈز کے مطابق پالیسی کے مالک کا نام: _____

* Bank Name: _____ Branch Name: _____

بینک کا نام: _____ برانچ کا نام: _____

* Bank Account No: _____

بینک اکاؤنٹ نمبر:

* Bank Account Type: Savings Current NRE NRO کرنٹ سیونگ

بینک اکاؤنٹ کی قسم:

* IFSC Code: _____ MICR Code: _____

آئی ایف ایس سی کوڈ: _____ ایم آئی سی آر کوڈ:

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.

نوٹ: براہ کرم منسوخ شدہ چیک / بینک پاس بک / بینک اسٹیٹمنٹ کی کاپی پہلے سے پرنٹ شدہ اکاؤنٹ نمبر کے ساتھ بینک کی سٹیٹمنٹ، پالیسی رکھنے والے کا نام اور آئی ایف ایس سی کوڈ جمع کرائیں۔ براہ کرم تصدیق کے لیے برانچ پر اصلی دستاویزات لائیں۔

In case the request is being submitted through Third-Party, please submit cancelled cheque of the policy holder 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 policy owner OR ID proof like Passport/ Aadhaar Card*/ Driving License in original of the policy owner. Copy of same ID proof which is self-attested by the policy owner needs to be carried and submitted. * If Aadhaar card is submitted first 8 digits of Aadhaar No. to be masked.

اس صورت میں کہ درخواست کسی تیسرے فریق کے ذریعے جمع کروائی جا رہی ہو، تو براہ کرم پالیسی ہولڈر کے پی این بی میٹ لائف کو ادا کردہ پریمیم کی عکاسی کرتے ہوئے منسوخ شدہ چیک بینک کی سٹیٹمنٹ کی کاپی کے ساتھ جمع کرائیں یا جیسا پروپوزل لاگ ان کے وقت فراہم کیا گیا ویسا ہی اکاؤنٹ نمبر رکھنے والی بینک سٹیٹمنٹ کی نقل یا اصل آئی ڈی کا ثبوت جیسا پالیسی کے مالک کے پروپوزل لاگ ان کے وقت فراہم کیا گیا تھا یا آئی ڈی کا ثبوت جیسا کہ پالیسی کے مالک کا اصلی پاسپورٹ / *ادھار کارڈ / ڈرائیونگ لائسنس۔ اسی آئی ڈی ثبوت کی نقل جو پالیسی کے مالک کی ذاتی مصدقہ ہے اسے ساتھ لائے اور جمع کرائے کی ضرورت ہے۔ * اگر ادھار کارڈ جمع کروایا جائے تو ادھار نمبر کے ابتدائی 8 ہندسوں کو چھپا دیں۔

Section A: Change in Personal Details

ذاتی تفصیلات میں تبدیلی: اے سیکشن

Address/Contact details updation: Please tick as applicable: (V): Mailing Address Permanent Address Both پتہ/رابطے کی تفصیلات کی تازہ کاری: براہ کرم جہاں قابل اطلاق ہو وہاں ٹیک لگائیں (V): ڈاک کا پتہ مستقل پتہ دونوں

Office No.: _____ Mobile No.: _____ Alternate No.: _____

دفتر کا نمبر: _____ موبائل نمبر: _____ متبادل نمبر: _____

Email ID: _____ Alternate Email ID: _____ Residence No: _____

ای میل آئی ڈی: _____ متبادل ای میل آئی ڈی: _____ رہائشی نمبر: _____

* 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

آپ ماحول دوست بننا چاہتے ہیں اور ای میل آئی ڈی رجسٹر کرنا چاہتے ہیں جس پر آپ پالیسی سے متعلقہ تمام معلومات وصول کر سکیں۔ مادی قسم کی تمام مواصلات روک دی جائیں گی۔ ہاں نہیں

* Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above.

ذاتی سروس کے لیے آپ کی پی ایس آئی ڈی / پاس ورڈ مندرجہ بالا معلومات کی بنیاد پر تخلیق کیے جائیں گے۔

* 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 اگر نیا پتہ ہندوستان کے علاوہ کہیں کا ہے تو FATCA / CRS سے متعلق سوالنامہ علاحدہ طور پر جمع کیا جانا ہے۔

Valid self-attested passport copy with entry and exit details to be submitted along with the request اگر نیا پتہ ہندوستان کے علاوہ کہیں کا ہے تو FATCA / CRS سے متعلق سوالنامہ علاحدہ طور پر جمع کیا جانا ہے۔

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

پی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ
رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک، IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔
سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883، ویب سائٹ: www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں، ٹیکنیپلیکس 1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکر فلائی اوور، گوریگان (ویسٹ)، ممبئی - 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

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).

نوٹ: براہ کرم نئے میلنگ پتے کے لیے پی ایم ایل آئی کو قابل قبول ذاتی طور پر تصدیق شدہ معیاری پتے کا ثبوت جمع کرانی ہوں۔ (سولوشن مصنوعات کے لیے، تبدیلیاں تمام پالیسیوں کے لیے قابل اطلاق ہوں گی)۔

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.

پتے کے قابل قبول ثبوت یہ ہیں – آدھار کارڈ*، پاسپورٹ، ڈرائیونگ لائسنس، ووٹرز شناختی کارڈ، NREGA ملازمتی کارڈ اور قومی آبادی رجسٹر جس میں تصویر کے ہمراہ نام اور پتے کی تفصیلات شامل ہوں۔

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

*اگر آدھار کارڈ جمع کروایا جائے تو آدھار نمبر کے ابتدائی 8 ہندسوں کو چھپا دیں

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

نام بدلنے کی درخواست: **براہ کرم جہاں قابل اطلاق ہو ٹک لگائیں (v):** پالیسی ہولڈر / شخص بیمہ شدہ تقرری / فائدہ اٹھانے والا / باپ

Name to be changed from: _____

نام جس سے تبدیل کرنا ہے: _____

Name to be changed to: _____

نام جس پر تبدیل کرنا ہے: _____

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.

نوٹ: شادی کے بعد نام کے آخری حصے میں تبدیلی کے لیے، براہ کرم اپنا شادی کا سرٹیفیکیٹ جمع کرانیں۔ نام میں اہم تبدیلی پر مشتمل کسی دوسری درخواست کے لیے، براہ کرم درخواست کے ہمراہ گیزٹ کا نوٹیفیکیشن یا اخبار کا اشتہار جمع کروائیں۔ نام میں معمولی درستگی کی صورت میں براہ کرم ذاتی طور پر تصدیق شدہ اور پی ایم ایل آئی کو قابل قبول معیاری شناختی ثبوت جمع کرانیں۔

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

پتے کے قابل قبول ثبوت یہ ہیں – آدھار کارڈ*، پاسپورٹ، ڈرائیونگ لائسنس، ووٹرز شناختی کارڈ، NREGA ملازمتی کارڈ اور قومی آبادی رجسٹر جس میں تصویر کے ہمراہ نام اور پتے کی تفصیلات شامل ہوں۔

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

*اگر آدھار کارڈ جمع کروایا جائے تو آدھار نمبر کے ابتدائی 8 ہندسوں کو چھپا دیں

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
---	---	---	---	---	---	---	---

تاریخ پیدائش میں تبدیلی: **براہ کرم جہاں قابل اطلاق ہو ٹک لگائیں (v):** پالیسی ہولڈر فائدہ اٹھانے والا تقرری مستفید نیا ڈی او بی:

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.

نوٹ: براہ کرم نئی تاریخ پیدائش کے لیے ذاتی طور پر تصدیق شدہ اور پی ایم ایل آئی کو قابل قبول عمر کا معیاری ثبوت جمع کرانیں۔ تاریخ پیدائش کی کوئی درستگی متعلقہ انشورنس مصنوعہ کی تحریر کردہ ہدایات، اور عمل کی اہلیت کے پیمانے اگر کوئی ہوا، تو اس پر منحصر ہو گی۔ تاریخ پیدائش میں تبدیلی پریمیم یا بیمہ شدہ رقم میں کمی/اضافے کا سبب بن سکتی ہے۔

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

مستفید کی تبدیلی کی درخواست: میں _____ اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ میں تمام قانونی پیچیدگیوں کو سمجھتے ہوئے ان مستفیدگان کی تبدیلی تجویز کر رہا/رہی ہوں۔

From منجانب	To بنام	Relationship تعلق	Date of Birth (DDMMYY) دن مہینہ سال (DDMMYY)	% share شئیر %	Gender جنس	Marital Status ازدواجی حیثیت	Nationality قومیت

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.

نوٹ: مستفید کی تبدیلی کی درخواست پر صرف اسی صورت میں عملدرآمد کیا جاسکتا ہے جب پی آئی اور پی او ایک ہی وہی شخص ہوں اور اگر بیمہ سود موجود ہو۔ متعدد مستفید کا فارم تین سے زائد مستفید ہونے والے افراد کے لیے بھرا جائے۔ حقیقی تقویض شدہ مستفید/نامزد شخص کی تبدیلی کی درخواست پر کارروائی نہیں ہوسکتی ہے، اگر مستفید یا نامزد شخص نابالغ ہو، تو براہ کرم تقرر کرنے کے لیے تفصیلات نیچے بھریں۔

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

تقرر کرنے والے کی تبدیلی کی درخواست: میں _____ اعلان کرتا ہوں کہ میں قانونی مضمرات کو پوری طرح سمجھتے ہوئے اس تقرر کرنے والے کی تبدیلی کی تجویز کر رہا ہوں۔

From منجانب	To بنام	Relationship تعلق	Date of Birth (DDMMYY) دن مہینہ سال (DDMMYY)	% share شئیر %

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____
جنس: _____ ازدواجی حیثیت: _____ قومیت: _____

Important Information:

اہم معلومات:

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable)
درخواست کے ساتھ جمع کردہ تمام معاونتی ثبوت اور دستاویزات اور یہ پالیسی کے مالک/تفویض کنندہ (جیسے قابل اطلاق ہو) کی جانب سے ذاتی طور پر تصدیق شدہ ہونا چاہیے
- For acceptable Age /ID and Address proof, please contact any of our Company's touch points. The original ID Proof of the Policy Owner to be mandatorily presented at the time of request submission to avoid non-acceptance of request
قابل قبول عمر / آئی ڈی اور پتے کے ثبوت کے لیے، براہ کرم ہماری کمپنی کے کوئی سے بھی ٹچ پوائنٹس سے رابطہ کریں۔ درخواست کی عدم قبولیت سے بچاؤ کے لیے پالیسی کے مالک کا اصل آئی ڈی درخواست جمع کروانے ہونے لازمی طور پر پیش کیا جانا چاہیے۔
- 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
اگر درخواست کو نام کی تبدیلی، تاریخ پیدائش میں تبدیلی، دستخط میں تبدیلی کے لیے جمع کروایا جائے، تو پالیسی کے مالک کی تصویر لازماً جمع کروانا ہوگی۔
- In case of Auto Vesting, the request to be signed by new Policy Owner. Signed valid ID proof (like Driving License, Passport, PAN Card etc.) of the new Policy Owner should be taken for updation in records. Beneficiary request form should accompany with this request
اٹو ویسٹنگ کی صورت میں، درخواست پالیسی کے نئے مالک کی جانب سے دستخط شدہ ہونی چاہیے۔ ریکارڈز میں تازہ کاری کے لیے پالیسی کے نئے مالک کا دستخط شدہ موزوں آئی ڈی کا ثبوت (جیسا کہ ڈرائیونگ لائسنس، پاسپورٹ، پی اے این کارڈ وغیرہ) لیا جانا چاہیے۔ درخواست کے ساتھ مستفید کا درخواست کا فارم ہونا چاہیے
- 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)
براہ کرم درخواست فارم بڑے حروف میں سیاہ بال پوائنٹ کے ساتھ پُر کریں۔ غیر متعلقہ کالم/کالمز بطور (ناقابل اطلاق) چھوڑ دینے چاہیں۔
- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card
اگر PAN کارڈ کی جگہ فارم 60 جمع کروایا جائے تو اسے PNB MetLife میں ہونا ضروری ہے

Change in Signature / Multiple Signature: 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 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:

دستخط میں تبدیلی: / ایک سے زائد دستخط: میں/میں، _____، بطور پالیسی کے مالک/زیر بیمہ شخص یہاں اقرار کرتے ہیں کہ ذیل میں مندرجہ مخصوص باکسز متعین کردہ برائے _____ دن _____، 20_____. میں/میں ہمارے دستخط پر مشتمل ہیں۔ میں/میں مزید وضاحت کرتے ہیں کہ بعد ازاں، ذیل میں دیے گئے دستخط اس/ان پالیسیز کے لیے وصول شدہ تمام درخواستوں کے لیے مستقبل میں مدنظر رکھے جائیں گے اور ہمیں این بی میٹ لائف انڈیا انشورینس کو لمیٹڈ، کے بے ضرر حکومتی یا انضباطی فریق کے، ذیل میں شامل دستخط کے حامل کو اس/ان پالیسیز کے لیے وصول شدہ درخواستوں پر مستقبل میں عملداری کرنے کی بنیاد پر، پی این بی میٹ لائف کے خلاف شروع کردہ کسی دعوے، ذمہ داری، چارج، مطالبہ، عمل یا مرحلہ کا دفاع کرنے کے لیے اتفاق کرتے ہیں:

Signature (Old) as per PNB MetLife records (پہلے کی مینٹ لائف کے ریکارڈز کے مطابق دستخط (سابقہ))	Signature (New) (دستخط (موجودہ))

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)

بینک کی تصدیق کی صورت میں کریں: (میں اس طرح تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا دستخط کی میرے سے تصدیق کی گئی ہے اور یہ ہمارے بینک سے مطابقت رکھتے ہیں)

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

بینک کا نام: _____ برانچ کا نام: _____ بینک کے ملازم کا نام: _____

Bank Account No: _____ Bank Employee Code: _____

بینک اکاؤنٹ نمبر: _____ بینک ملازم کا کوڈ: _____

Bank Employee
Signature and Bank
بینک کے ملازم کا
دستخط اور بینک کی مہر

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. Policy Owner Walk-in is mandatory for Signature change. Original Policy Document is to be presented by the Policy Owner if old signature does not match with PNB MetLife records

نوٹ: ذیل کی کسی بھی دستاویزات کی کاپی کو بطور فوٹو شناخت کا ثبوت قبول کیا جائے گا اور نئے دستخط رجسٹر کرنے کے لیے یہ درکار ہیں۔ پالیسی دستخط کی تبدیلی کے لیے مالک کا خود آنا لازمی ہے۔ اگر سابقہ دستخط ہی این بی میٹ کے ریکارڈ سے مماثلت نہیں رکھتے تو اصل پالیسی کی دستاویز پالیسی کا مالک پیش کرے گا۔

Driving License

Passport

Pan Card

Any Govt. issued ID and signature proof

حکومت کی طرف سے جاری کردہ آئی ڈی اور دستخط کا ثبوت

پین کارڈ

پاسپورٹ

ڈرائیونگ لائسنس

Section B: Change in Policy Features

سیکشن بی: پالیسی فیچرز میں تبدیلی

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

پریمیم فریکوئنسی کی تبدیلی: براہ کرم جہاں قابل اطلاق ہو ٹک لگائیں (V):

From: Monthly Quarterly Semi-Annual Annual To: Monthly Quarterly Semi-Annual Annual

سہ ماہی ترمیم-سالانہ سہ ماہی ماہانہ ترمیم-سالانہ سہ ماہی ماہانہ

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.

نوٹ: پریمیم ادائیگی کی مینڈاٹ میں کوئی بھی تبدیلی پالیسی کا سال مکمل ہونے سے 15 دن پہلے کی جاسکتی ہے۔ پریمیم ادائیگی کی مینڈاٹ سے بلند مینڈاٹ میں تبدیلی پالیسی کا اگلا سال مکمل ہونے سے نافذ العمل ہوگی۔

Premium Payment Type Change: Direct Debit

ACH

Auto Debit (for Axis Bank Customer Only)

خود کار ڈیبٹ (صرف ایکس بینک کے صارفین کے لیے)

اے سی ایچ

براہ راست ڈیبٹ پریمیم ادائیگی کے طریقہ کار کی تبدیلی: براہ راست ڈیبٹ

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.

نوٹ: اگر منتخب شدہ پریمیم کی ادائیگی کا طریقہ براہ راست ڈیبٹ / اے سی ایچ / خود کار ڈیبٹ ہو تو، مطلوبہ سٹیٹنگ انسٹرکشن مینڈاٹ مندرجہ ذیل کی ضرورت ہوگی۔ موڈ میں تبدیلی پر اثر انداز ہونے کی صورت میں، منہا شدہ رقم کہیں بھی قابل اطلاق تبدیل شدہ پریمیم کے مطابق تبدیل کر دی جائے گی۔

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

بیمہ شدہ رقم میں تبدیلی / پریمیم میں تبدیلی: اضافہ کمی روپے سے _____ روپے تک

Note: Any Change in Sum Assured/Premium can be done 15 days 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.

نوٹ: پالیسی کی سالگرہ کی تاریخ شروع ہونے سے 15 دن پہلے تک بیمہ شدہ رقم/پریمیم میں کوئی بھی تبدیلی عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بیمہ شدہ رقم میں اضافے کی صورت میں، اضافی دستاویزات کا مطالبہ کیا جاسکتا ہے۔ براہ کرم اطلاق پذیری کے لیے مصنوعات کی شرائط و ضوابط کا حوالہ دیں۔

Addition/Deletion of Riders:

Addition

Deletion

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

نظر ثانی کی گئی رائیڈز کی بیمہ شدہ رقم (صرف اضافے کی صورت میں): حذف کاری اضافہ

رائیڈز کا اضافہ/حذف کاری:

Accidental Death Benefit Rider Critical Illness Rider Death Benefit Rider Waiver of Premium Rider **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.

حادثاتی موت کے فائدے کا رائیڈز شدید بیماری کا رائیڈز موت کے فائدے کا رائیڈز پریمیم رائیڈز کی دستبرداری **نوٹ:** براہ کرم اطلاق پذیری کے لیے مصنوعات کی شرائط و ضوابط کا حوالہ دیں۔

Cover Continuance during Premium Discontinuation: Opt In

Opt Out

پریمیم کی معطلی کے دوران تسلسل کور کریں: ان پٹ آؤٹ پٹ

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.

نوٹ: پالیسی پریمیم کی معطلی کی صورت میں کور تسلسل کو اختیار کیا جاسکتا ہے۔ کور کے تسلسل کی مدت کے دوران، شرائط و ضوابط میں مندرجہ تمام چارجز منہا ہو جائیں گے۔ شرائط و ضوابط میں مندرجہ قیلاز وقت ضبط کی شرائط کے مطابق پالیسی قبل از وقت کالعدم ہو سکتی ہے۔

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

عدم ضبطی کے انتخاب میں تبدیلی: خود کار پریمیم لون (اے پی ایل) کم کردہ ادائیگی **نوٹ:** براہ کرم اطلاق پذیری کے لیے مصنوعات کی شرائط و ضوابط کا حوالہ دیں۔

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

Met Smart

Met Ultimate

میٹ لائیٹ

میٹ سمارٹ

موت کے فوائد کے انتخاب کی تبدیلی: میں اپنی ذکر کردہ مصنوعات کے موت کے فوائد کے انتخاب کی تبدیلی چاہتا/چاہتی ہوں:

Change from تبدیلی سے		Change to تبدیلی تک	
Option Type انتخاب کی قسم	Tick the option انتخاب پر ٹک کریں	Option Type انتخاب کی قسم	Tick the option انتخاب پر ٹک کریں
Option A انتخاب A		Option A انتخاب A	
Option B انتخاب B		Option B انتخاب B	

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

بیڈ اپ اور بحالی کی درخواست (2013 کے بعد جاری کردہ نئی ULIP پالیسیوں کے لیے قابل اطلاق جس میں صارف نے 5 سال کا پریمیم ادا کر دیا ہو)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy: Opt for 2 years Revival period

Opt for reduced paid up

تخفیف شدہ بیڈ اپ کا انتخاب

دو سالہ بحالی کی مینڈاٹ کا انتخاب

نئی ULIP پالیسی میں 5 سالہ ادائیگی پر انتخاب کی سہولت:

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

نوٹ: (درخواست منتقلی فنڈ کی عدم تسلسل کی تاریخ سے 10 دن پہلے جمع کروانا ہوگی)

Benefit option (Product Name: _____)

فائدہ کا اختیار (پروڈکٹ کا نام: _____)

Accrual of Income:

Opt in

Opt out

آمدنی کا نکاش:

آپٹ ان

آپٹ آؤٹ

Payment of Income:

Opt in

Opt out

آمدنی کی ادائیگی:

آپٹ ان

آپٹ آؤٹ

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.

پالیسی کے مالک کا اقرار نامہ: اوپر مذکور اپیل کی عملداری اور یہ کہ ایسا مستقبل میں میری طرف سے زیر تقابل نہیں آنے گا کے مقصد کی خاطر اس لیٹر میں مذکور اقرار، معاہدہ، اور منظوری، پی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ ("پی این بی میٹ لائف") کو مطلوب اقرار اور انتخاب کے لیے ضروری شمار کیا جائے گا۔ میں اس طرح بشمول اس درخواست میں ان قابل اطلاق تمام پالیسی شرائط و ضوابط کو پڑھنے اور سمجھنے کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی اور قبول کرتا/کرتی ہوں کہ پالیسی کی شرائط و ضوابط کے مطابق میری درخواست پر عمل درآمد ہو گا اور میں بشمول یہاں پر موجود نامکمل یا غلط تفصیلات کی بنیاد پر اس درخواست سے پیدا ہونے والے تمام نتائج کا مکمل طور پر ذمہ دار ہوں گا/گی۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ٹرانزیکشنز، ادائیگی کی یاد دہانیوں کی تفصیلات وغیرہ فراہم کرنے کے لیے پی این بی میٹ لائف بذریعہ کالز، ایس ایم ایس، یا ای میل مواصلت کرے گا اور یہ کہ ان کو بطور بے طلب کاروباری کالز/ای میلز نہیں لیا جائے گا اور عدم رابطہ کی صورت میں میری درخواست رد کی جا سکتی ہے۔

Signature/Thumb Impression of Policy Holder _____

Signature of Joint Life (Second Life) _____

تفویض کار/ پالیسی کے مالک کے انگوٹھے کا نشان/ دستخط _____

جوائنٹ لائف کا دستخط (سیکنڈ لائف) _____

Signature/Thumb Impression of Person Insured _____

Signature/Thumb Impression of Assignee _____

(If different from Policy Owner)

(Required in case of Absolute/Conditional assignment of Policy)

بیمہ شدہ شخص کے انگوٹھے کا نشان/ دستخط _____
(اگر پالیسی کے مالک سے مختلف ہے)

تفویض ہونے والے شخص کے انگوٹھے کا نشان/ دستخط _____
(بالیسی کی حتمی/ مشروط تفویض کی صورت میں درکار)

Date: DD-MM-YYYY

Place: _____

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

تاریخ: DD-MM-YYYY جگہ: _____ نوٹ: مشروط طور پر تفویض شدہ پالیسی کے لیے، تفویض ہونے والے اور تفویض کار دونوں کو درخواست پر دستخط کرنے چاہیں۔

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.

مقامی زبان میں اعلامیہ: اگر پالیسی کے مالک کے دستخط انگوٹھے کے نشان (بائیں انگوٹھے) یا مقامی زبان میں ہیں تو اس صورت میں پُر کریں: **جو بھی ناقابل اطلاق ہے خارج کریں۔ دستاویز کے مشمولات ان پڑھ/مقامی جانکاری رکھنے والے درخواست گزار کے سامنے پڑھے گئے ہیں جنہیں میں ذاتی طور پر جانتا ہوں اور **اس نے امواد پر اور ان پر اپنے دستخط کیے ہیں میں نے درخواست دہندہ کی ہدایات کے مطابق بطور منشی امواد کو پُر کیا ہے اور درخواست دہندہ نے یہاں میری موجودگی میں مواد مکمل طور پر سمجھ کر **بائیں ہاتھ کے انگوٹھے کا نشان لگایا ہے/دستخط کیے ہیں۔

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

اعلان کنندہ / گواہ کا نام: _____ تاریخ: DD-MM-YYYY جگہ: _____ دستخط: _____

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

Request received from: Customer Customer Representative Bank Courier

کوریئر بینک صارف کا نمائندہ

صرف برانچ کے استعمال کے لیے: برانچ سروسز کی جانب سے پر کیا جانا چاہیے – لازمی وصول شدہ درخواست منجانب سے: صارف

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

فارم وصول شدہ بذریعہ: ملازم کا نام: _____ ملازم کی آئی ڈی: _____ ملازم کے دستخط: _____

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY

Request received Time at Branch: HH:MM

HH:MM برانچ میں درخواست کے موصول ہونے کا وقت:

DD-MM-YYYY برانچ میں درخواست موصول ہونے کی تاریخ:

Branch Stamp

شاخ کی مہر

Acknowledgement Slip

تسلیم شدگی کی رسید

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

HH:MM پر تاریخ: DD-MM-YYYY بوقت

با متعلق پالیسی/سالوشن نمبر:

ان کے لیے درخواست موصول ہونی

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

تاریخ اور وقت کی مہر / شاخ کی مہر

ملازم کا نام

موصول کردہ بذریعہ: ملازم کوڈ

Branch Stamp

شاخ کی مہر