

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.

দ্রষ্টব্য: বিবাহের পর পদবির পরিবর্তনের জন্য অনুগ্রহ করে আপনার ম্যারেজ সার্টিফিকেটে একটি কপি জমা দিন। নামের উল্লেখযোগ্য পরিবর্তনের জন্য অনুরোধের জন্য অনুগ্রহ করে অনুরোধ সহ একটি গেজেট নোটিফিকেশন বা সংবাদপত্রের বিজ্ঞাপন জমা দিন। অশ্রাণুবন্ধক হলে, নাম সংশোধনের জন্য অনুগ্রহ করে এহণযোগ্য স্ব-প্রত্যায়িত আদর্শ পরিচয়পত্রের প্রসঙ্গ পিএমএলআই -তে জমা দিন।

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

গ্রহণযোগ্য পরিচয়ের প্রমাণগুলি হল - আধার কার্ড*, পাসপোর্ট, ড্রাইভিং লাইসেন্স, ভোটার পরিচয়পত্র, নরইগা জব কার্ড, জাতীয় জনসংখ্যা রেজিস্ট্রারের দ্বারা জারি করা চিঠি যেখানে ফটোগ্রাফ এবং প্যান কার্ডের সাথে 'নাম ও ঠিকানা' সম্পর্কিত বিশদ রয়েছে

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

*যদি আধার কার্ডটি জমা দেওয়া হয় তবে প্রথমে আট নম্বর নম্বরটি মাস্ক করা উচিত

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

জন্ম তারিখের পরিবর্তন: **অনুগ্রহ করি**

প্রযোজ্য অনুসবি চিন দিয়ক: (V):

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.

দ্রষ্টব্য: জন্ম তারিখের জন্য পিএমএলআই-তে একটি এহণযোগ্য স্ব-প্রত্যায়িত বয়সের প্রমাণপত্র অনুগ্রহ করে জমা দিন। জন্ম তারিখের যেকোন সংশোধন আন্ডাররাইটিং গাইডলাইন এবং উক্ত বিমা পণ্যের জন্য যদি কোন বয়সের মাপদণ্ড থাকে তাহলে তার শর্তসীমা। জন্ম তারিখের পরিবর্তন করা হলে প্রিমিয়াম বা বিমাকৃত রাশির (সাম অ্যাসিওউ) বেশি/কম হতে পারে।

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

বেনিফিসিয়ারির পরিবর্তনের অনুরোধ: আমি, _____ ঘোষণা করছি যে আইনি প্রভাব সম্পর্কে সম্পূর্ণ অনুধাবন করে বিনিফিসিয়ারির এই পরিবর্তন প্রস্তাব করছি।

From থেকে	To প্রতি	Relationship সম্পর্ক	Date of Birth (DDMMYY) জন্ম তথ্যলব্ধ (DDMMYY)	% share % অংশীদারি	Gender লিঙ্গ	Marital Status বববয়ালহক অবস্যা	Nationality জাতীয়তয়া

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.

দ্রষ্টব্য: বেনিফিসিয়ারির গারিবর্তনের অনুরোধ কেবলমাত্র তখনই প্রক্রিয়া করা হবে যদি পিআই ও গিও একই হয় এবং বিমাযোগ্য সুদ জন্য একাধিক বেনিফিসিয়ারি ফর্ম গুরুণ করতে হবে। নিরকুশ হলিয়োন বোসিফিসিয়ারি। (আবাসোসেলট অ্যাসাইলমেন্ট বেলিফিসিয়ারি) লিয়ুক ব্যাক (অ্যাপয়েন্টি) পরিবর্তনের অনুরোধ প্রক্রিয়া করা না গেলে। যদি বেনিফিসিয়ারি বা নমিনি অশ্রাগবন্ধক হন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিযুক্ত ব্যক্তির বিশদ বিবরণ নীচে পূরণ করুন।

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

নিযুক্ত ব্যক্তি পরিবর্তনের অনুরোধ: আমি, _____ ঘোষণা করছি যে আমি আইনি প্রভাব সম্পর্কে সম্পূর্ণ অনুধাবন করে নিযুক্ত ব্যক্তির এই পরিবর্তনের প্রস্তাব করছি।

From থেকে	To প্রতি	Relationship সম্পর্ক	Date of Birth (DDMMYY) জন্ম তথ্যলব্ধ (DDMMYY)	% share % অংশীদারি

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____
লিঙ্গ: _____ বববয়ালহক অবস্যা: _____ জাতীয়তয়া: _____

Important Information:

গুরুত্বপূর্ণ তথ্য:

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable) অনুরোধের সাথে জমা দেওয়া সমস্ত সমর্থনকারী প্রমাণ / গুলি এবং নথি / গুলি পলিসিধারক / অ্যাসিগিনি দ্বারা স্ব-সত্যায়িত হওয়া উচিত (প্রযোজ্য)
- 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 গ্রহণযোগ্য বয়স / আইডি এবং ঠিকানা প্রমাণের জন্য, দয়া করে আমাদের সংস্থার যে কোনও স্পর্শ পয়েন্টের সাথে যোগাযোগ করুন। পলিসিধারকের মূল আইডি প্রুফ অনুরোধ জমা দেওয়ার সময় বাধ্যতামূলকভাবে উপস্থাপন করা হবে অনুরোধ গ্রহণযোগ্যতা এড়াতে
- 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 নাম পরিবর্তন, জন্ম তারিখ পরিবর্তন, স্বাক্ষর পরিবর্তনের জন্য অনুরোধ জমা পড়লে পলিসিধারীর ছবি বাধ্যতামূলক জমা দিতে হবে
- 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 অটো ভেস্টিংয়ের ক্ষেত্রে, নতুন পলিসিধারক দ্বারা স্বাক্ষর করার অনুরোধটি। নতুন পলিসিধারীর স্বাক্ষরিত বৈধ আইডি প্রুফ (যেমন ড্রাইভিং লাইসেন্স, পাসপোর্ট, প্যান কার্ড ইত্যাদি) রেকর্ডে আপডেটের জন্য নেওয়া উচিত। এই অনুরোধের সাথে সুবিধাভোগী অনুরোধ ফর্মটি সহ উপস্থিত হওয়া উচিত
- 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) দয়া করে ব্লক বর্ণগুলিতে একটি কালো বল পয়েন্ট কলম দিয়ে আবেদন ফর্মটি পূরণ করুন। অপ্রাসঙ্গিক কলাম / গুলি প্রযোজ্য না হওয়ায় ধর্মঘট বন্ধ করা হবে (এন / এ)
- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card প্যান কার্ডের পরিবর্তে জমা দেওয়া হলে ফর্মটি পিএনবি মেটলাইফ 60 ফর্ম্যাটে থাকা দরকার

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:

স্বাক্ষর বা সইয়ের পরিবর্তন / একাধিক স্বাক্ষর: আমি/আমরা, _____, পলিসি মালিক/ বিমাকারী ব্যক্তি, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে নিম্নলিখিত নমুনা বক্সগুলিতে 20 _____ র _____ মাসের _____ তারিখের আমার/আমাদের স্বাক্ষর রয়েছে। অত: পর আমি/আমরা জানাচ্ছি যে, নিচে যে স্বাক্ষর রয়েছে তা এই/এইসব পলিসির এই/এইসব পলিসির ক্ষেত্রে ভবিষ্যতে যেকোন অনুরোধ গ্রহণকারী পিএনবি মেটলাইফ-এর পক্ষ থেকে যে কোন লিঃ-কে নির্দেশ ধরবে এবং প্রতিবাদ করবে:

Signature (Old) as per PNB MetLife records পিএনবি মেটলাইফের নথি অনুসারে স্বাক্ষর (পুরোনো)	Signature (New) স্বাক্ষর (নতুন)

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)

ব্যাঙ্কের প্রত্যয়নের ক্ষেত্রে পূরণ করতে হবে: (আমি এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে আমি উপরের স্বাক্ষরটি যাচাই করেছি এবং সেটি আমাদের ব্যাঙ্কের নথির সাথে মিলেছে)

Name of the Bank: _____ Branch Name: _____ Name of Bank Employee: _____
ব্যাঙ্কের নাম: _____ শাখার নাম: _____ ব্যাঙ্ক কর্মীর নাম: _____
Bank Account No: _____ Bank Employee Code: _____
ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নং: _____ ব্যাঙ্ক কর্মীর কোড: _____

Bank Employee
Signature and Bank Seal
ব্যাঙ্ক কর্মচারী স্বাক্ষর এবং ব্যাঙ্ক সীল

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

দ্রষ্টব্য: নিম্নলিখিত নথির যেকোন একটি কপি পরিচয়পত্রের প্রমাণ হিসেবে গ্রহণ করা হবে এবং নতুন স্বাক্ষর রেজিস্টার করতে হবে। গলিসি স্বাক্ষর পরিবর্তনের জন্য মালিককে অবশ্যই আসতে হবে। যদি পুরানো স্বাক্ষর পিএনবি মেটলাইফের রেকর্ডের সঙ্গে না মেলে তাহলে গলিসি মালিককে আসলে পলিসি নথি এনে দেখাতে হবে

Driving License Passport Pan Card Any Govt. issued ID and signature proof
 ড্রাইভিং লাইসেন্স পাসপোর্ট প্যান কার্ড সরকারি ইস্যু করা যেকোন পরিচয়পত্র ও স্বাক্ষরের প্রমাণ পত্র

Section B: Change in Policy Features

বিভাগ B: পলিসি বৈশিষ্ট্যের পরিবর্তন

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

প্রিমিয়াম ফ্রিকোয়েন্সি পরিবর্তন: অনুগ্রহ করি প্রযোজ্য অনুসন্ধান দিন দায়ক: (V):

From: Monthly Quarterly Semi-Annual Annual **To:** Monthly Quarterly Semi-Annual Annual
থেকে: মাসিক ত্রৈমাসিক ষাণ্মাসিক বার্ষিক **প্রতি:** মাসিক ত্রৈমাসিক ষাণ্মাসিক বার্ষিক

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.

দৃষ্টব্য: গ্রন্থালীর যেকোন পরিবর্তন পলিসি বার্ষিকী বছরের 15 দিন আগে করতে হবে। প্রিমিয়াম পেমেন্ট মোড কম থেকে বেশি হলে তা পরবর্তী পলিসি বার্ষিকা থেকে কার্যকরী হবে।

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

প্রিমিয়াম পেমেন্টের ধরণের পরিবর্তন: ডিরেক্ট ডেবিট এসিএইচ অটো ডেবিট (কেবলমাত্র অ্যাক্সিস ব্যাঙ্কের গ্রাহকের জন্য)

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. Policy may be foreclosed as per the foreclosed premium wherever applicable.

দৃষ্টব্য: যদি নির্বাচিত প্রিমিয়াম পেমেন্ট ধরন ডিরেক্ট ডেবিট / এসিএইচ / অটো ডেবিট হয় তাহলে প্রয়োজনীয় স্থায়ী নির্দেশের লুকুম সংযুক্ত করতে হবে। গ্রন্থালীর পরিবর্তন হলে যেখানে প্রযোজ্য সেখানে পরিবর্তিত প্রিমিয়াম অনুসন্ধান অর্থ কাটা হবে।

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

বিমাকৃত রাশি/প্রিমিয়ামের পরিবর্তন: বৃদ্ধি কমান টাকা থেকে _____ টাকা _____

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.

দৃষ্টব্য: বিমাকৃত রাশি/প্রিমিয়ামের কোন পরিবর্তন করতে হলে তা পলিসির বার্ষিকীর তারিখের 15 দিন আগে করতে হবে। বিমাকৃত রাশির বৃদ্ধির জন্য, অতিরিক্ত নথি চাওয়া হতে পারে। প্রযোজ্যতা জন্য অনুগ্রহ করে পণ্য শর্তাবলী পড়ুন

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

রাইডার সংযোজন/বাদ দেওয়া: সংযোজন বাদ দেওয়া রাইডারের সংশোধিত বিমাকৃত রাশি (শুধুমাত্র সংযোজনের ক্ষেত্রে):

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

অ্যাক্সিডেন্টাল ডেথ বেনিফিট রাইডার জটিলঅসুস্থতার রাইডার ডেথবেনিফিটের রাইডার ম মুকুবেব রাইডার **দৃষ্টব্য:** প্রযোজ্যতার জন্য অনুগ্রহ করে পণ্য শর্তাবলী পড়ুন।

Cover Continuance during Premium Discontinuation: Opt In Opt Out

প্রিমিয়াম বন্ধ থাকার সময় কভার অব্যাহত রাখা: নির্বাচন করুন অপ্ট আউট

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.

দৃষ্টব্য: পলিসি প্রিমিয়াম বিচ্ছিন্ন স্থিতিতে থাকলে কেবল কভার ধারাবাহিকতা বেছে নেওয়া যেতে পারে। কভার ধারাবাহিকতা চলাকালীন, শর্তাদি এবং শর্তাবলী হিসাবে উল্লিখিত সমস্ত চার্জগুলি কেটে নেওয়া হবে। ডিএন্ডসিতে উল্লিখিত ফোরক্লোজার শর্ত অনুযায়ী নীতি পূর্বভাস দেওয়া যেতে পারে।

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

অ-বাজেয়াপ্তকরণ বিকল্প পরিবর্তন: অটোমেটিক প্রিমিয়াম লোন (এপিএল) হ্রাস করা পেইড আপ **দৃষ্টব্য:** প্রযোজ্যতার জন্য অনুগ্রহ করে পণ্য শর্তাবলী পড়ুন।

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

ডেথ বেনিফিটের বিকল্প পরিবর্তন: আমি আমার উল্লিখিত পণ্যের ডেথবেনিফিট বিকল্প পরিবর্তন করতে চাই: ট স্মার্ট মে ট আলটিমেট

Change from এই থেকে পরিবর্তন		Change to পরিবর্তন করে যা করা হয়েছে	
Option Type বিকল্পের ধরন	Tick the option বিকল্পটিতে টিক দিন	Option Type বিকল্পের ধরন	Tick the option বিকল্পটিতে টিক দিন
Option A বিকল্প A		Option A বিকল্প A	
Option B বিকল্প B		Option B বিকল্প B	

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

পরিশোধিত পুনরুদ্ধারের অনুরোধ (2013 এর পরে জারি হওয়া নতুন ইউলিপি নীতিমালার ক্ষেত্রে পণ্যোজ্য যেখানে গ্রাহক 5 বছরের জন্য প্রিমিয়াম পদান করেছেন)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy: Opt for 2 years Revival period Opt for reduced paid up
 নতুন ইউলিপি নীতিমালার পাঁচ বছর প্রদানের বিকল্প: 2 বছরের পুনর্জীবনের সময়কাল বেছে নিন হ্রাস পয়সা আপ জন্য বেছে নিন

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

দৃষ্টব্য: (বিরতি তহবিল চলাচলের তারিখের 10 দিন পূর্বে জমা দেওয়ার অনুরোধ)

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.

পলিসি ধারকের ঘোষণা: এই চিঠির সঙ্গে সংযুক্ত ঘোষণা, চুক্তি এবং অনুমোদন উপরে প্রদত্ত প্রক্রিয়ার উদ্দেশ্যের জন্য পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্সুরেন্স লিমিটেডের ("পিএনবি মেটলাইফ") প্রয়োজনীয় ঘোষণা ও প্রয়োজনীয় অনুরোধ হিসেবে গণ্য করা হবে এবং ভবিষ্যতে আমি এর বিরোধীতা করব না। এতদ্বারা আমি এই অনুরোধের প্রতি প্রযোজ্য শর্তাবলীসহ পলিসির সব শর্তাবলী এবং মেয়াদ পড়েছি এবং বুঝেছি। আমি বুঝেছি এবং স্বীকার করছি যে আমার অনুরোধ পলিসির শর্তাবলী অনুসরণ করে প্রক্রিয়া করা হবে এবং এখানে দেওয়া যে কোন ভুল বা অসম্পূর্ণ তথ্য সহ এই অনুরোধ থেকে উদ্ভূত সব পরিণামের জন্য আমিই সম্পূর্ণ দায়ী হব। আমি বুঝেছি যে পিএনবি মেটলাইফ লেনদেনের বিশদ জানাতে, পেমেন্টের জন্য অনুমারক পাঠাতে ইত্যাদির জন্য এসএমএস বা ইমেলের মাধ্যমে যোগাযোগ করবে এবং সেগুলি অযাচিত বাণিজ্যিক কল/ইমেল হিসেবে গণ্য করা হবে না এবং আমার সঙ্গে যোগাযোগ করা

Signature/Thumb Impression of Policy Holder _____
নীতিধারীর স্বাক্ষর / থাম্বের ছাপ _____

Signature of Joint Life (Second Life) _____
যৌথ জীবনের স্বাক্ষর (দ্বিতীয় জীবন) _____

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

বিমাধারীর স্বাক্ষর/বুড়োআঙ্গুলের ছাপ _____
(যদিপলিসির মালিকের থেকেভিন্ন হন)

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

অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধির স্বাক্ষর/ বুড়োআঙ্গুলের ছাপ _____
(পলিসির সম্পূর্ণ/শর্তাধীন নিয়োজনের ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয়)

Date: DD-MM-YYYY _____
তারিখ: DD-MM-YYYY _____

Place: _____
স্থান: _____

Note: For conditionally assigned policy, Request should be signed both by the Assignee & Assignor
দৃষ্টব্য: পলিসির শর্তাধীন নিয়োজনের জন্য, অনুরোধটি স্বনিয়োগকারী ও অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধি

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.

মতভাষায় করা ঘোষণা: যে ক্ষেত্রে পলিসি হোল্ডারের সইয়ের পরিবর্তে বুড়ো আঙ্গুলের (বাঁ হাতের) ছাপ থাকবে বা তার মতভাষায় সই করবেন, সেই ক্ষেত্রে এটিকে পূরণ করতে হবে: **আমার সাথে ব্যক্তিগতভাবে পরিচিত এই *অশিক্ষিত/নিজ ভাষা জানেন এমন আবেদনকারী ব্যক্তিকে আমি সংশ্লিষ্ট নথির বিষয়বস্তু পড়ে শুনিয়েছি এবং **তিনি তা সম্বন্ধে সম্পূর্ণ ভাবে বোঝার পরেই আমার সামনে নথির বিষয়বস্তু পূরণ করে তার সই দিয়েছেন/আমি তার লেখক হিসাবে আবেদনকারীর নির্দেশ অনুসারে নথির বিষয়বস্তু পূরণ করেছি এবং **তিনি তাতে তার বাঁ হাতের বুড়ো আঙ্গুলের ছাপ দিয়েছেন / তার মতভাষায় সই করেছেন।

Name of Declarant/witness: _____ Date: DD-MM-YYYY _____ Place: _____ Signature: _____
ঘোষণাকারী / সাক্ষী নাম: _____ তারিখ: DD-MM-YYYY _____ স্থান: _____ স্বাক্ষর: _____

For Branch Use Only: To be filled by Branch Services – Mandatory **Request received from:** Customer Customer Representative Bank Courier
শুধুমাত্র শাখা অফিসের ব্যবহার করার জন্য: বাধ্যতামূলক ভাবে শাখা অনুরোধকারী: গ্রাহক গ্রাহকের প্রতিনিধি ব্যাঙ্ক কুরিয়ার

Form Received By: Employee Name: _____ Employee ID: _____ Employee Signature: _____
ফর্ম গ্রহণকারী ব্যক্তি: কর্মীর নাম: _____ কর্মীর আইডি: _____ কর্মীর স্বাক্ষর: _____

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY **Request received Time at Branch: HH:MM**
শাখা অফিসে আবেদন গ্রহণের তারিখ: DD-MM-YYYY **শাখা অফিসের আবেদন গ্রহণের সময়: HH:MM**

Branch Stamp
শাখা অফিসের স্ট্যাম্প

Acknowledgement Slip

স্বীকৃতির রশিদ

Received a request for _____ against Policy/Solution No: _____ on Date: DD-MM-YYYY at HH:MM
এর জন্য প্রাপ্ত অনুরোধ, পলিসি/সলিউশন নম্বর: তারিখ: DD-MM-YYYY এ HH:MM

Received By: Employee Code _____ Employee Name _____ Date and Time Stamp / Seal of Branch
গ্রহণ করেছেন: কর্মীর কোড কর্মীর নাম সময় ও তারিখের স্ট্যাম্প/শাখার সিলমোহর

Branch Stamp
শাখা অফিসের স্ট্যাম্প

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 Toll-free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor, Techni plex -1, Techni plex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai – 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

পিত্তনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রাজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম ফ্লোর, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 এম জি রোড, বাঙ্গালোর - 560001, কर्नाटक, অহিয়ারাজিও অফ ইন্ডিয়া র-রজিস্ট্রেশন নম্বর 117.
পিএল নম্বর U66010KA2001PLC028883, আমা-সর এই টোল-ফ্রি নম্বর -1-800-425-6969, ও-বাইট: www.pnbmetlife.com ই-মাইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in, বা আমা-সর-ক টিটি লিখুন এই ঠিকানা 1ম -ফ্লোর, টেকনিপ্লেক্স-1 টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাজারকর ফ্লাইওভার ছাডিসে, গোরাগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই - 400062. -ফোন: +91-22-41790000 ফ্যাক্স: +91-22-41790203