

Employer Employee Death Claim Form / নিয়োগকর্তা কর্মচারীর মৃত্যু দাবী ফর্ম

(To be completed by the Group Policyholder (GPH) and Nominee for all Group Insurance Schemes)

(গ্রুপ পলিসি হোল্ডার (জিপিএইচ) এবং সকল গ্রুপ বীমা স্কিমের জন্য মনোনীত ব্যক্তি কর্তৃক সম্পন্ন করতে হবে)

Part A / অংশ এ:

- 1) Group Policy No / গ্রুপ পলিসি নং: _____ 2) Member ID / সদস্যের আইডি: _____
- 3) Employee ID / কর্মচারী আইডি: _____ 4) Current Designation/Band/Grade of deceased Member: _____
(with date of effect) as required under applicable quote
- মৃত সদস্যের বর্তমান পদ/ব্যাণ্ড/ গ্রেড: _____
(কার্যকর হওয়ার তারিখসহ) প্রযোজ্য উদ্ধৃতির অধীনে প্রয়োজন হিসেবে
- 5) Full Name & Address of Insured Member / Employee / বীমাকৃত সদস্য/কর্মচারীর পুরো নাম ও ঠিকানা: _____
- 6) Name of Group Policyholder / গ্রুপ পলিসি হোল্ডারের নাম: _____
- 7) Date of Birth of Insured / বীমাকৃত ব্যক্তির জন্ম তারিখ: _____ 8) Date of Joining the Service / চাকরিতে যোগদানের তারিখ: _____
- 9) Date of Death / মৃত্যু তারিখ: _____ 10) Place and Cause of Death / মৃত্যুর স্থান এবং কারণ: _____

11) Last Drawn Salary: (Mandatory for GTL/ FSL Scheme, please provide basic salary for FSL claim. Please mention the salary as required under applicable quote) শেষ অঙ্কিত বেতন: (জিটিএল / এফএসএল স্কিমের জন্য বাধ্যতামূলক, দয়া করে এফএসএল দাবির জন্য বুনিয়ে দিতে বৃত্ত প্রদান করুন। প্রযোজ্য উদ্ধৃতির আওতায় প্রয়োজনীয় বেতন উল্লেখ করুন)	Monthly / মাসিক	Annual / বার্ষিক

12) Particulars of Leave availed by the Employee during last one year/ from the date of event. Please mention

কর্মচারি কর্তৃক গত এক বছরে/হিভেটের তারিখ থেকে ভোগকৃত ছুটির বিবরণ। দয়া করে উল্লেখ করুন

From Date / শুরু তারিখ	To Date / শেষ তারিখ	No. of Days / দিনের সংখ্যা	Type of Leave / ছুটির ধরন	Reason / যদিও

- 13) Sum Assured / বীমার পরিমাণ: _____
- 14) PF Account Number of Insured Member / পিএফ/বীমাকৃত সদস্যের অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____ (Mandatory for EDLI Claim) (ইডিএলআই দাবির জন্য বাধ্যতামূলক)
- 15) Please confirm employment status of the employee as on date of death / দয়া করে মৃত্যুর তারিখে কর্মীর চাকরির অবস্থা নিশ্চিত করুন: Permanent / স্থায়ী Contractual / চুক্তিভিত্তিক
- 16) Please confirm whether employee was actively at work as on date of joining: Yes No
- অনুগ্রহ কর নিশ্চিত করুন যে, কর্মীটি যোগ দেওয়ার তারিখে সক্রিয়ভাবে কাজে ছিলেন কি না: হ্যাঁ না

Declaration and authorization by Group policy holder / গ্রুপ পলিসিধারীর -স্বাক্ষর ও অনুমোদন প্রদান

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

আমি/আমরা, উপরের নামধারী দাবীকারী(গণ), দৃঢ়ভাবে ঘোষণা করছি যে উপরে উল্লেখিত বিবৃতিসমূহ সত্য এবং আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে এই ফর্মটি, বা এর সাথে থাকা অন্যকোনো ফর্ম জমা দেয়ার ফলে, কোম্পানী কর্তৃক কোনো দায় স্বীকার করে নেয় হয়নি ব সংশ্লিষ্ট বীমাকৃত ব্যক্তিকে জবরদস্তি করে কোনো বীমা করা হয়নি বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক কোনো অধিকার বা প্রতিরক্ষা পরিত্যাগ করা হয়নি। যদিও যেকোনো আইন, কাস্টম বা রেওয়াজ, কোনো সদস্যের চিকিৎসা/স্বাস্থ্য পরীক্ষার সময় প্রাপ্ত গোপন তথ্য প্রদান নিষিদ্ধ করে থাকে।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

আমি/আমরা এইমর্মে যেকোনো ডাক্তার বা অন্যকোনো ব্যক্তি, বা কোনো হাসপাতাল, স্বাস্থ্যালয়, মেডিক্যাল পেশাজীবী, হাসপাতাল বা অন্য কোনো চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা সহায়তা সংস্থা, ফার্মেসী, সরকারী সংস্থা, বীমা কোম্পানি, নিয়োগকর্তা, বেনিফিট প্যাটেন্ট প্রশাসক, হিসাবরক্ষক বা আর্থিক উপদেষ্টা বা অন্য কোনো প্রতিষ্ঠানকে অনুমতি দিচ্ছি যে, উপরিউক্ত যেকোনো বীমাকৃত ব্যক্তির চাকরি, আর্থিক বা বীমা, পরামর্শ, সেবা বা চিকিৎসা বা তার স্বাস্থ্য, মানসিক অসুস্থতা, মাদকগ্রহণ, অ্যালকোহল সেবন, এইচআইভি (এইডস) এবং/বা যৌন সংক্রমিত রোগ সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় যেকোনো তথ্য পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড এর যেকোনো অফিস, বা আদালত, বা কোনো তদন্ত সংস্থা বা তার পক্ষে (পিএনবি মেটলাইফ) কর্মসম্পাদনকারী স্বাধীন প্রশাসক এর নিকট প্রদান করতে পারবে। এই অনুমোদনের ফটোকপি মূল কপি মতই কার্যকর এবং বৈধ হিসাবে বিবেচিত হবে।

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 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

স্বাক্ষরিত অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম ফ্লোর, ও-স্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 এম জি রোড, বাঙ্গালোর - 560001, কर्नाटक, আইআরডিএ অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117.

পিন কোড: U66010KA2001PLC028883, আমা-সর এই টোল-ফ্রি নম্বর-1-800-425-6969, ও-সবাইট: www.pnbmetlife.com ই-মইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in, বা আমা-সরক চিঠি লিখুন এই ঠিকানায় 1ম ফ্লোর, টেকনিপ্লেক্স-1 টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সার্কার ফ্লাইওভার ছাড্ডি, গোলাগৌ (পশ্চিম), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000 ফ্যাক্স: +91-22-41790203

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/application or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual/organization/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim, application and/or for providing subsequent services.

আমি/আমরা এইম-ম পিএনবি (PNB) মেটলাইফকে, আমার/আমাদের সংক্রান্ত পিএনবি (PNB) মেটলাইফের সংগৃহীত/তাদের কাছে উপলব্ধ কোন ব্যক্তিগত ও সংবেদনশীল তথ্যাবলী ব্যবহার ও প্রকাশের সম্মতি ও অনুমোদন প্রদান করছি (তা এই স্টেটমেন্ট/আবেদন থাকুক বা অন্যভাবে সংগ্রহ করা হোক), যার মধ্য পিএনবি (PNB) মেটলাইফের সাথে সংশ্লিষ্ট বা অনুমোদিত বা নিয়ন্ত্রিত পুনঃবীমাকারী, ক্লেইম খতিয়ান এ-জেন্সী, ভলন্টার, শিফটের সহযোগী/ফেডারেশন সহ কোন ব্যক্তি/সংস্থা/প্রতিষ্ঠানের কাছে জমা দেওয়া কেওয়াইসি (KYC) অর্ন্তভুক্ত হতে পারে, এবং তা করা হবে এই ক্লেইম, আবেদন প্রক্রিয়াকরণ এবং/বা পরবর্তী পরিষেবা প্রদানের জন্য যার মধ্যে ক্লেইমের বাইরের মীমাংসার জন্য তৈরী হওয়া পরিষেবা অর্ন্তভুক্ত রয়েছে।

Declaration by Group Policy Holder

গ্রুপ পলিসি হোল্ডার কড়ক ঘোষণা

We confirm that the foregoing information including the details of the insured member stated above are true to the best of our knowledge and belief and our born out from our official records.

আমরা নিশ্চিত করি যে উপরে বর্ণিত বীমাকৃত সদস্যের বিবরণ সহ পূর্বোক্ত তথ্যগুলি আমাদের জ্ঞান ও বিশ্বাসের সর্বোত্তম এবং আমাদের সরকারী রেকর্ড থেকে জন্মগ্রহণের ক্ষেত্রে সত্য।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

মাস্টার পলিসি হোল্ডারের সাথে কোম্পানি সীলসহ অনুমোদিত স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

নাম ও পদ: _____ যোগাযোগের নম্বর.: _____ তারিখ: _____

Part B / অংশ বি:

1) Please provide bank account number for all the Nominees: / দয়া করে সকল মনোনীত ব্যক্তিদের ব্যাংক অ্যাকাউন্ট নম্বর প্রদান করুন:

Particulars / বিবরণ	Nominee 1 মনোনীত ব্যক্তি 1	Nominee 2 মনোনীত ব্যক্তি 2	Nominee 3 মনোনীত ব্যক্তি 3	Nominee 4 মনোনীত ব্যক্তি 4	Nominee 5 মনোনীত ব্যক্তি 5
Name / নাম					
Bank Account Number / ব্যাংক একাউন্ট নম্বর					
IFSC Code / আইএফএসসি কোড					

2) Please provide the following details pertaining to Nominee/s for Life Insurance Benefit as per GPH records:

অনুগ্রহ করে জিপিএইচ রেকর্ড অনুযায়ী লাইফ ইন্সুরেন্স সুবিধার জন্য মনোনীতদের সাথে সম্পর্কিত নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন:

SL. No. ক্রমিক নং	Nominee Name মনোনীত ব্যক্তির নাম	Relationship সম্পর্ক	Benefit Share in % সুবিধার অংশ (%)	Address of Nominee মনোনীত ব্যক্তির ঠিকানা

3) In case of death due to illness or unnatural cause require following / অসুস্থতা বা অস্বাভাবিক কারণে মৃত্যুর ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত তথ্য প্রয়োজন:

Types of illness and date of diagnosis অসুস্থতার ধরন এবং চিকিৎসার তারিখ।	
Details of treatment given and details of hospital where insured had undergone treatment প্রদত্ত চিকিৎসার বিবরণ এবং যে হাসপাতালে বীমাকৃত ব্যক্তিকে চিকিৎসা প্রদান করা হয়েছিল তার বিবরণ	
Details of accident (for unnatural death) দুর্ঘটনার বিবরণ (অস্বাভাবিক মৃত্যুর জন্য)	
Name and address of hospital where postmortem was conducted পোস্টমোর্টেমকৃত হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা	
Name and address of police station to which accident was reported যে পুলিশ স্টেশনে দুর্ঘটনার ব্যাপারে রিপোর্ট করা হয়েছিল তার নাম ও ঠিকানা।	

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 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

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম ফ্লোর, ও-স্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 এম জি রোড, বাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক, আইআরডিএ অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117.
সিএন নম্বর U66010KA2001PLC028883, আমাদের এই টোল-ফ্রি নম্বর -1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com ই-মেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in,
বা আমাদের ক চিঠি লিখুন এই ঠিকানায় 1ম ফ্লোর, টেকনিপ্লেক্স-1 টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাভারকার ফ্লাইওভার ছাড়িয়ে, গো-গাওন (পশ্চিম), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000 ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Version 2.0 / Feb'20
সংস্করণ 2.0 / ফেব্রুয়ারী 20

Declaration and authorization by Beneficiary

গ্রুপ পলিসিধারীর স্বাক্ষর ও অনুমোদন প্রদান

I/We, the above named claimant/s, do solemnly declare that the foregoing statements are true and agree that furnishing this form, or any other form supplemental there to, by the Company, shall not constitute an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any rights or defense. Notwithstanding, any law, custom or usage, prohibiting the furnishing of secret information obtained during the medical treatment/investigation of member.

আমি/আমরা, উপরের নামধারী দাবীকারী(গণ), দৃঢ়ভাবে ঘোষণা করছি যে উপরে উল্লিখিত বিরূপিতসমূহ সত্য এবং আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে এই ফর্মটি, বা এর সাথে থাকা অন্যকোনো ফর্ম জমা দেয়ার ফলে, কোম্পানী কর্তৃক কোনো দায় স্বীকার করে নেয় হয়নি বা সংশ্লিষ্ট বীমাকৃত ব্যক্তিকে জবরদস্তি করে কোনো বীমা করা হয়নি বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক কোনো অধিকার বা প্রতিরক্ষা পরিত্যাগ করা হয়নি। যদিও যেকোনো আইন, কাস্টম বা রেওয়াজ, কোনো সদস্যের চিকিৎসা/স্বাস্থ্য পরীক্ষার সময় প্রাপ্ত গোপন তথ্য প্রদান নিষিদ্ধ করে থাকে।

I/We hereby authorize any doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance support organization, pharmacy, governmental agency, insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant or financial advisor or other institute to provide to PNB MetLife India Insurance Company Ltd, any of its offices, or Court of Law, or any investigative agency or independent administrator acting on its behalf, information concerning employment, finances or insurance, advice, care or treatment provided to Insured Member, or any information that may be required concerning the health of the Insured Member including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV/AIDS) and/ or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

আমি/আমরা এইমর্মে যেকোনো ডাক্তার বা অন্যকোনো ব্যক্তি, বা কোনো হাসপাতাল, স্বাস্থ্যালয়, মেডিক্যাল পেশাজীবী, হাসপাতাল বা অন্য কোনো চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা সহায়তা সংস্থা, ফার্মেসী, সরকারী সংস্থা, বীমা কোম্পানি, নিয়োগকর্তা, বেনিফিট প্যাটেন্ট প্রশাসক, হিসাবরক্ষক বা আর্থিক উপদেষ্টা বা অন্য কোনো প্রতিষ্ঠানকে অনুমতি দিচ্ছি যে, উপরিউক্ত যেকোনো বীমাকৃত ব্যক্তির চাকরি, আর্থিক বা বীমা, পরামর্শ, সেবা বা চিকিৎসা বা তার স্বাস্থ্য, মানসিক অসুস্থতা, মাদকগ্রহণ, অ্যালকোহল সেবন, এইচআইভি (এইডস) এবং/বা যৌন সংক্রমিত রোগ সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় যেকোনো তথ্য পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড এর যেকোনো অফিস, বা আদালত, বা কোনো তদন্ত সংস্থা বা তার পক্ষে (পিএনবি মেটলাইফ) কর্মসম্পাদনকারী স্বাধীন প্রশাসক এর নিকট প্রদান করতে পারবে। এই অনুমোদনের ফটোকপি মূল কপির মতই কার্যকর এবং বৈধ হিসাবে বিবেচিত হবে।

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/application or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual/organization/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim, application and/or for providing subsequent services.

আমি/আমরা এইমর্মে পিএনবি (PNB) মেটলাইফকে, আমার/আমাদের সংক্রান্ত পিএনবি (PNB) মেটলাইফের সংগৃহীত/তাদের কাছে উপলব্ধ কোন ব্যক্তিগত ও সংবেদনশীল তথ্যাবলী ব্যবহার ও প্রকাশের সম্মতি ও অনুমোদন প্রদান করছি (তা এই স্টেটমেন্ট/আবেদন থাকুক বা অন্যভাবে সংগ্রহ করা হোক), যার মধ্যে পিএনবি (PNB) মেটলাইফের সাথে সংশ্লিষ্ট বা অনুমোদিত বা নিয়োজিত পুনঃবীমাকারী, ক্লেইম খতিয়ানদাতা এজেন্ট, ডাক্তার, শিল্পের সহযোগী/ফেডারেশন সহ কোন ব্যক্তি/সংস্থা/প্রতিষ্ঠানের কাছে জমা দেওয়া কেওয়াইসি (KYC) অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, এবং তা করা হবে এই ক্লেইম, আবেদন প্রক্রিয়াকরণ এবং/বা পরবর্তী পরিষেবা প্রদানের জন্য যার মধ্যে ক্লেইমের বাইরের মীমাংসার জন্য তৈরী হওয়া পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

Signature of the Nominee of Insurance Claim / বীমা দাবীর জন্য মনোনীত ব্যক্তির স্বাক্ষর

Particulars / বিবরণ	Nominee 1 মনোনীত ব্যক্তি 1	Nominee 2 মনোনীত ব্যক্তি 2	Nominee 3 মনোনীত ব্যক্তি 3	Nominee 4 মনোনীত ব্যক্তি 4	Nominee 5 মনোনীত ব্যক্তি 5
Name of Nominee মনোনীত ব্যক্তির নাম					
Signature of Nominee মনোনীত ব্যক্তির স্বাক্ষর					
Contact No. যোগাযোগের নম্বর					
Date তারিখ					

Declaration by Group Policy Holder

গ্রুপ পলিসি হোল্ডার কর্তৃক ঘোষণা

We confirm that, the Nominee/s mentioned in this form is/are as nominated by the employee for the purpose of vesting of his/her life Insurance benefits.

আমরা নিশ্চিত করছি যে, এই ফর্ম উল্লিখিত নমিনি বা উত্তরাধিকারী/দেরকে তার জীবন বীমার সুবিধাগুলি প্রদানের জন্য কর্মীটি দ্বারা মনোনীত করা হয়েছে।

Signature of authorized signatory with Company seal of Master policy holder

মাস্টার পলিসি হোল্ডারের সাথে কোম্পানি সীলসহ অনুমোদিত স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর

Name and Designation: _____ Contact No.: _____ Date: _____

নাম ও পদ: _____ যোগাযোগের নম্বর: _____ তারিখ: _____

Documents required

নথি প্রয়োজন

- Original or Copy of Death Certificate issued by Municipal Authority/ Gram Panchayat duly attested by the Group Policyholder
পৌর কর্তৃপক্ষ/গ্রামাঞ্চল কর্তৃক ইস্যুকৃত মৃত্যুর প্রত্যয়নপত্রের মূলকপি বা ফটোকপি যা গ্রুপ পলিসি হোল্ডার কর্তৃক যথাযথভাবে সত্যায়িত
- Details of nominee with bank details with copy of cancelled cheque leaf or pass book
মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত বিবরণ (বাতিলকৃত চেকের পাতা বা পাস বইয়ের কপি ও ব্যাংকের তথ্যের বিবরণসহ)
- In case of Unnatural death (like Suicide, Accidental Death). Copy of FIR, Post Mortem Report and Police Inquest Report (duly attested by GPH) would be required
অস্বাভাবিক মৃত্যু (যেমন আত্মহত্যা, দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু) এর ক্ষেত্রে এফআইআর, পোস্ট মর্টেম রিপোর্ট এবং পুলিশ তদন্ত প্রতিবেদন (জিপিএইচ কর্তৃক যথাযথভাবে যাচাইকৃত) প্রয়োজন হবে
- ID and Address Proof of the Nominees attested by GPH
জিপিএইচ কর্তৃক সত্যায়িত মনোনীত ব্যক্তি(গণ) এর আইডি এবং ঠিকানার প্রমাণ

Note: Above document are required for registration purpose, Company may ask additional documents for processing of the claims

টীকা: রজিস্ট্রেশনের উদ্দেশ্যের জন্য উপরে নথিগুলো প্রয়োজন হয়, কোম্পানি দাবী প্রক্রিয়াকরণের জন্য অতিরিক্ত কাগজপত্র চাইতে পারে

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 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

রজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম -তলা, ও-স্ট্রট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 এম জি রোড, বাঙ্গালোর - 560001, কर्नाटक, আইআরডিএ অফ ইন্ডিয়া রজিস্ট্রেশন নম্বর 117.

সিএনইউ নম্বর U66010KA2001PLC028883, আমাদের এই টোল-ফ্রি নম্বর -1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com ই-মেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in,

বা আমাদের ক-কল সেন্টার এই ঠিকানা 1ম ফ্লোর, টেকনিপ্লেক্স-1 টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাবরকার ফ্লাইওভার ছাড়িয়ে, গো-বর্গাও (পশ্চিম), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000 ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Version 2.0 / Feb'20

সংস্করণ 2.0 / ফেব্রুয়ারী 20