

Critical Illness Claim Form

সংকট জনক ৰোগ দাবি ফৰ্ম

POLICY NUMBER / পলিচী নম্বৰ/এছ

Important instructions:

গুৰুত্বপূৰ্ণ প্ৰস্তাৱনা:

- 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. প্রয়োজনীয় নথিৰ সৈতে পূৰ্ণ কৰা দাবি ফৰ্ম খনৰ জমা কোনো পলিচিৰ ক্ষেত্ৰতে আমাৰ কোম্পানীৰ অংশীদাৰিত্ববাবে বিবেচনা কৰা নহব। কোনো এজেণ্ট মধ্যস্থতাকাৰীক আমাৰ কোম্পানীৰ হেঁদ নিহঁদ লোৱাৰ অধিকাৰ নাথাকিব।
- 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. তলত দিয়া ধৰণে প্ৰয়োজনীয় নথিৰ সৈতে এই ফৰ্ম খন সোনকালে জমা দিলে, আপোনাৰ দাবি প্ৰক্ৰিয়া আৰম্ভ কৰাত আমাৰ সুবিধা হয়। অসম্পূৰ্ণ দাবি ফৰ্ম বা প্ৰয়োজনীয় নথি জমা নিদিয়া দাবি ফৰ্মৰ ক্ষেত্ৰত হোৱা পলমৰ বাবে পিএনবি মেট লাইফ কোনোদৰে দায়ী নহব।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters. এই ফৰ্ম খন সম্পূৰ্ণ ব্লকবহুলত পূৰ্ণ কৰিব লাগিব।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form. অনুপ্ৰস্থ কৰি ফৰ্ম খনৰ য'ত অধিসূচনা / সলনি কৰা হৈছে সেই ঠাইত কাউণ্টাৰ চী কৰক।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory. সাক্ষী ৰূপে এজন গেজেটেড বিষয়া / চ বকাৰী নটাবী / মেজিষ্ট্ৰেট বা স্থানীয় ব্যক্তি এজনৰ স্বাক্ষৰ বাস্তবায়নীয়।
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above. ফৰ্ম সমূহ বা সকলো প্ৰয়োজনীয় দস্তাবেজ কাষৰ পিএনবি মেট লাইফৰ শাখা কাৰ্যালয় বা ওপৰত উল্লেখিত ঠিকনাত জমা দিব লাগিব।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

শাখা A: বীমা কৰা জীৱনৰ বিৱৰণ

Name: _____	Age: _____																				
নাম: _____	বয়স: _____																				
Address (Current Residential Address): _____																					
ঠিকনা (বৰ্তমান বাস কৰি থকা ঠিকনা): _____																					
City _____	Pin Code _____	State _____																			
নগৰ _____	পিন কোড _____	ৰাজ্য _____																			
Contact Number: Landline _____	/Mobile _____																				
যোগাযোগ নম্বৰ: লেণ্ডলাইন _____	/ ম'বাইল _____																				
E-mail Address: _____	PAN No./ Form 60: _____																				
ইমেইল ঠিকনা: _____	পান নং./ ফৰ্ম 60: _____																				
*Aadhaar No: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	*Only last 4 digits to be mentioned.
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
*আধাৰ নম্বৰ: _____	*কেৱল অন্তিম 4 টা অংক উল্লেখ কৰক।																				

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

শাখা B: বীমা কৰা জীৱনৰ চিকিৎসা ইতিহাস

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
বেমাৰ ৰোগ/ভুলি থকা/ আঘাতৰ নাম: _____	
Symptoms: _____	
লক্ষণ: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
লক্ষণবোৰৰ ম্যাদ: _____	চিকিৎসাৰ তাৰিখ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
এই লক্ষণ সমূহ কেতিয়া দেখা পাইছিল/ওলাইছিল: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
ভৰ্তি হোৱাৰ তাৰিখ আৰু সময় _____	এৰাৰ তাৰিখ আৰু সময় _____
Name of hospital: _____	
চিকিৎসালয়ৰ নাম: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
অতিতত কেতিয়াবা আপোনাৰ একেই অৱস্থা হৈছিল নেকি: <input type="checkbox"/> হ'য় <input type="checkbox"/> নহ'য় (যদি "হ'য়" বিৱৰণ দিয়ক) _____	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP

ক্ৰিটিকেল ইলনেছৰ প্ৰাস্তিষ্কাৰ স্লিপ

Policy number(s) _____

পলিচী নম্বৰ(সমূহ)

Name of claimant _____

ক্লেইম কৰোঁতাৰ নাম

Branch name & code _____

শাখাৰ নাম আৰু কোড

Date: _____

তাৰিখ:

Documents

Submitted:

নথিপত্ৰ দাখিল

কৰা হৈছে:

Original Policy Document

আচল পলিচী নথি

Cancelled cheque / Copy of bank passbook

কেমেল চেক/বেঙ্ক পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি

PAN Card/ Form 60 of the nominee

পেন কাৰ্ড/ মনোনীত ব্যক্তিৰ প্ৰপত্ৰ 60

Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper

ধৰা পৰা ৰোগৰ ডায়েগ্নসিছ আৰু চিকিৎসাৰ সম্পূৰ্ণ মেডিকেল ৰেকৰ্ড, অৰ্থাৎ সকলো পৰীক্ষা/অনুসন্ধান ৰিপোৰ্ট, ডিচ্চাৰ্জ চামাৰী, ইন্দোৰ আৰু কেছ পেপাৰ

Employee name & Code _____

কৰ্মচাৰীৰ নাম আৰু কোড

Claimant's photo identity proof

ক্লেইম কৰোঁতাৰ ফটো পৰিচয়

Family physician certificate

পৰিয়ালৰ চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ

Attending physician certificate

চিকিৎসা কৰা চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ

Medical Documents (if any)

মেডিকেল নথিপত্ৰ (যদি আছে)

All past medical records for any treatment taken

পূৰ্বতে লোৱা চিকিৎসাৰ সকলো মেডিকেল ৰেকৰ্ড

This acknowledgement slip should not be construed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

এই প্ৰাস্তিষ্কাৰ স্লিপক ক্লেইমৰ গ্ৰাহ্য হিচাপে ল'ব পৰা নাযায়। কোম্পানীয়ে ক্লেইম প্ৰক্ৰিয়া কৰণৰ বাবে সিদ্ধান্ত লোৱাৰ ক্ষেত্ৰত অতিৰিক্ত নথিপত্ৰ, তথ্যপাতি আৰু আন যিকোনো প্ৰয়োজনীয় তথ্য বিচৰাৰ বাবে অধিকাৰ সংৰক্ষিত ৰাখে।

Nature of Illness and Habits ৰোগৰ প্ৰকৃতি আৰু অভ্যাস					Date of diagnosis of Illness ৰোগৰ চিকিৎসা কৰাৰ তাৰিখ
<input type="checkbox"/> Hypertension উচ্চ ৰক্ত চাপ	<input type="checkbox"/> Diabetes ডায়েবেটিছ	<input type="checkbox"/> Asthma হাশানি	<input type="checkbox"/> Heart হৃদযন্ত্ৰ	<input type="checkbox"/> Cancer কেণ্সাৰ	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis যক্ষ্মা	Other..... অন্যান্য				
<input type="checkbox"/> Smoking ধূমপান	<input type="checkbox"/> Alcohol এলকহল	<input type="checkbox"/> Tobacco চাধা	<input type="checkbox"/> Drugs ঔষধ		
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ যদি হয়, তেন্তে গ্ৰহণ কৰি থকা সময় _____ আৰু গ্ৰহণ কৰা পৰিমাণ _____					

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)

সংকট জনক ৰোগৰ বিষয়ে তথ্য (অনুগ্রহ কৰি চিকিৎসা কৰা ৰোগটি চিহ্নিত কৰক)

<input type="checkbox"/> Heart attack হৃদ ৰোগ	<input type="checkbox"/> Cancer কৰ্কট	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) চিএবিজি (কৰণেৰী আৰ্টেৰী বাইপাছ চাৰ্জাৰী)
<input type="checkbox"/> Stroke ষ্ট্ৰোক	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome এপিলিক ছিন্ড্ৰম	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor বেনাইংগ মগজুৰ টিউমাৰ
<input type="checkbox"/> Blindness অন্ধত্ব	<input type="checkbox"/> Brain Surgery মগজুৰ চাৰ্জাৰী	<input type="checkbox"/> Coma ক'মা
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease শেষ পৰ্যায়ৰ লিভাৰ ৰোগ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery হৃদয় ভাঙ চাৰ্জাৰী	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma জটিল মূৰৰ আঘাত
<input type="checkbox"/> Angioplasty এঞ্জীয়প্লেষ্টি	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant জটিল অংগ সংৰোপণ	<input type="checkbox"/> Paralysis পেৰেলাইচিছ
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia এপ্লাষ্টিক এনিমিয়া	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কাৰ্ডিয়মাৰ'পেথি	<input type="checkbox"/> Deafness কাণেৰে শুনো
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease পাৰকিন্সন ৰোগ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis পলিঅ'মাইয়েলিটিছ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis লিউপাছ লেফ্ৰিটিছৰ সৈতে এচএলই
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension প্ৰাৰ্থমিক পালম'নেৰী উচ্চ ৰক্ত চাপ	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy মাংসপেশীৰ ডিষ্ট্ৰফি	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis মাণ্টপোল স্ক্লেৰ'ছিছ
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease মটৰ নিউৰন ৰোগ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease মেডুলাৰী চিষ্টিক ৰোগ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech কথা ক'ব নোৱাৰা
<input type="checkbox"/> Kidney Failure কডনী বিকল হোৱা	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease এলজেইমাৰ ৰোগ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta এওৰটাৰ চাৰ্জাৰী
<input type="checkbox"/> Major Burns জটিল বৃশ্ণে পোৰা	<input type="checkbox"/> Terminal Illness টাৰ্মিনেল ৰোগ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs হাত-ভৰি হেৰোৱা
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence স্বাধীন ভাৱে চলাফুৰা কৰাৰ সামৰ্থ হেৰোৱা	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease চ্ৰনিক হাৰ্টফাৰ্ডৰ ৰোগ	

Section C: PAYMENT – NEFT

শাখা C: পৰিশোধ - এনইএফটি

Bank Account no: _____ বেংক একাউন্ট নম্বৰ:
Name of bank: _____ বেংকৰ নাম:
IFSC code: _____ আই.এফ.এছ.চি. কোড:

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION

শাখা D: টকা প্ৰদান - স্বত্বাধীনে

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the records regarding my state of health which he/she may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

ইয়াৰ দ্বাৰাই মই ঘোষণা কৰিছো যে ওপৰৰ বিবৃতি সমূহ সত্য তথা সম্পূৰ্ণ আৰু তাৰ একোৱেই মোৰ দ্বাৰা লোকাই ৰখা হোৱা নাই। মই বুজি পাওঁ যে দাবি ফৰ্ম খন পূৰ কৰোঁতে পিএনবি মেটলাইফেপলিচি খনৰ অধীনত থকা ইয়াৰ কোনো চৰ্ত উঠাই লোৱাৰ দায়িত্ব নল'ব। ইয়াৰ দ্বাৰাই মই সেই চিকিৎসক জন বা চিকিৎসালয় খনক অনুমোদন জনাইছো যি পিএনবি মেটলাইফে পলিচি খন জাৰি কৰাৰ আগত বা পছত মোৰ স্বাস্থ্যৰ কোনো বিসংগতি বা ৰোগৰ অৱস্থাৰ তথ্য ৰেকৰ্ড কৰিবলৈ উপস্থিত আছিল বা পৰীক্ষা কৰিছিল বা চিকিৎসা কৰিছিল।

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 documents to any individual / organisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry association / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service.

মই/আমি ইয়াৰ দ্বাৰাই মত প্ৰকাশ কৰাৰ লগতে পিএনবি লাইফক তেওঁলোকৰ ওচৰত থকা মোৰ/আমাৰ যি কোনো ব্যক্তিগত বা স্পৰ্শকাতৰ তথ্য ব্যৱহাৰ তথা প্ৰকাশ কৰিবলৈ অনুমোদন প্ৰদান কৰিছো। (সৈয়া এই দস্তাবেজত থকাযেই হওক বা বেলেগৰ পৰা লোৱাই হওক) য'ত হয়তো অন্তৰ্ভুক্ত হ'ব পাৰে কোনো ব্যক্তিগত/ প্ৰতিষ্ঠানগত/পিএনবি মেটলাইফেৰ সৈতে সংযুক্ত হৈ থকা ন্দুতী দস্তাবেজ, যেনে ৰিইছুৱাৰ, দাবি অনুসন্ধান এজেন্সি, জেন্ডৰ আৰু ইণ্ডাষ্ট্ৰি, সংস্থা/ফেডাৰেচেন, যি এই দাবি প্ৰক্ৰিয়া চলাওঁতে লাগতিয়াল সেৱা আগবঢ়ায়।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
স্বাক্ষৰ/বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ চাপ _____ তাৰিখ _____

Declaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

ক্লিটিকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্ম পূৰ কৰা ব্যক্তিজনৰ দ্বাৰা ঘোষণা। (যদি আবেদন পত্ৰখনৰ ভাষাৰ পৰা পৃথক এটা ভাষাত যদি ক্লিটিকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্মখন পূৰ / স্বাক্ষৰ কৰা হয়, তেনে ক্ষেত্ৰত)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Critical Illness Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant.

মই ইয়াৰ দ্বাৰাই ঘোষণা কৰোঁ যে মই ক্লিটিকেল ইলনেছ ক্লেইম ফৰ্মখনত সন্নিৱিষ্ট কথাবোৰ ক্লেইমকৰ্তাৰ তথ্য বুজি পোৱা ভাষাত সম্পূৰ্ণৰূপে বুজাই দিছো। সেই কথাবোৰ তেওঁ সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছে আৰু ক্লেইমকৰ্তাৰ দ্বাৰা যোগান ধৰা তথ্য অনুসাৰে প্ৰত্যুত্তৰবোৰ ৰেকৰ্ড কৰা হৈছে তথা প্ৰত্যুত্তৰবোৰ ক্লেইমকৰ্তাৰ সন্মুখত তেওঁ সম্পূৰ্ণকৈ বুজি পোৱাকৈ পঢ়ি দিয়া হয় আৰু সেয়া তেওঁ নিশ্চিত কৰে।

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

ফৰ্মখন আৰু নথিপত্ৰত সন্নিৱিষ্ট কথাবোৰ মোক সম্পূৰ্ণৰূপে বিশ্লেষণ কৰি দিয়া হৈছিল আৰু ইয়াত উল্লেখিত কথাবোৰ তথা প্ৰস্তাৱিত ক্লেইমৰ বাবে ইয়াৰ গুৰুত্ব মই সম্পূৰ্ণৰূপে বুজি পাইছো।

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. 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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্শুৰেঞ্চ কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহেজা টাৱাৰ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওয়েবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা,

টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাৰ্ভাৰকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফোন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

Date তাৰিখ	Place স্থান	Signature of the Declarant/ Witness ঘোষণাকাৰী/সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee স্বাক্ষৰ/বাওঁহাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ টিপচহী ক্লেইমকৰ্বোতা/নমিনী
Name of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকাৰী/সাক্ষীৰ নাম: _____		Address of Declarant/ Witness: _____ সাক্ষীৰ স্বাক্ষৰ: _____	
Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকাৰী/সাক্ষীৰ ফোন নং: _____		Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকাৰী/সাক্ষীৰ সৈতে দাবীদাৰৰ সম্বন্ধ: _____	
Date: _____ তাৰিখ: _____		Place: _____ স্থান: _____	

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

এই ফৰ্মৰ লগত জমা দিব লগীয়া দস্তাবেজ:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ (পৰিয়ালৰ চিকিৎসক বা চিকিৎসা কৰি থকা চিকিৎসকৰ পৰা) পি এন বি মেটলাইফৰ মানক ফৰ্মেটত হ'লে ভাল
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
অস্ত্ৰোপচাৰ কৰোৱাটো নিশ্চিত কৰা ডিচ্চাৰ্জ চাৰ্ভাৰী
- All past medical records for any treatment taken
গ্ৰহণ কৰা যিকোনো চিকিৎসাৰ বাবে অতীতৰ সকলো মেডিকেল ৰেকৰ্ড
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
কেঞ্চেল চেক/বেঙ্ক পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
পেন কাৰ্ড / জীৱন নিশ্চিত ৰ প্ৰপত্ৰ 60
- Current address proof
বৰ্তমানৰ ঠিকনাৰ প্ৰমাণ
- Photo identity proof
ফটো পৰিচয়ৰ প্ৰমাণ
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
হস্পিতেল নগদ লাজলাভৰ দাবী ফৰ্ম সংশ্লিষ্ট চিকিৎসকৰ দ্বাৰা সত্যায়িত কৰিব লাগিব
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
শাখা/জি পি এইছত প্ৰাপ্ত হোৱা দাবীৰ ক্ষেত্ৰত যোগাযোগ যদি তৃতীয় পক্ষৰ অধিভুক্ত কৰা হৈছে তেন্তে দাবীদাৰৰ পৰা কৰ্তৃক প্ৰদানৰ পত্ৰ

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

বিঃদ্রঃ- যদি আধাৰ কাৰ্ড কে ৱাই চি প্ৰমাণ হিচাপে দাখিল কৰিছে তেন্তে অনুৰোধৰ সৈতে আধাৰ নম্বৰৰ প্ৰথম ৮ টা অংক অজ্ঞাত ৰাখক

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. 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

পিএনবি মেটলাইফ ইণ্ডিয়া ইন্সুৰেন্স কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহেজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, (ওৱেবচাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in অথবা 1ম মহলা,

টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাৰকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গ'ৱেগাওঁ (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফোন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203