

प्रस्ताव पत्र

कृपया भरें	कोड	नाम
IA/FPC/CSO/ DM/ARM/ISP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
नियंत्रित व्यक्ति	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
PNB MetLife शाखा	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
स्वीकारनशिप ब्रांच ब्रोकर/रिसर्वल कंपनी का नाम/एम आई ए	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

पालिमी प्रकार:	<input type="checkbox"/> ग्रामीण	<input type="checkbox"/> शहरी			
चैनल प्रकार:	<input type="checkbox"/> एंजेंसी	<input type="checkbox"/> ब्रोकर	<input type="checkbox"/> वीएसी	<input type="checkbox"/> ईएम	<input type="checkbox"/> आईएमएफ
वीमा कवर का प्रकार:	<input type="checkbox"/> अवैक्षित				
<input type="checkbox"/> एमडब्ल्यूपी	<input type="checkbox"/> एचयूएफ	<input type="checkbox"/> नियोक्ता-कर्मचारी			
<input type="checkbox"/> की-पार्टेन	<input type="checkbox"/> की-पार्टनरशिप	<input type="checkbox"/> सामान्य-साझेदारी			
कर्मचारी छुक़:	<input type="checkbox"/> मार्गीश्वर				
<input type="checkbox"/> वीएनसी कर्मचारी	<input type="checkbox"/> वीएनसी एमएलआई कर्मचारी	<input type="checkbox"/> सामान्य			
वाता प्रकार:	<input type="checkbox"/> जे एंड जे बैंक कर्मचारी	<input type="checkbox"/> जे एंड जे एक कर्मचारी			
<input type="checkbox"/> स्पॉल	<input type="checkbox"/> सामान्य	<input type="checkbox"/> सरलीकृत (कम जोखिम वाले ग्राहकों के लिए)			

प्रस्तावित बीमित

यहाँ चिपकाएँ (पिन या

* हाल का पासपोर्ट साइज फोटो (6 माह से पुराना न हो)

यूनिट-लिंकड बीमा उत्पाद में, निवेश पोर्टफोलियो में निवेश का जोखिम पॉलिसीधारक द्वारा वहन किया जाता है।

A प्रस्तावित बीमित का विवरण (बड़े अक्षरों में भरें एवं सभी क्षेत्र अनिवार्य हैं)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| १. नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ./मास्टर/अन्य):
(पहचान प्रमाण के अनुसार) | F I R S T M I D D L E L A S T | | |
| २. विवाह-पूर्व नाम (सुश्री/डॉ./अन्य): | F I R S T M I D D L E L A S T | | |
| ३. पिता का नाम (श्री/डॉ./अन्य): | F I R S T M I D D L E L A S T | | |
| ४. माता का नाम (सुश्री/श्रीमती/डॉ./अन्य): | F I R S T M I D D L E L A S T | | |
| ५. पति/पत्नी का नाम (श्री/श्रीमती/डॉ./अन्य): | F I R S T M I D D L E L A S T | | |
| ६. जन्म तिथि: D D M M Y Y Y Y | ७. जन्म स्थान | (देश का नाम सहित) | |
| ८. लिंग: <input type="checkbox"/> एम - पुरुष | <input type="checkbox"/> एफ - महिला | <input type="checkbox"/> टी - ट्रांसजेंडर | |
| ९. नागरिकता: <input type="checkbox"/> आईएन-भारतीय | <input type="checkbox"/> अन्य-आईएसओ 3166 देश कोड <input type="checkbox"/> | | |
| १०. क्या आप भारत के अलावा किसी अन्य देश के कर निवासी हैं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं [यदि हाँ, तो कृपया FATCA/CRFD शराबती भरें और विंदु 13 (iii) भरें] | <input type="checkbox"/> विदेशी नागरिक _____ देश का नाम _____ | | |
| ११. आवासीय स्थिति: <input type="checkbox"/> निवासी व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> अनिवासी भारतीय <input type="checkbox"/> भारतीय मूल के व्यक्ति | | | |
| १२. वैवाहिक स्थिति: <input type="checkbox"/> निवाहित <input type="checkbox"/> अनिवाहित <input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें) _____ | | | |
| १३. (i) <input type="checkbox"/> वर्तमान/स्थायी/निवेश का पता: (पते के प्रमाण [प्रिंटेप] में से किसी एक की प्रमाणित प्रति जमा करनी होगी) | | | |
| पते का प्रकार: <input type="checkbox"/> आवासीय/आवासायिक <input type="checkbox"/> आवासीय <input type="checkbox"/> आवासायिक <input type="checkbox"/> पंजीकृत कार्यालय <input type="checkbox"/> अनिर्दिष्ट | | | |
| पते का प्रमाण: <input type="checkbox"/> पासपोर्ट <input type="checkbox"/> ड्राइविंग लाइसेंस <input type="checkbox"/> यूआईडी (आधार) <input type="checkbox"/> मतदाता पहचान पत्र <input type="checkbox"/> नरेगा जॉब कार्ड <input type="checkbox"/> सरलीकृत खाता - दस्तावेज़ प्रकार कोड <input type="checkbox"/> | | | |
| अन्य _____ कृपया जमा किए गए प्रमाण की संख्या लिखें _____ | | | |

(iii) उन क्षेत्राधिकारों का पता जहाँ आवेदक कर उद्देश्यों के लिए भारत के बाहर निवासी हैं

वर्तमान/स्थायी/विदेश के पते के समान पत्राचार/स्थानीय पते के समान

- | | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|---|---|
| 14. | देश कोड | पेरिया/एसटीडी कोड | टेलीफोन | मोबाइल | देश कोड | पेरिया/एसटीडी कोड | टेलीफोन | | | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| | टेलीफोन निवास: | देश कोड | पेरिया/एसटीडी कोड | टेलीफोन | देश कोड | पेरिया/एसटीडी कोड | टेलीफोन | | | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| | वैकल्पिक संपर्क नं.: | | | | वैकल्पिक ईमेल : | | | | | |
| 15. | <input type="checkbox"/> फॉर्म 60 | <input type="checkbox"/> पैन संख्या: | <input type="text"/> | 16. a | आधार संख्या: | <input type="text"/> | | | | |
| | | | | 16. b | वर्तुअल आईडी: | <input type="text"/> | | | | |
| 17. | यदि आप अपनी पांचिसी को पूर्वदिनांकित करना चाहते हैं, तो कृपया तिथि बताएः (पूर्वदिनांकन केवल एक ही वित्तीय वर्ष में 180 दिनों तक किया जा सकता है)। यह विकल्प यूनिट-लिंकड बीमा उत्पाद के लिए लागू नहीं है। <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y | | | | | | | | | |
| 18. | शैक्षिक गोयन्ता: | <input type="checkbox"/> आत्मनोत्तर एवं उत्सर्जन क्षेत्र | <input type="checkbox"/> आत्मक | <input type="checkbox"/> डिप्लोमा | <input type="checkbox"/> 12वीं पास | <input type="checkbox"/> 10वीं पास | <input type="checkbox"/> 10वीं से कम | <input type="checkbox"/> अधिकृत | <input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें) | |
| 19. | व्यवसाय | <input type="checkbox"/> एस- सेवा | <input type="checkbox"/> (निजी क्षेत्र | <input type="checkbox"/> सार्वजनिक क्षेत्र | <input type="checkbox"/> सरकारी क्षेत्र | <input type="checkbox"/> अन्य) | <input type="checkbox"/> गृहिणी | <input type="checkbox"/> विद्यार्थी) | <input type="checkbox"/> बी- व्यवसाय | <input type="checkbox"/> एक्स- श्रेणी विहीन |
| | <input type="checkbox"/> औ- अन्य | (<input type="checkbox"/> पेशेवर | <input type="checkbox"/> स्वरोगार | <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त | | | | | | |

20. व्यवसाय का विवरण:

21. अतिरिक्त केवाईडी*:

22. आय प्रमाण:

23. आयु प्रमाण *:

*यदि प्रस्तावित स्वामी एक ट्रस्ट या फाउंडेशन है अथवा कवर का प्रकार नियोक्ता-कर्मचारी/सामान्य साहेदारी/की-पार्टनरशिप/की-पर्सन चुना गया है तो जमा किए गए अतिरिक्त दस्तावेजों का नाम।

संस्था/व्यवसाय का नाम और पता	व्यवसाय की प्रकृति	कार्य का सटीक विवरण	पद	सेवा/व्यवसाय के वर्ष	वार्षिक सकल आय (रुपये में)

* गैर-मानक आयु प्रमाण (जैसे वोटर आईडी कार्ड, ड्राइविंग कार्ड, आदि) के मामले में, वीमित राशि के प्रति हजार पर 2.50 रुपये का अतिरिक्त शुल्क लिया जाएगा।

24. पहचान प्रमाण: (पहचान के प्रमाण [पीओआई] में से किसी एक की प्रमाणित प्रति जमा करनी होगी)

 ए- पासपोर्ट संख्या

पासपोर्ट समाप्ति तिथि

D D M M Y Y Y Y

 बी- मतदाता पहचान पत्र सी- पैन नं. डी- ड्रा

ड्राइविंग लाइसेंस

ड्राइविंग लाइसेंस समाप्ति तिथि

D D M M Y Y Y Y

 ई- यूआईडी (आधार) एफ- नरेगा जांच कार्ड

जेड- अन्य (केंद्र सरकार द्वारा अधिसूचित कोई भी दस्तावेज़)

 एस- सरलीकृत खाता - दस्तावेज़ प्रकार कोड

पहचान संख्या

 सेवानिवृत्ति जीवन का उपहार अन्य (उल्लेख करें) _____

25. बीमा का उद्देश्य:

 बचे के भविष्य की योजना सुरक्षा व्रत की-पर्सन

नामांकन विवरण

1. नाम (श्री/श्रीमती/सुभ्री/डॉ./मास्टर/अन्य):	F I R S T M I D D L E L A S T													
2. जन्म तिथि:	D D M M Y Y Y Y					3. लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> द्रोगज़ेडर	4. वैवाहिक स्थिति	<input type="checkbox"/> शिंगल	<input type="checkbox"/> विवाहित	<input type="checkbox"/> तलाकशुदा	<input type="checkbox"/> शिंगल
5. राष्ट्रीयता:	<input type="checkbox"/> भारतीय		<input type="checkbox"/> अनिवासी भारतीय			<input type="checkbox"/> भारतीय मूल के व्यक्ति		<input type="checkbox"/> विदेशी नागरिक		(देश का नाम)				
(यदि अनिवासी भारतीय या भारतीय मूल के व्यक्ति या विदेशी नागरिक हैं, तो कृपया ऊपर दिए गए स्थान में अपने निवास का देश लिखें और एनआरआई/सीआईओ/विदेशी नागरिक प्रशावली पूरी करें)														
6. प्रस्तावित वीमित से संबंध	7. % नामांकित हिस्सा**					*एक से अधिक नामांकित व्यक्तियों के मामले में, कृपया बहु-नामांकन फॉर्म में संबंधित नामांकन हिस्सा भरें								
8. मोबाइल नंबर	9. ईमेल													
10. वर्तमान पता														
11. स्थायी पता														
CITY / TOWN / VILLAGE / GRAM PANCHAYAT / DISTRICT PIN / POST CODE STATE / UT CODE LAND MARK														
12. खाता प्रकार	<input type="checkbox"/> बचत	<input type="checkbox"/> चालू	<input type="checkbox"/> एनआरई	<input type="checkbox"/> एनआरओ										
13. खाता संख्या:					एमआईसीआर कोड:				IFSC कोड:					
14. बैंक का नाम और पता														
नियुक्त व्यक्ति का विवरण														
1. नाम (श्री/श्रीमती/सुभ्री/डॉ./मास्टर/अन्य):	F I R S T M I D D L E L A S T													
2. जन्म तिथि:	D D M M Y Y Y Y					3. लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	4. वैवाहिक स्थिति	<input type="checkbox"/> शिंगल	<input type="checkbox"/> विवाहित	<input type="checkbox"/> तलाकशुदा	<input type="checkbox"/> शिंगल	
5. राष्ट्रीयता:	<input type="checkbox"/> भारतीय		<input type="checkbox"/> अनिवासी भारतीय			<input type="checkbox"/> भारतीय मूल के व्यक्ति		<input type="checkbox"/> विदेशी नागरिक		(देश का नाम)				
(यदि अनिवासी भारतीय या भारतीय मूल के व्यक्ति या विदेशी नागरिक हैं, तो कृपया ऊपर दिए गए स्थान में अपने निवास का देश लिखें और एनआरआई/सीआईओ/विदेशी नागरिक प्रशावली पूरी करें)														
6. पैदा नं.														
7. मोबाइल नंबर	8. ईमेल													
9. खाता प्रकार	<input type="checkbox"/> बचत	<input type="checkbox"/> चालू	<input type="checkbox"/> एनआरई	<input type="checkbox"/> एनआरओ										
10. खाता संख्या:					एमआईसीआर कोड:				IFSC कोड:					
11. बैंक का नाम एवं थाल्का का पता,														
12. नियुक्ति स्वीकृति हस्पाइर														
13. नामांकित व्यक्ति से संबंध														

D. यीपनवी मेटलाइक इंडिया इंयर्योरेस कंपनी और अन्य जीवन वीमा कंपनियों में प्रस्तावित वीमित की वीमा पालिसियों एवं पूर्व प्रस्ताव पत्रों का विवरण। कृपया नीचे दिए गए पालिसी के प्रकार कॉलम में यह भी बताएं यदि जानकारी में मौजूदा स्टैडअलोन कैसर और/या हृदय/कार्डियक उत्पादों का विवरण शामिल है।

यदि प्रस्तावित वीमित नाबालिंग/विद्यार्थी हैं तो पूरे परिवार का निम्नलिखित विवरण प्रदान करें। यदि प्रस्तावित वीमित गृहिणी हैं तो पति का निम्नलिखित विवरण प्रदान करें।

1	ऊचाई सेंटीमीटर में	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	या फुट	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	इंच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	वजन किलोग्राम में	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	या पाउंड	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	जीवित													मृत			
प्रस्तावित वीमित से संबंध	आयु	वर्तमान स्वास्थ्य का विवरण और किसी भी गंभीर वीमारी का पूर्ण विवरण (हृदय रोग, मधुमेह, स्ट्रोक, उच्च रक्तचाप, कॉलेन्ट्रेट बड़ना, कैंसर, मल्टीपल स्केलरोसिस, अल्जाइमर, पार्किन्सन या कोई अनुवर्णिक रोग)													आयु	मृत्यु का कारण	
पिता																	
माता																	
भाई/बहन																	
पति/पत्नी																	
बच्चे																	

3. चिकित्सा विवरण

क्या आपको कभी निम्नलिखित में से किसी के लक्षण रहे हैं, इनका इलाज कराया गया है, इलाज की सलाह दी गई है या किसी जांच से गुजरे हैं: (नीचे दी गई स्थितियां केवल उदाहरण के लिए हैं और आपसे अनुरोध है कि आप सभी विकारों, वीमारियों या अन्य स्वास्थ्य स्थितियों का खुलासा करें, जो प्रासारित हैं या हो सकती हैं। यदि इस बांध में किसी भी प्रश्न का उत्तर 'हाँ' है, तो कृपया सभी चिकित्सा रिपोर्ट प्रदान करें, यदि उपलब्ध हों।)

1.	उच्च रक्तचाप, छाती में दर्द, एंजाइना, हृदय रोग या हृदय या रक्त संचार प्रणाली में संबंधित कोई अन्य वीमारी?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	11.	अवसाद, तनाव, चिंता, आमहत्या का प्रयास या कोई अन्य मनोवैज्ञानिक या भावनात्मक विकार या तंत्रिका विघटन या मानसिक वीमारी या इनके लक्षण?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
2.	दौरे, स्ट्रोक, लकवा, मिर्गी, पार्किंसन, मल्टीपल स्केलरोसिस या मस्तिष्क या तंत्रिका तंत्र का कोई अन्य विकार?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	12.	क्या आप या आपके पति/पत्नी की कभी एचआईवी/एडस या हेपेटाइटिस बी, सी या किसी अन्य यौन संचारित रोग के लिए जांच हुई है या इनके संबंध में कोई चिकित्सा सलाह, काउंसलिंग या उपचार प्राप्त किया है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
3.	टी.बी., दमा, ब्रॉकाइटिस, एवियन फ्लू, सांस की तकलीफ या कोई अन्य व्यसन विकार?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	13.	पिछले पांच वर्षों में:					
4.	कैंसर, न्यूमर, सिस्ट, ल्यूकेमिया, ग्रोथ, गांठ या अन्य घातक रोग?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	(a)	क्या आपने: बुखार, सामान्य सर्दी या खांसी को छोड़कर 4 दिन से अधिक समय तक चलने वाली वीमारी के लिए किसी डॉक्टर या स्वास्थ्य चिकित्सक से परामर्श लिया है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
5.	कोई किडनी, लिवर, मूत्राशय विकार या प्रोस्टेट रोग, मूत्र में रक्त/प्रोटीन?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	(b)	ईसीटी, एक्स-रे, रक्त परीक्षण या अन्य जांच करवाई है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
6.	अन्धर या पेट या आंत से संबंधित कोई विकार?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	(c)	किसी अस्पताल या अन्य चिकित्सा केंद्र में भर्ती हुए हैं/भर्ती होने की सलाह दी गई है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
7.	मधुमेह, थायराइड या किसी अन्य ग्रंथि से संबंधित विकार?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	14.	क्या आपको कोई शारीरिक विकृति/दोष या कोई जन्मजात स्थिति है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
8.	कान, नाक और गले से संबंधित कोई विकार?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	15.	क्या पिछले एक वर्ष में वजन में तीव्र कमी या वृद्धि (>5 किलो) हुई है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
9.	कोई पीठ, गठिया, जोड़ या हड्डी विकार या त्वचा घाव?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	16.	क्या आपने किसी प्रकार की सर्जरी करवाई है या करवाने की सलाह दी गई है या कृपया वीमारी और ग्रंथि का प्रत्यारोपण किया गया है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>	
10.	क्या आपको एनीमिया, ल्यूकेमिया या रक्त से संबंधित कोई अन्य विकार है?	<input type="checkbox"/>	हाँ	नहीं	<input type="checkbox"/>							

4. क्या आप किसी अन्य वीमारी, जोट, रोग या स्थिति से पीड़ित रहे हैं या हैं, या ऊपर के प्रश्नों में उल्लिखित न की गई कोई चिकित्सा जांच करवाई है, जिसके कारण आप 7 दिनों से अधिक समय तक काम से दूर रहे हैं? यदि हाँ, तो कृपया वीमारी और ली गई/ली जा रही चिकित्सा/दवाओं का विवरण प्रदान करें। विंद 3 में प्रत्येक 'हाँ' के लिए कृपया प्रश्न की पहचान करें और पूर्ण विवरण, स्थितियां, तिथियां, अवधि और परिणाम प्रदान करें। कृपया डॉक्टर/अस्पताल/क्लीनिक आदि का पूरा नाम और पता प्रदान करें।

प्रश्न संख्या	विवरण

5. केवल महिला प्रस्तावित वीमित के लिए

1) क्या आप गर्भवती हैं? हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया वर्तमान गर्भावस्था के महीने बताएं। 6 महीने या उससे कम 6 महीने से अधिक

यदि गर्भावस्था से संबंधित कोई जटिलताएं हैं तो कृपया विवरण दें। _____

2) क्या आपने प्रसव कराया है, मीजेरियन सेक्षन कराया है, कोई गर्भपात या गर्भ समाप्ति हुई है? हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया अंतिम घटना के बाद से बीता समय बताएं।

पिछले 3 महीनों में 3 से 6 महीने 6 महीने से अधिक

3) क्या आप स्तन या प्रजनन अंगों के किसी विकार से पीड़ित रही हैं/हैं? हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रदान करें _____

जीवन शैली संबंधी जानकारी:

- 1) क्या आपने पिछले 5 वर्षों में किसी भी रूप में तंबाकू या निकोटीन उत्पादों का सेवन या धूम्रपान किया है? (तंबाकू उत्पादों में सिगरेट, बीटी, सिगार, चवाने वाला तंबाकू जैसे गुटबा, सुगंधित पान मसाला आदि शामिल हैं, लेकिन यह इन्हीं तक मीमित नहीं है।)
- हाँ नहीं

2) कृपया निम्नलिखित विवरण दें:

पदार्थ का सेवन	हाँ	नहीं	सेवन का प्रकार	मात्रा	कितने महीनों से	यदि सेवन बंद कर दिया है, तो बंद करने की तिथि बताएं
तंबाकू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> पाइप <input type="checkbox"/> सिगार <input type="checkbox"/> सिगरेट <input type="checkbox"/> बीटी	स्टैक्स/देन की संख्या	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> वर्ष <input type="checkbox"/> महीने
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	गुटबा	पैकट/देन की संख्या	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> वर्ष <input type="checkbox"/> महीने
मदिरा/शराब	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> बीयर <input type="checkbox"/> वाइन <input type="checkbox"/> शराब	पिटी/मिली प्रति सप्ताह	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> वर्ष <input type="checkbox"/> महीने
नशीले पदार्थ/इम्स	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> मारिजुआना <input type="checkbox"/> कोकीन <input type="checkbox"/> नशीली दवाएं		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> वर्ष <input type="checkbox"/> महीने

- 3) क्या आपका व्यवसाय किसी विशेष जोखिम से जुड़ा है (जैसे खदानें, विस्फोटक, संकारक रसायन और एक्टीव चालक, आदि), कृपया संबंधित व्यवसाय प्रश्नावली पूरी करें?

- 4) क्या आप सशक्त बल, अर्धसैनिक या पुलिस बल में कार्यरत हैं, यदि हाँ, तो कृपया "सशक्त सेवा प्रश्नावली" पूरी करें?

- 5) क्या आपको कभी किसी आपाराधिक मामले में दोषी ठहराया गया है या आपके विशुद्ध कोई आपाराधिक मामला या आरोप लंबित है?

- 6) क्या आपने पिछले दो वर्षों में उड़ान भरी है या भविष्य में छात्र पायलट, पायलट, चालक दल सदस्य, गैर-व्यावसायिक/निजी/चार्टेड विमान में यात्री के रूप में उड़ान भरने की योजना है?

- * राजनीतिक रूप से प्रभावशाली व्यक्तियों की परिसाया: ऐसे व्यक्ति जो देश में या किसी विदेशी देश में प्रमुख सार्वजनिक पदों पर हैं या रहे हैं, जिनमें शामिल हो सकते हैं राज्य या सरकार के प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता (स्थानीय निकाय/विधानसभा/संसद के चुनाव में भाग लेने वाले या नामांकित राजनीतिक दलों के सदस्य), वरिष्ठ सरकारी अधिकारी/सभी मंत्रालय संतर के अधिकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी (मेजर और उससे ऊपर के समकक्ष तक), राज्य के स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ कार्यकारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक दल के प्रदाताकारी ऐसे व्यक्ति जो किसी अंतरराष्ट्रीय संगठन में प्रमुख पद पर हैं या रहे हैं, जिनमें वरिष्ठ प्रबंधन के सदस्य या समकक्ष कार्यों से जुड़े व्यक्ति शामिल हैं, जैसे निदेशक, उप बोर्ड के सदस्य या समकक्ष हैं।

निकट सहयोगी वे व्यक्ति हैं जो पीईपी से सामाजिक या व्यावसायिक रूप से निकट रूप से जुड़े हैं।

G. उत्पाद विवरण

उत्पाद का नाम	पॉलिसी अवधि	प्रीमियम भुगतान अवधि	माडल प्रीमियम	मूल बोमा राशि	प्रीमियम गुणक
योजना/लाभ विवरण:	उत्पाद भुगतान का संचय: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं कवर विवरण: _____	एकमुश्त %: _____	विल्ड-अप विवरण: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
आय विवरण:	लाभ भुगतान की विधि: दिन/माह प्रीमियम वापरी: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं अन्य लाभ/विकल्प: _____	नकद बोमा राशि: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
संयुक्त जीवन कवर: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (यदि संयुक्त जीवन कवर चुना गया है, तो कृपया संयुक्त जीवन प्रश्नावली पूरी करें)	संयुक्त जीवन की बीमा राशि: रु. _____				
प्रीमियम भुगतान की आवृत्ति: <input type="checkbox"/> एकत्र <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वैमासिक <input type="checkbox"/> अर्धवार्षिक <input type="checkbox"/> वार्षिक वार्षिक प्रीमियम राशि (₹.): _____					
*** नवीनीकरण प्रीमियम भुगतान के लिए पसंदीदा माध्यम: <input type="checkbox"/> नकद ^a <input type="checkbox"/> चेक#/#/डीटी# <input type="checkbox"/> ऑनलाइन भुगतान ^{aa} <input type="checkbox"/> डायरेक्ट डेविट/एसीएप ^a <input type="checkbox"/> पीएसारी <input type="checkbox"/> पीएनवी-आंटो डेविट ^a					
<input type="checkbox"/> जे एंड के बैंक अंटो डेविट <input type="checkbox"/> केवीएल-आंटो डेविट <input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें) _____	*कृपया संबंधित स्थायी निवेश कोर्स भरें। *सभी नकद प्रीमियम भुगतान हमारी निकटतम शाखा में सीधे किए जाने चाहिए। हमारे एंजेंट नकद में प्रीमियम एकत्र करने के लिए अधिकृत नहीं हैं। ^{aa} भुगतान डेविट/ड्रेडिट कार्ड/एसईएफटी के माध्यम से किया जा सकता है।				

राइडर का नाम	पॉलिसी अवधि	प्रीमियम भुगतान अवधि	प्रीमियम राशि	बोमा राशि

** प्रीमियम की समायोजना देय तिथि पर ही की जाएगी, भले ही यह अग्रिम में प्राप्त हुआ हो और यदि एक वित्तीय वर्ष में देय प्रीमियम को पिछले वित्तीय वर्ष में अग्रिम में एकत्र किया जा रहा है, तो बीमाकर्ता प्रीमियम की देय तिथि से अधिकतम तीन महीने पहले तक का प्रीमियम एकत्र कर सकते हैं।

2. (a) सूनिट-लिंक्ड

i. चुना गया बीमा राशि गुणक: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ii. कृपया पोर्टफोलियो रणनीति चुनें: <input type="checkbox"/> स्व-प्रबंधित <input type="checkbox"/> स्वतः संतुलन <input type="checkbox"/> व्यवस्थित अंतरराष्ट्रीय <input type="checkbox"/> जीवन-चरण																																												
iii. कृपया आवंटन अनुपात चुनें:																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>फंड</th> <th>Allocation</th> <th>फंड</th> <th>आवंटन</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>इंडिया अपॉर्टनेटीज</td> <td></td> <td>बैलेन्स अपॉर्टनेटीज</td> <td></td> </tr> <tr> <td>प्रोटेक्टर </td> <td></td> <td>प्रीमियर मल्टी-कैप</td> <td></td> </tr> <tr> <td>बैलेंसर </td> <td></td> <td>मिड कैप</td> <td></td> </tr> <tr> <td>सर्टेनेवल इंडिप्री</td> <td></td> <td>स्मॉल कैप</td> <td></td> </tr> <tr> <td>वर्चु </td> <td></td> <td>क्रेस्ट (CREST)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>फ्लेस्टरी कैप</td> <td></td> <td>भारत बैन्यूफैक्चरिंग</td> <td></td> </tr> <tr> <td>मल्टीप्लायर </td> <td></td> <td>भारत कंजम्पशन</td> <td></td> </tr> <tr> <td>लिंक्ड</td> <td></td> <td>निफ्टी 500 मोमेटम 50 इंडेक्स</td> <td></td> </tr> <tr> <td>बॉन्ड अपॉर्टनेटीज</td> <td></td> <td>बैल्यू फंड</td> <td></td> </tr> <tr> <td>कुल</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		फंड	Allocation	फंड	आवंटन	इंडिया अपॉर्टनेटीज		बैलेन्स अपॉर्टनेटीज		प्रोटेक्टर		प्रीमियर मल्टी-कैप		बैलेंसर		मिड कैप		सर्टेनेवल इंडिप्री		स्मॉल कैप		वर्चु		क्रेस्ट (CREST)		फ्लेस्टरी कैप		भारत बैन्यूफैक्चरिंग		मल्टीप्लायर		भारत कंजम्पशन		लिंक्ड		निफ्टी 500 मोमेटम 50 इंडेक्स		बॉन्ड अपॉर्टनेटीज		बैल्यू फंड		कुल			
फंड	Allocation	फंड	आवंटन																																										
इंडिया अपॉर्टनेटीज		बैलेन्स अपॉर्टनेटीज																																											
प्रोटेक्टर		प्रीमियर मल्टी-कैप																																											
बैलेंसर		मिड कैप																																											
सर्टेनेवल इंडिप्री		स्मॉल कैप																																											
वर्चु		क्रेस्ट (CREST)																																											
फ्लेस्टरी कैप		भारत बैन्यूफैक्चरिंग																																											
मल्टीप्लायर		भारत कंजम्पशन																																											
लिंक्ड		निफ्टी 500 मोमेटम 50 इंडेक्स																																											
बॉन्ड अपॉर्टनेटीज		बैल्यू फंड																																											
कुल																																													
यदि स्वतः संतुलन रणनीति चुनी गई है, तो आवंटन केवल फ्लेस्टरी कैप और प्रोटेक्टर में होना चाहिए।																																													
नोट: प्रबंधकृत फंड पहचान संख्या (एसएफआईएन) के लिए कृपया उत्पाद विवरणिका/लीफलेट या इलेक्ट्रॉनिक लाभ प्रदर्शन देखें। आप इसके लिए हमारी वेबसाइट https://www.pnbmetlife.com/ पर भी लॉग इन कर सकते हैं। यदि उपरोक्त अनुपात स्पष्ट नहीं हैं, तो हस्ताक्षरित इलेक्ट्रॉनिक लाभ प्रदर्शन के मान मान्य होंगे।																																													
iv. पुनर्संतुलन घटना चुनें (फंड मूल्य का %): <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 25%	v. स्टॉप लॉस विकल्प चुनें (एनएवी का %): <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 30%																																												

(b) पारंपरिक

(a) PNB MetLife मंथली इनकम प्लान+10 पे के मामले में मासिक नियमित आय चुनें	(b) <input type="checkbox"/> एकमुश्त विवरण	<input type="checkbox"/> गारंटीड नियमित आय
(c) केवल मेटलाइफ रिटायरमेंट सेविंग्स प्लान के लिए:		
(1) आप कौन सा वार्षिकी विकल्प चुनना चाहेंगे: _____	(2) वार्षिकी भुगतान की आवृत्ति: _____	
*कृपया आपने सलाहकार से वार्षिकी विकल्पों के बारे में समझाने के लिए कहें। आप PNB MetLife को सूचित करके वेस्टिंग तिथि से 90 दिन पहले तक भविष्य में अपनी पसंद को बदलने का विकल्प रखते हैं।		

<input type="checkbox"/> प्रारंभिक जमा का विवरण	जमा का प्रकार	<input type="checkbox"/> क्रॉस्ट चेक##	<input type="checkbox"/> बैंक ड्राफ्ट#	<input type="checkbox"/> नकद	<input type="checkbox"/> ऑनलाइन भुगतान~	<input type="checkbox"/> PNB - स्वचालित डेविट	<input type="checkbox"/> जे एंड के बैंक स्वचालित डेविट	
<input type="checkbox"/> BASBA (जमा राशि से सुरक्षित बीमा योजना)								
दस्तावेज़	<input type="checkbox"/> इन्स्ट्रमेंट दिनांक: _____		राशि (₹) _____	बैंक एवं शाखा का नाम: _____				
2. प्रीमियम का भुगतान किया जाएगा	<input type="checkbox"/> बीमा प्रस्तावक	<input type="checkbox"/> पॉलिसीधारक प्रस्तावक		<input type="checkbox"/> अन्य* (उल्लेख करें) _____	* कृपया तृतीय पक्ष धोषणा पत्र भरें			
यदि अन्य है, तो कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें नाम	प्रस्तावित पॉलिसीधारक से संबंध				प्रीमियम भुगतानकर्ता की वार्षिक आय			
<input type="checkbox"/> तृतीय पक्ष की फॉर्म 60	<input type="checkbox"/> तृतीय पक्ष का पैन नंबर:	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> पी.ओ. खाता प्रकार	<input type="checkbox"/> बचत	<input type="checkbox"/> चालू	<input type="checkbox"/> एनआरई	<input type="checkbox"/> एनआरओ
5. पी.ओ. खाता संख्या:	<input type="checkbox"/> _____			MICR कोड:	<input type="checkbox"/> _____		IFSC कोड:	<input type="checkbox"/> _____
पी.ओ. बैंक एवं शाखा का नाम:	#चेक/डाई "PNB MetLife India Insurance Company Limited, प्रस्ताव/पॉलिसी संख्या _____" के नाम देय होगा। सभी भुगतानों के लिए PNB MetLife द्वारा इन विवरणों का उपयोग किया जाएगा।							
#बैंक समाशोधन के अधीन है। ~भुगतान डेविट/क्रेडिट कार्ड/एनईएफटी के माध्यम से किया जा सकता है। बैंक प्रमाण (पूर्व-मुद्रित निरस्त चेक/बैंक खाता विवरण) अनिवार्य रूप से जमा करना होगा।								

I. E-रिपॉजिटरी विवरण

1. यदि आपके पास पहले से ई-वीमा खाता (ई-आईए) संख्या है, तो कृपया प्रदान करें

2. यदि आपके पास ई-वीमा खाता (ई-आईए) नहीं है, तो कृपया निम्नलिखित में से कोई एक चुनें

कैम्सरेप - कैम्स इंश्योरेंस रिपोर्जिटरी एंड मर्टिसेज NDML - NSDL डाटा मैनेजमेंट सर्विसेज लिमिटेड

कार्वी CIRL - सेंट्रल इंश्योरेंस रिपोर्जिटरी लिमिटेड

J. कर स्थिति प्रश्नावली (प्रस्तावित पॉलिसीधारक द्वारा भरा जाए)

क्या आपके पास हैं:

यदि उपरोक्त में से किसी भी प्रश्न का उत्तर हाँ है, तो कपया निश्चित ज्ञानकारी प्रदाता का

1. यदि आवेदक संयुक्त राज्य अमेरिका के संघीय आयकर के अधीन है, तो कृपया आवेदक का य.एस. कर पहचान संख्या* या डब्ल्यू-9 प्रदान करें।

2. यदि आवेदक संयुक्त राज्य अमेरिका के संघीय आयकर के अधीन नहीं है, तो कृपया शायर के तहत स्व-प्रमाणन, और संयुक्त राज्य अमेरिका के अलावा किसी अन्य देश की नागरिकता का प्रमाण देने वाला गैर-यू.एस. पासपोर्ट या अन्य वैध सरकार द्वारा जारी पहचान पत्र, या ऐसे अन्य फॉर्म या धोपाणी प्रदान करें जो कंपनी द्वारा आपको सूचित की जाए।

यदि आवेदक के पास वर्तमान में यू.एस. इंडिशिया नहीं है, तो आवेदक यह सहमति देता है कि यह आवेदक को यू.एस. इंडिशिया प्राप्त होता है, तो वह ऐसे परिवर्तन की जानकारी होने के तीस (30) दिनों के भीतर कंपनी को सूचित करेगा।

*यदि आवेदक संवृत्त राज्य अमेरिका के संघीय आयकर के अधीन है और कंपनी को यू.एस. कर पहचान संभवा प्रदान करने में विफल रहता है, तो आंतरिक राजस्व सेवा कंपनी को आवेदक को किए जाने वाले कर योग्य आय भगानातों से कर की कटौती करने का निर्देश देती है।

**यू.एस. इंडिशिया (संयुक्त राज्य अमेरिका इंडिशिया) को ऐसे किन्तु भी व्यक्ति या संस्था के रूप में परिभाषित किया जाता है जिसमें निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण होता है।

1. संयुक्त राज्य अमेरिका की नागरिकता या निवासी स्थिति (किसी संस्था के लिए संयुक्त राज्य अमेरिका के कानूनों द्वारा बनाई गई, नियमित या शासित होने के कारण लागू);
 2. संयुक्त राज्य अमेरिका में जन्म स्थान;
 3. संयुक्त राज्य अमेरिका का टेलीफोन नंबर;
 4. संयुक्त राज्य अमेरिका का निवास या पत्राचार पता (संयुक्त राज्य अमेरिका के पोस्ट बॉक्स सहित); या
 5. संयुक्त राज्य अमेरिका के खाते में धन हस्तांतरण के लिए स्थायी निवेश।

जोखिम प्रोफाइल:

वीमा करतेरज के अतिरिक्त, प्रस्तावित वीमिति/प्रस्तावित पॉलिसीधारक के पास स्वचालित विकल्प चुने जाने की स्थिति को छोड़कर, शुल्क की कटौती के बाद विशिष्ट फंडों में प्रीमियम के आवंटन को नियंत्रित करने की क्षमता है। आपके जो विम सहनीयता स्तरों के बारे में अधिक मानमत्तेने के लिए, प्रस्तावित वीमिति/प्रस्तावित पॉलिसीधारक PNB MetLife के विक्री प्रतिनिधि से चर्चा कर सकते हैं और आर्द्ध फंड विकल्पों/पोर्टफोलियो का चयन करने के लिए जो विम प्रोफेशनल प्रश्नावाली का उपयोग कर सकते हैं। अंतिम नियर्य प्रस्तावित वीमिति/प्रस्तावित पॉलिसीधारक का होगा।

वैकल्पिक स्वैच्छिक घोषणा और गैर-अनिवार्य: यदि ग्राहक ने स्वैच्छिक से इस प्रस्ताव के साथ अपना आधार विवरण प्रदान किया है, तो निम्नलिखित सहभागि/वनचन/प्राधिकरण लागू होता है। मैं/हम आधार (वितरीय और अन्य सात्त्विकी, लाभ और सेवाओं का लाभित वितरण) अधिनियम, 2016, और उसके तहत बनाए गए नियमों के अनुसार निम्नलिखित के लिए अपनी सहभागि प्रदान करता/करती हूँ/करते हैं। (क) एकत्र करें, संगीती करने और उपयोग करें, (ख) मान्य करें/प्रमाणीकरण करें, और (ग) मेरे/हमारे आधार नंबर के अंतिम 4 अंकों को अटेड करने के लिए। मैं/हम एतद्वारा कहता/कहती हूँ/करते हैं कि मैं/हम स्वैच्छिक से अपने आधार नंबर के प्रमाणीकरण में रुचि रखता/रखती हूँ/हूँ और एतद्वारा PNB MetLife से पॉलिसी प्राप्त करने और बीमा अनुबंध से उत्तम होने वाली सेवाओं को प्राप्त करने के उद्देश्यों के लिए। आधार आधारित प्रमाणीकरण हेतु अपना आधार नंबर, वर्चुअल आईडी, बायोमेट्रिक और/या वन टाइम पिन (आटीपी) डेटा प्रदान करने की सहभागि देता/करती हूँ/करते हैं। मैं/हम समजाता/समजाती हूँ/समजाते हैं कि प्रमाणीकरण के लिए मेरे/हमारे द्वारा प्रदान किए गए बायोमेट्रिक और/या आटीपी का उपयोग केवल आधार प्रमाणीकरण प्रणाली के माध्यम से मेरी/हमारी पहचान को प्रमाणित करने के लिए किया जाएगा, जो PNB MetLife से बीमा अनुबंध से उत्तम होने वाली सेवाओं को प्राप्त करने के लिए है और किसी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं। मैं/हम समजाता/समजाती हूँ/समजाते हैं कि PNB MetLife लागू कानूनों और नियामक प्रावधानों के तहत आवश्यक आधार आधारित प्रमाणीकरण के उद्देश्य से प्रदान किए गए मेरे/हमारे व्यक्तिगत पहचान डेटा की सुरक्षा और गोपनीयता सुनिश्चित करेगी। मैं/हम समजाता/समजाती हूँ/समजाते हैं कि PNB MetLife मेरे/हमारे आधार नंबर के अंतिम चार अंकों या ऐसे किसी भी दस्तावेज़ या डेटाबेस को जिसमें मेरा आधार नंबर है, केवल ऊपर वर्णित अनुसार मझे/मैं बीमा अनुबंध से उत्तम होने वाली अपनी सेवाओं को प्रदान करने के उद्देश्य से और ऊपर निर्दिष्ट उद्देश्य के लिए आवश्यक समय से अधिक नहीं, बनाए रखेंगी/संग्रहित करेंगी।

मैं दूसरी भी समझता हूँ/समझते हैं कि PNB MetLife के पास मेरी/हमारी व्यक्तिगत जानकारी के उपयोग और भवित्वान्त के संबंध में मेरी/हमारी शिकायतों, यदि कोई हो, के निवारण के लिए एक तरह है, और इसका विस्तृत विवरण PNB MetLife की वेबसाइट पर उपलब्ध गोपनीयता नीति में दिया गया है। मैं दूसरी गोपनीयता नीति और डिजिटल व्यक्तिगत डेटा संरक्षण अधिनियम, 2023 के अनुसार PNB MetLife के मुख्य सूचना सुरक्षा अधिकारी और/या डेटा संरक्षण वोर्क्स के समक्ष अपनी चिन्हाएं उठा सकता/सकती हूँ/सकते हैं।

अनुबंधः

1. मैं/हम एतद्वारा सहमत हूँ/हैं कि: 1. मेरे/हमारे द्वारा यहाँ दिए गए उत्तर और/या कथन और यह घोषणा PNB MetLife द्वारा जारी की जाने वाली पांचिसी का आधार होंगे।
 2. मैं/हम एतद्वारा सहमत हूँ/हैं कि मेरे/हमारे द्वारा प्रदान की गई जानकारी मेरे/हमारे और PNB MetLife के बीच वीमा अनुबंध का आधार होगी।
 3. इस प्रस्ताव को जमा करने के बाद और पांचिसी जारी होने से पहले (i) यदि प्रस्तावित वीमिता/प्रस्तावित पांचिसीधारक के सामान्य स्वास्थ्य से ऊँची कोई प्रतिकूल परिस्थितियाँ हैं या (ii) यदि प्रस्तावित वीमिता/प्रस्तावित पांचिसीधारक के जीवन पर किसी अन्य वीमा कंपनी को दिया गया वीमा प्रस्ताव या पुर्जनिवान का प्रस्ताव वापस ले लिया गया है या छोड़ दिया गया है या बड़े प्रीमियम पर या मूल रूप से प्रस्तावित शर्तों से अलग शर्तों पर स्वीकार किया गया है या (iii) यदि मेरे/हमारे व्यवसाय या वित्तीय स्थिति में कोई परिवर्तन होता है, तो मैं/हम इस प्रस्ताव की स्वीकृति की शर्तों पर पुर्जनिवार करने के लिए तुरंत PNB MetLife को लिखित रूप में सूचित करूंगा/करेंगे।
 4. यदि उपरोक्त दी गई जानकारी में किसी महत्वपूर्ण जानकारी का दमन या गलत बयानी या कोई असत्य कथन है या मेरी/हमारी तरफ से धोखाधड़ी या ऊपर दी गई मद संबंध तीन के अनुसार प्रदान की जाने वाली आवश्यक जानकारी में कोई महत्वपूर्ण चूक होती है, तो इस प्रस्ताव के आधार पर किया गया वीमा अनुबंध वीमा कानून (संशोधन) अधिनियम, 2015 की धारा 45 के प्रवधानों और संशोधनों के अनुसार धून्य और अमान्य माना जाएगा।

5. प्रस्ताव के साथ किया गया भुगतान PNB MetLife के पास जमा है, जिसे मेरे/हमारे द्वारा बीमित किए जाने वाले जोखिम की स्वीकृति की स्थिति में प्रीमियम के प्रति समायोजित किया जाएगा। स्वीकृति के बिना, PNB MetLife पर कोई जोखिम लागू नहीं होगा। यदि प्रस्ताव स्वीकार योग्य पाया जाता है, तो PNB MetLife मेरे/हमारे द्वारा प्रस्ताव जमा करने की तिथि के बाद किसी भी तिथि से पांचिसी जारी करने का अधिकार रखेगा। मैं/हम PNB MetLife के दिशानिर्देशों के अनुसार एचआई-एलिसा टेस्ट सहित सभी आवश्यक चिकित्सा परीक्षणों से गुजरने के लिए सहमत हूँ।
6. मैं/हम एतद्वारा योग्यता करता/करती हूँ/करते हैं कि इस प्रस्ताव के अंतर्गत प्रदान की गई जानकारी का उपयोग इस प्रस्ताव के बीमांकन के लिए मेरे/हमारे द्वारा प्रयुक्त धन किसी आपाराधिक या अवैध गतिविधि या किसी अज्ञात योग्य से प्राप्त नहीं किया गया है।
7. मैं/हम एतद्वारा स्वीकार करते हैं कि इस प्रस्ताव के अंतर्गत प्रदान की गई जानकारी का उपयोग इस प्रस्ताव के बीमांकन के लिए और PNB MetLife द्वारा जोखिम स्वीकार किए जाने की स्थिति में पांचिसी संशोधित सेवाएं प्रदान करने के लिए किया जाएगा।
8. मैं/हम समझते हैं कि नकद में भुगतान किया गया कोई भी प्रीमियम केवल PNB MetLife की शाखाओं में ही जमा किया जाना चाहिए। किसी सुविधा आउटलेट और अन्य अधिकृत नकद संग्रह पोर्टलों में आधिकारिक रसीद के विरुद्ध जमा किया जाना चाहिए, न कि PNB MetLife के बीमा एजेंट/ब्रोकर/कॉर्पोरेट एजेंट को। यदि PNB MetLife में जमा करने के लिए यह बीमा एजेंट/ब्रोकर/कॉर्पोरेट एजेंट को भुगतान किया जाता है, तो इस उद्देश्य के लिए बीमा एजेंट/ब्रोकर/कॉर्पोरेट एजेंट मेरे अपने अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में कार्य कर रहा है, न कि PNB MetLife के प्रतिनिधि के रूप में, और ऐसा करते समय मुझे/हमें होने वाली किसी भी हानि के लिए PNB MetLife उचितात्मी नहीं होगी।
9. मैं/हम सहमत हैं और PNB MetLife को अनुमति देते हैं कि वह CERSAI से मेरा/हमारा अद्यतन पता प्राप्त करे (जो किसी वैक या अन्य वित्तीय संस्थान में रखे गए मेरे/हमारे खाते में नया पता अपेंट करने पर होगा) और PNB MetLife के साथ मेरी/हमारी पांचिसी/पांचिसियों में नए पते को अपेंट करे। मैं/हम एतद्वारा सहमत हैं और PNB MetLife को अनुमति देते हैं कि वह मेरी/हमारी पांचिसी और अन्य शेवाओं के संबंध में भवित्व का संचार अपने पसंदीदा संचार माध्यम (जिसमें एसएमएस, ई-मेल और भौतिक पत्र शामिल हैं, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है) के माध्यम से दें। कंपनी द्वारा किया गया ऐसा संचार मेरे द्वारा पहले या इसके बाद किसी भी समय किए गए दूनांट डिस्टर्व (DND) पंजीकरण को, यदि कोई हो, अधिकारी करेगा।
10. नुने गए भुगतान नियमों के अनुसार प्रीमियम का भुगतान न करने की स्थिति में पांचिसी व्यपरगत (लैप्स) हो जाएगी।
11. मैं/हम यह भी समझते हैं कि अंतर्गत देय प्रीमियम और लाभ, लागू कराधान में परिवर्तन और समय-समय पर लागू कानूनों के अनुसार अन्य प्रारंभिक आधार पर परिवर्तन के अधीन हैं।
12. IRDAI के दिशा-निर्देशों के मुताबिक, मैं/हम स्पष्ट रूप से सहमति देता/देती हूँ और PNB MetLife India Insurance Company Limited को यह अनुमति देता/देती हूँ कि वे इस फॉर्म में बताई गई राशि (कर सहित) को मेरे बीमा प्रीमियम के लिए रोक सकें। मैं जानता/जानती हूँ कि यह व्यवस्था इनमें से जो भी पहले हो उत्तीर्ण का मान्य होगी: (i) राशि रोकने की तारीख से 14 दिन या (ii) मेरा बीमा आवेदन मंजूर होने की तारीख। आवेदन स्वीकार होने पर यह रोकी गई राशि प्रीमियम भुगतान में इस्तेमाल होगी। मैं PNB MetLife India Insurance Company Limited को यह भी छूट देता/देती हूँ कि वे राशि को रोकने या छोड़ने के लिए जरूरी संभावनाओं के साथ मेरी आवश्यक जानकारी जासाकर कर सकें।
13. मैं एतद्वारा स्वीकार करता/करती हूँ और सहमति देता/देती हूँ कि, प्रस्ताव फॉर्म में भरे द्वारा स्वैच्छिक रूप से घोषित मेरी व्यक्तिगत जानकारी में कोई भी अंतर होने पर जिसमें मेरा नाम, लिंग, पिता का नाम, जन्म तिथि, निवास पता, और PAN विवरण शामिल हैं लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं है, PNB MetLife को मेरे द्वारा स्वैच्छिक रूप से PNB MetLife को प्रस्तुत KYC दस्तावेजों के आधार पर ऐसी जानकारी को सुधारने या संशोधित करने का अधिकार होगा। इसके अलावा, मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि संशोधित जानकारी को PNB MetLife के आंतरिक रिकॉर्ड में विधिवत अपेंट किया जाएगा और PNB MetLife द्वारा सुन्दर जारी की गई पांचिसी दस्तावेज में सटीक रूप से दर्शाया जाएगा।
14. अंगृजी में दर्ज किए गए उत्तरों और श्वेतीय भाषा में दिए गए उत्तरों के बीच किसी भी व्याख्यात्मक विवाद की स्थिति में, श्वेतीय भाषा में दिए गए उत्तर प्रभावी होंगे और सभी उद्देश्यों के लिए अंतिम माने जाएंगे तथा पक्षों पर वाध्यकारी होंगे। इसके अलावा, आवेदन फॉर्म की नियम और शर्तों के संबंध में किसी भी व्याख्यात्मक विवाद की स्थिति में, अंगृजी संस्करण को श्वेतीय भाषा के संस्करण पर प्राप्तिकरण की जाएगी।

प्रस्तावित धारक के हस्ताक्षर / वाएं अंगूठे का निशान

प्रस्तावित बीमित के हस्ताक्षर / वाएं अंगूठे का निशान (यदि प्रस्तावित धारक से भिन्न हो)

प्रस्तावित धारक का नाम: _____

प्रस्तावित बीमित का नाम _____

गवाह का नाम _____

गवाह के हस्ताक्षर

(गवाह प्रस्तावित बीमित / प्रस्तावित धारक का रिश्तेदार नहीं होना चाहिए)

दिनांक _____

स्थान _____

क्षेत्रीय भाषा/दिव्यांगता की स्थिति में घोषणा (विक्री कर्मचारी या नामांकित व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर नहीं किए जा सकते)

प्रस्ताव भरने वाले व्यक्ति की घोषणा (जब आवेदक पड़-लिख नहीं सकता या किसी शारीरिक समस्या के कारण लिख नहीं सकता या स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं)

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने आवेदक को उसकी समझ की भाषा में PNB MetLife से बीमा प्राप्त करने के लिए प्रस्ताव पत्र और अन्य सभी आनुपांचिक दस्तावेजों की विषय-वस्तु को पूरी तरह समझा दिया है। उसने इसे पूरी तरह समझ लिया है और उत्तरों को आवेदक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार दर्ज किया गया है तथा उत्तरों को आवेदक को पढ़कर सुनाया गया है, जिसे आवेदक ने पूरी तरह समझा और पुष्टि की है।

घोषणाकर्ता का नाम _____ पता _____

मैंने फॉर्म और दस्तावेजों की विषय-वस्तु को पूरी तरह समझ लिया है और यह कि मैं इसे पूरी तरह समझता/समझती हूँ।

दिनांक

स्थान

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर

प्रस्तावित धारक/प्रस्तावित बीमित के हस्ताक्षर/वाएं अंगूठे का निशान

निरक्षर आवेदक के मामले में घोषणा (विक्री कर्मचारी या नामांकित व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित नहीं किया जा सकता)

यदि आवेदक निरक्षर है, तो PNB MetLife से असंबद्ध किंतु जिसकी पहचान आसानी से स्थापित की जा सकती है, ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति को आवेदक के बाएं अंगूठे के निशान को सत्यापित करने के बाद निम्नलिखित घोषणा करनी चाहिए

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रस्ताव की विषय-वस्तु को आवेदक को घोषणा करने के समझाया है। उसने इसे पूरी तरह समझ लिया है और उत्तरों को आवेदक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार दर्ज किया गया है तथा उत्तरों को आवेदक को पढ़कर सुनाया गया है, जिसे आवेदक ने पूरी तरह समझा और पुष्टि की है।

घोषणाकर्ता का नाम _____ पता _____

दिनांक

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर

प्रस्तावित धारक/प्रस्तावित बीमित के हस्ताक्षर/वाएं अंगूठे का निशान

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45:

- किसी भी जीवन बीमा पांचिसी की तिथि अंतर्गत पांचिसी जारी होने की तिथि या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि या पांचिसी के पुनर्जीवन की तिथि या पांचिसी के राइडर की तिथि, जो भी बाद में हो, से तीन वर्ष की समाप्ति के बाद किसी भी आधार पर प्रभ्रगत नहीं किया जाएगा।
- किसी भी जीवन बीमा पांचिसी की तिथि या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि या पांचिसी के पुनर्जीवन की तिथि या पांचिसी के राइडर की तिथि, जो भी बाद में हो, से तीन वर्ष के भीतर किसी भी समय धोखाधड़ी के आधार पर प्रभ्रगत किया जा सकता है; वर्षों के बीमाकर्ता की बीमित के कानूनी प्रतिनिधियों या सामाजिकों या समनुदेशियों को लिखित रूप में उन आधारों और सामग्री के बारे में सूचित करना होगा जिन पर ऐसा निर्णय आधारित है। इस उप-धारा के प्रयोजनों के लिए, 'धोखाधड़ी' का तात्पर्य बीमित या उसके एजेंट के द्वारा दी गई जानकारी को जीवन बीमा पांचिसी जारी करने के लिए प्रेरित करने के लिए या ऐसी व्यक्तिगत व्यक्तियों में से किसी से है:
 - किसी ऐसी बात की तथ्य के रूप में प्रस्तुत करना जो सत्य नहीं है और जिसे बीमित सत्य नहीं मानता है;
 - किसी तथ्य की सक्रिय छिपाने की क्रिया, जिसकी जानकारी या विवास बीमित को है;
 - किसी अन्य कार्य द्वारा धोखा देना; और
 - कोई ऐसा कार्य या चाल के जैसे कानून विधेय रूप से धोखाधड़ी घोषित करता है।

केवल उन तथ्यों के बारे में मौन रहना जो बीमाकर्ता द्वारा जोखिम के आकलन को प्रभावित कर सकते हैं, धोखाधड़ी नहीं है, जब तक कि मामले की परिस्थितयां ऐसी न हों कि उनको ध्यान में रखते हुए, यह बीमित या उसके एजेंट का कर्तव्य हो कि वह मौन न रहकर बोले, या जब तक कि उसका मौन, स्वयं में, बोलने के समान न हो।

धारा के पूर्ण विवरण और 'पांचिसी की तिथि' की परिभाषा के लिए, कृपया बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 का संदर्भ लें, जैसा कि समय-समय पर संशोधित किया गया है।

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के अनुसार वैधानिक चेतावनी:

कोई भी व्यक्ति किसी अन्य व्यक्ति की भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा लेने या नवीनीकरण करने या जारी रखने के लिए प्रत्योगी रूप में, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप में, देय कमीशन के पूरे या किसी भाग की धूट या पांचिसी पांचिसियों की अनुसार एचआई-एलिसा टेस्ट सहित सभी आवश्यक चिकित्सा परीक्षणों से गुजरने के लिए सहमत हूँ।

वीमा विक्री कर्मी/एसपी/ब्रोकर/डीएम/आईएसपी कोड	वीमा विक्री कर्मी/एसपी/ब्रोकर/डीएम/आईएसपी के अधिकृत व्यक्ति का नाम	वीमा विक्री कर्मी/एसपी/ब्रोकर/डीएम/आईएसपी का मोबाइल नंबर	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
प्रस्तावित वीमित का नाम _____	क्या आप प्रस्तावित वीमित / प्रस्तावित धारक के रिश्तेदार हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
क्या यह आवेदन आपके स्वयं के जीवन पर है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	विदि ही, जिसे का प्रकार _____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
वीमा राशि/वीमित राशि (रुपये में) _____	पीआई/पीएच द्वारा चुम्ही गई योजना का नाम _____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
क्या आपने आवेदक को योजना के नियम और शर्तों को पूरी तरह _____ <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	पीआई/पीएच द्वारा चुने गए राइटर्स _____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
(a) प्रस्तावित वीमित / प्रस्तावित धारक को आप कब से जानते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	(b) क्या आप प्रस्तावित वीमित की पहचान से संतुष्ट हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	(c) क्या प्रस्तावित वीमित को कोई शारीरिक विकृति/दोष या मानसिक मंदता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	(d) प्रस्तावित वीमित/प्रस्तावित धारक की अनुमानित आय क्या है?
10. प्रस्तावित वीमित का इस आवेदन को गूरा करते समय स्वास्थ्य की स्थिति क्या है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	11. कृपया नीन-मेंडिकल मामलों के संबंध में प्रस्तावित वीमित के वास्तविक शारीरिक माप प्रस्तुत करें: ऊंचाई सेंटीमीटर में या फीट. इंच वजन किलोग्राम में या पाउंड <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
12. क्या यह आवेदन आवेदक की मौजूदा पालिसी का प्रतिस्थापन है? यदि हाँ, तो कृपया प्रतिस्थापन प्रत्रावली को पूरा करें। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	(c) पालिसी के अंतर्गत प्रीमियम और लाभ लागू कानूनों के अनुसार करों और शुल्कों के अधीन हैं। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
13. क्या आवेदक को निम्नलिखित के बारे में सूचित किया गया है? (a) शुल्क <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (b) समाप्त शुल्क <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (d) क्या अनुशंसित उत्पाद आवेदक की आवश्यकता, आय, जोखिम धमता और दीर्घकालिक वित्तीय लक्ष्य को ध्यान में रखते हुए उसके लिए उपयुक्त है? (f) क्या यदि कुल प्रीमियम आवेदक की वार्षिक आय के 30% से अधिक है, तो क्या आप संतुष्ट हैं कि उत्पाद आवेदक की वित्तीय धमता के भीतर बेचा गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	(e) यूनिट-लिंकड वीमा उत्पाद में निवेश पोर्टफोलियो का निवेश जोखिम प्रस्तावित धारक द्वारा बहन किया जाता है (केवल यूनिट-लिंकड पालिसियों के लिए भरा जाए) <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
14. इस आवेदन को सभी कारों, नैतिक जोखिम सहित, को ध्यान में रखते हुए स्वीकार करने की अनुशंसा करते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	15. क्या ग्राहक से संबंधित कोई नकारात्मक व्यवहार देखा गया, जैसे ग्राहक द्वारा गुमनामी पर जोर देना, पहचान संबंधी जानकारी देने में हिचकिचाहट, या न्यूनतम, प्रतीत होने वाली काल्पनिक जानकारी प्रदान करना? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
प्रमाणांकण: मैंने उपरोक्त जानकारी को सावधानीपूर्वक सुनिश्चित किया है और उन्हें दर्ज किया है। मेरी जानकारी और विवाद दिनांक _____	आईएसपी/डीएम/आईएसपी/ब्रोकर के अधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर		
1. कॉर्पोरेट एजेंट (सीए) या माइक्रो इंश्योरेस एजेंट (एमआई) के मामले में, विनिर्दिष्ट व्यक्ति (एसपी) को हस्ताक्षर/मोहर करनी होगी और अपना विवरण प्रदान करना होगा।	सीए/ब्रोकर/आईएमएफ/माइक्रो इंश्योरेस एजेंट की मोहर/स्टाप (जहाँ से व्यवसाय का प्रताव दिया जाएगा)		
2. ब्रोकर/आईएमएफ (वीमा विवरण फर्म) के मामले में, अधिकृत व्यक्ति को हस्ताक्षर करने होंगे और अपना विवरण प्रदान करना होगा।			
3. संबंधित एजेंट को, जैसा कि उपर निर्दिष्ट किया गया है, केराइसी, वीआई आदि जैसे सभी दस्तावेजों को अपने हस्ताक्षर और "मूल देखा एवं सत्यापित" के साथ प्रमाणित करना होगा।			

विक्री प्रबंधन द्वारा भरा जाए

एजेंट प्रबंधन को, जहाँ भी आवश्यक हो, निम्नलिखित की जाँच और प्रमाणित करनी होगी:
1. क्या वित्तीय सलाहकार के पास आवेदन पर हस्ताक्षर की तिथि <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं 2. क्या आपने व्यक्तिगत रूप से इस आवेदन की समीक्षा की है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
को व्यक्तिगत जीवन वीमा लियने का लाइसेंस था?
3. क्या आप प्रस्तावित वीमित की पहचान से संतुष्ट हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं 4. क्या यदि कुल प्रीमियम आवेदक की वार्षिक आय के 30% से अधिक है, तो क्या आप संतुष्ट हैं कि उत्पाद आवेदक की वित्तीय धमता के भीतर बेचा गया है?
क्या अनुशंसित उत्पाद आवेदक की आयु, आवश्यकताएं, जोखिम धमता, आय, दीर्घकालिक वित्तीय लक्ष्य और दीर्घकालिक प्रीमियम धमता को ध्यान में रखते हुए उपयुक्त है? यदि नहीं, तो कृपया कारण बताएं. <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
6. क्या आवेदक को निम्नलिखित के बारे में सूचित किया गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
(a) शुल्क <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (b) समर्पण शुल्क <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (c) पालिसी के अंतर्गत प्रीमियम और लाभ लागू कानूनों के अनुसार करों और शुल्कों के अधीन हैं। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (d) यूनिट-लिंकड वीमा उत्पाद में निवेश पोर्टफोलियो का निवेश जोखिम प्रस्तावित धारक द्वारा बहन किया जाता है (केवल यूनिट-लिंकड पालिसियों के लिए भरा जाए) <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
7. क्या आप सभी कारों, नैतिक जोखिम सहित, को ध्यान में रखते हुए इस आवेदन की स्वीकृति की अनुशंसा करते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

उपरोक्त समीक्षा के आधार पर मैं संतुष्ट हूँ कि यह उत्पाद ग्राहक के लिए उपयुक्त है और अन्य वीमोलेखन दिशानिर्देशों के अधीन स्वीकृत किया जा सकता है।

नाम	पदनाम	हस्ताक्षर	दिनांक	स्थान
			D D M M Y Y Y Y	

सत्यापन / केवल कार्यालय उपयोग हेतु

प्राप्त दस्तावेज़ <input type="checkbox"/> प्रमाणित प्रतिचारों	केवाइसी सत्यापन किया गया	संस्था का विवरण
दिनांक	D D M M Y Y Y Y	
कर्मचारी का नाम:		नाम: _____
कर्मचारी कोड:		कोड: _____
कर्मचारी पदनाम:		
कर्मचारी शाखा:		

लगां भुगतान विकल्प पर मही का निशान लगाएं जो आपके प्रारंभिक प्रीमियम और नवीकरण वीमा प्रीमियम का भुगतान करने के लिए है:

जेएंडके बैंक स्वतः डेविट-प्रारंभिक प्रीमियम सहित

□ केबीएल-स्वतः डेविट

मैंडेट संदर्भ संख्या (उनकी प्रणाली अपडेट करने के बाद जोड़ी जाएगी)

डीसी संख्या (जम्मू और कश्मीर बैंक द्वारा उनकी प्रणाली अपडेट करने के बाद जोड़ी जाएगी)

सभी विकल्पों के लिए अनिवार्य क्षेत्र

प्रस्तावित धारक का नाम													
पॉलिनी/आवेदन संख्या							पैन (स्वारी खाता संख्या)						
मोबाइल नंबर							इमेल						
भुगतान आद्रति	<input type="checkbox"/> मासिक	<input type="checkbox"/> त्रैमासिक	<input type="checkbox"/> अर्धवार्षिक	<input type="checkbox"/> वार्षिक	राशि "आईएनआर" में जैसा कि आवेदन पत्र में उल्लिखित है								
स्थारी निवेद विवरण तिथि: _____ / _____ / _____ (DD/MM/YY)	स्थारी निवेद विवरण तिथि: _____ / _____ / _____ (DD/MM/YY)												
(नोट - पहले शीर्षमय के लिए PNB स्वतः डेविट/जे.एंड.डे.वैंक स्वतः डेविट/कैरीएल स्वतः डेविट की प्रारंभ और समाप्ति तिथि वैंक रिकार्ड में मैटेट बनाने की तिथि होगी)													

कपया निस्त्रिलिखित जानकारी भरें यदि चना गया स्थायी निर्देश विकल्प PNB-स्वतः: डेबिट या जेएंडके बैंक-स्वतः: डेबिट या केबीएल-स्वतः: डेबिट हैं।

<input type="checkbox"/> हाँ, मैंने PNB-स्वतः डेविट / PNB बैंक-स्वतः डेविट / केवीएल-स्वतः डेविट के लिए रद्द किए गए बैंक चेक की प्रति संलग्न कर दी है									
बैंक खाता संख्या:	<input type="text"/>						बैंक Sol Id		
							*(केवल PNB खाते के लिए)		
बैंक रिकॉर्ड के अनुसार खाता धारक का नाम: (श्री/श्रीमती/सुभाई/डॉ./कृ.)				खाता प्रकार (कृपया एक का चयन करें)	<input type="checkbox"/> व्यक्ति	<input type="checkbox"/> ट्रोटल फ्रीडम	<input type="checkbox"/> ऑवरड्राफ्ट		
बैंक/शाखा का नाम और पता				<input type="checkbox"/> वेतन	<input type="checkbox"/> कैश केंटि	<input type="checkbox"/> ऋण खाता	<input type="checkbox"/> अन्य		
9 अंकों का MICR कोड	<input type="text"/>			डेविट शुरू करने की तिथि (कृपया एक का चयन करें)	<input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 7 th <input type="checkbox"/> 15 th <input type="checkbox"/> 25 th				

पॉलिसी धारक द्वारा घोषणा

मैं एक द्वारा विधायिका करता/करती हूं जो उपर दिए गए विवरण सभी मामलों में सही और पूर्ण हैं। मैं PNB MetLife India Insurance Company Limited ("कंपनी") और/या इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक को जीवन बीमा प्रीमियम के भुगतान के लिए देय राशि एकत्र करने के लिए अधिकृत करता/करती हूं, जो कि कंपनी द्वारा जारी दिए गए जीवन बीमा प्रस्ताव/पॉलिसी और राइडर (यदि कोई हो) पर और/या उनके अनुसार देय होती है। मैं समझता/समझती हूं और सहमत हूं कि मेरे खाते से डेविट की जाने वाली प्रीमियम राशि कर संख्याना में परिवर्तन, काउंटर ऑफर, संशोधित प्रीमियम, अतिरिक्त बीमा/राइडर के कारण भिन्न हो सकती है। यदि किसी भी कारण से मेरा बैंक मेरे खाते से राशि डेविट करने में असमर्थ रहता है, तो मैं कंपनी को सीधे बीमा प्रीमियम का भुगतान करूंगा/करूँगी। मैं अपने बैंक खाते में किसी भी परिवर्तन के लिए कंपनी को भी संवित करूंगा/करूँगी।

** राशि कर (लाग कर दरों में किसी भी परिवर्तन महित लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं) काउंटर ऑफर, संशोधित प्रीमियम, अतिरिक्त डीमा/राइडर के कारण सिल्व हो सकती है।

कृपया ध्यान दें: स्टैंडिंग हंसक्षण हेविट की तिथि प्रीमियम देय तिथि या अगला बैंकिंग दिवस दोपी यदि देय तिथि बैंकिंग अवकाश दे।

नियम और शर्तें

प्रस्तुतावक्ता/पॉलिसी धारक परिष्ठि करता है समझता है और सहमत होता है कि

1. कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक के किसी भी अधिकार पर प्रतिकूल प्रभाव डाले विना, पांचिसी मालिक कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक को किसी भी और सभी देयताओं, लागतों और खर्चों के विरुद्ध शतिष्ठीर्ति करेगा और उन्हें हानिरहित रखेगा, जो प्रस्तावक/पांचिसी मालिक की ओर से किसी भी चूक या कमीशन या लापारवाही के कारण कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक को वहन करना पड़ सकता है।
2. यदि ग्राहक डायरेक्ट डेविट अधिदेश को रद्द करना चाहता है, तो वह डायरेक्ट डेविट अधिदेश की नियन्त्रिति से 15 दिन पहले PNB MetLife को लिखित सूचना देकर ऐसा कर सकता/सकती है और इसे PNB MetLife द्वारा विना किसी अतिरिक्त शुल्क के प्रोसेस किया जाएगा।
3. कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक किसी भी तरह से डायरेक्ट डेविट नियंत्रण के निष्पादन न होने या निष्पादन में देरी के लिए जिम्मेदार नहीं होगें, चाहे वह अपूर्ण या गलत जानकारी के कारण हो, या कंपनी के नियंत्रण से वाहर किसी अन्य कारण से हो।
4. कंपनी को प्रीमियम भुगतान के लिए डायरेक्ट डेविट/PNB-आँटो डेविट/जेएंडके बैंक अंटो डेविट/कीबीएल अंटो डेविट सुविधा को सक्षम करने का अधिकार है और डायरेक्ट डेविट/PNB-आँटो डेविट/जेएंडके बैंक अंटो डेविट/कीबीएल अंटो डेविट अस्थीकृत होने की स्थिति में, देय प्रीमियम की वसूली के लिए उत्तिलिखित बैंक के साथ पांचिसी मालिक/बाधाधारक के खाते से पुनः डेविट करने का अधिकार है।
5. PNB MetLife को आँटो डेविट अधिदेश के सत्यापन के लिए ग्राहक के खाते से रु. 1 डेविट करने का अधिकार है, जिसे ग्राहक के खाते में बायास लीटा दिया जाएगा।
6. यदि डेविट तिथि का चयन नहीं किया गया है, तो डेविट तिथि पांचिसी प्रभावी तिथि के आधार पर होती है। यदि डेविट तिथि अवकाश का दिन है, तो डेविट अगले कार्य दिवस के लिए शूल्क किया जाएगा।

यदि चयनित है तो कपया अतिरिक्त वोपण फॉर्म भरें

धोपणा: इस अधिदृष्टि की विषय-वस्तु सुने मानवाभासा में पेंडकर सुनाई और समझाई गई है। मैंने विषय-वस्तु को पूरी तरह समझ लिया है और इसमें निहित जानकारी और निर्देश अपनी स्वतंत्र इच्छा और मर्जी से, इसकी विषय-वस्तु को पूरी तरह समझाने के बाद प्रस्तुत किए हैं। मैं एंटट्रोय यहाँ दी पाई विषय-वस्तु को सत्य और सही होने का प्रामाणित करता/करती हूँ।

ग्राहक के हस्ताक्षर या वाएं अंगठे की छापः दिनांकः

नाम: _____ स्थान: _____
उस व्यक्ति का नाम और प्रति-हस्ताक्षर जिसने ग्राहक को मातृभाषा में विषय-वस्तु समझाई है
प्रतिक्रिया मालिक का पार्श्वकार/अधिकार-पत्र

वैकं आँटो डेविट/केवीएल आँटो डेविट अधिदेश फार्म को ले जाने वाले प्रतिनिधि को इसे सत्यापित और/या निष्पादित

प्रायः अनेक गुणान्वयन जापका वक्ता का उपराता अस्तित्वात् खाता से निष्पादा जाता है। यह देता/दिती है।

2020-2021 Catalog - Spring 2021 Edition | Page 10 of 10

आधिदण्ड में नामांत वक्त का प्रमाण-पत्र (डायरेक्ट डाक्ट/PNB-आटा डाक्ट/जेंडक वक्त आटा डाक्ट/कवाएल आटा डाक्ट के सामने

प्रमाणित किया

क के हस्ताक्षर हमारे रिकॉर्ड के अनुसार सत्य हैं

बक का माहरः

Digitized by srujanika@gmail.com

© 2010 Pearson Education, Inc. All Rights Reserved. May not be reproduced, in whole or in part, without permission of the publisher.

यादे चुना गया विकल्प PNB-आटा डिस्ट्रिक्ट है, तो कृपया नीचे दिए गए विवरण भी भर।

कृपया निम्नलिखित अनिवार्य क्षेत्र भरें - (1) दिनांक (2) बैंक खाता संख्या (3) बैंक का नाम (4) आईएफएसी/एमआईसीआर कोड (5) राशि (6) "संदर्भ 1 कॉलम" में पॉलिसी संख्या/आवेदन संख्या (7) खाताधारक के हस्ताक्षर (8) खाताधारक का नाम (9) वह दिनांक जिस पर डेविट शुरू किया जाना है

डेविट प्रारंभ होने की तिथि (कृपया एक का चयन करें) 1st 7th 15th 25th



UMRN

T O B E F I L L E D B Y B A N K

दिनांक

D D

M M

Y Y Y Y

उपयोगिता कोड

H D F C 0 0 7 9 9 0 0 0 9 6 5 7

© मृजन ® संशोधन ® रद्द

प्रायोजक बैंक कोड

HDFC0000060

मैं/हम एतद्वारा प्राधिकृत करता हूँ/करते हैं:

PNB MetLife इंडिया इश्योरेस कंपनी लिमिटेड

डेविट करना (टिक ✓)

बचत/चालू/क्रिडिट कार्ड/एसबी-एनआरई/एसबी-एनआरओ/अन्य

बैंक खाता संख्या

बैंक का नाम

ग्राहक के बैंक का नाम

IFSC/MICR

रुपये की राशि

₹

डेविट का प्रकार

 नियत राशि अधिकतम राशि

आवृत्ति

 मासिक त्रैमासिक अर्धवार्षिक वार्षिक जब और जैसे प्रस्तुत किया जाए

संदर्भ 1

संदर्भ 2

1. मैं बैंक द्वारा अधिदेश प्रसंस्करण शुल्क के डेविट के लिए सहमत हूँ, जिसे मैंने बैंक की नवीनतम शुल्क अनुसूची के अनुसार मेरे खाते से डेविट करने के लिए अधिकृत किया है।

2. यह पुष्टि करने के लिए है कि घोषणा को मैंने/हमने ध्यानपूर्वक पढ़ लिया है, और ममता लिया है और स्वीकार किया है। मैं उपयोगकर्ता संस्था/कॉर्पोरेट को मेरे खाते से डेविट करने के लिए अधिकृत कर रहा/रही हूँ।

3. मैंने समझ लिया है कि मैं इन अधिदेश को रद्द/संशोधित करने के लिए अधिकृत हूँ, जिसके लिए मूँदे रद्दीकरण/संशोधन अनुरोध को उपयुक्त रूप से उपयोगकर्ता संस्था/कॉर्पोरेट या उस बैंक को संप्रेषित करता होगा जहाँ मैंने डेविट के लिए अधिकार दिया है।

से

D D	M M	Y Y Y Y
-----	-----	---------

तक

D D	M M	Y Y Y Y
-----	-----	---------

प्राथमिक खाताधारक के हस्ताक्षर

खाताधारक के हस्ताक्षर

खाताधारक के हस्ताक्षर

फ्रॉन नंबर

बैंक रिकॉर्ड के अनुसार नाम

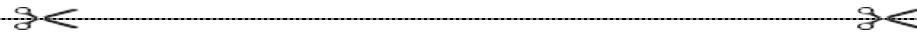
बैंक रिकॉर्ड के अनुसार नाम

बैंक रिकॉर्ड के अनुसार नाम

1. _____

2. _____

3. _____



टिप्पणी - कृपया संदर्भ 2 और अवधि (से/तक) के क्षेत्रों में कुछ भी न लिखें।

नियम और शर्तें

प्रस्तावक/प्रस्तावित मालिक पुष्टि करता है, समझता है और सहमत है कि:

- कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक के किसी भी अधिकार पर प्रतिकूल प्रभाव डाले विना, प्रस्तावित मालिक कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक/उनके कर्मचारियों को किसी भी और सभी देयताओं, लागतों और खर्चों के विरुद्ध अतिपूर्ति करेगा और उन्हें हानिरहित रखेगा, जो प्रस्तावक/पॉलिसी मालिक की ओर से किसी भी तृक या कीमीन या लापरवाही के कृत्यों के कारण कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक को वहन करना पड़ सकता है।
- यदि ग्राहक एसीएच अधिदेश को रद्द करता चाहता है, तो वह एसीएच अधिदेश की नियत तिथि से 15 दिन पहले PNB MetLife को लिखित सूचना देकर ऐसा कर सकती है और इसे PNB MetLife द्वारा बिना किसी अतिरिक्त शुल्क के प्रोसेस किया जाएगा।
- कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक किसी भी तरह से दायरेकट डेविट निर्देश के नियादन न होने या नियादन में देरी के लिए जिम्मेदार नहीं होंगे, चाहे वह अपूर्ण या गलत जानकारी के कारण हो, या खाते में पर्याप्त धनराशि की अनुपलब्धता के कारण हो, या कंपनी के नियंत्रण से बाहर किसी अन्य कारण से हो।
- कंपनी को प्रीमियम भुगतान के लिए एसीएच मुश्विधा को सध्यम करने का अधिकार है और एसीएच अधिकृत होने की स्थिति में, देय प्रीमियम की वसूली के लिए उल्लिखित बैंक के साथ प्रस्तावित मालिक/खाताधारक के खाते से पुनः डेविट करने का अधिकार है।
- कंपनी एसीएच मोड के रद्दीकरण के लिए कोई अतिरिक्त शुल्क नहीं लगाती है/पॉलिसी के अंतर्गत देय लागतों से ऐसे अतिरिक्त शुल्क की वसूली नहीं करती है। अधिकतम राशि मोडल प्रीमियम राशि के 200% से अधिक नहीं होनी चाहिए। सेवा कर में परिवर्तन, उत्पाद नियंत्रण के अनुसार नियादित वृद्धि और भुगतान आवृत्ति में परिवर्तन के कारण प्रीमियम में किसी भी वृद्धि को समायोजित करने के लिए उच्च राशि लिखित जानी चाहिए।
- यदि डेविट तिथि का चयन नहीं किया गया है, तो डेविट तिथि पॉलिसी प्रभावी तिथि के आधार पर होगी। यदि डेविट तिथि अवकाश का दिन है, तो डेविट अगले कार्य दिवस के लिए शुरू किया जाएगा।

पॉलिसी मालिक द्वारा घोषणा

मैं/हम यहाँ उल्लिखित सभी नियमों और शर्तों को पढ़ने और स्वीकार करने के बाद PNB MetLife India Insurance Company Limited की ओर से डेविट मुश्विधा के लिए आवेदन करता हूँ/करते हैं। मैं/हम एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करते हैं कि इस फॉर्म में लिए गए विवरण महीं और पूर्ण हैं। मैं/हम उपरोक्त उल्लिखित बैंक को इस सेवा के लिए लागू किसी भी शुल्क के लिए आवेदन करता हूँ/करते हैं।

□ हाँ, मैंने/हमने खाताधारक का पूर्व-मुद्रित नाम और बैंक खाता संख्या वाला रद्द किया गया जैक संलग्न किया है।

□ नां, मैंने/हमने रद्द किया गया जैक के साथ बैंक खाता विवरण / पासवर्क की प्रति संलग्न की है (क्रेडिट ट्रांजेक्शन, जब रद्द किए गए जैक पर खाता विवरण पूर्व-मुद्रित नहीं है।)

पॉलिसी मालिक के हस्ताक्षर

पॉलिसी मालिक का नाम

एसीएच अधिदेश भरने के लिए करें और न करें

करें

न करें

- हमेशा एसीएच अधिदेश का नवीनतम संस्करण प्रयोग करें
- केवल अधिदेश के मूल फॉर्म का प्रयोग करें
- हस्ताक्षर बैंक खाते के हस्ताक्षर से मेल खाने चाहिए
- नाम बैंक खाते के नाम से मेल खाना चाहिए
- खाता संख्या सही होनी चाहिए
- फॉर्म के साथ एक रद्द किया गया जैक संलग्न प्रदान करें
- प्रोप्राइटर खाते में कंपनी की मोहर अनिवार्य है

- किसी पुराने अधिदेश का प्रयोग न करें
- अधिदेश की फोटोकॉपी का प्रयोग न करें
- हस्ताक्षर बैंक खाते के हस्ताक्षर से निम्न नहीं होने चाहिए
- नाम बैंक खाते के नाम से भिन्न नहीं होना चाहिए
- अपना खाता संख्या लिखते समय गलतियों से बचें
- फॉर्म पर काटने या ऊपर लिखने से बचें
- कंपनी की मोहर के बिना फॉर्म भेजने से बचें



PNB MetLife India Insurance Company Limited

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम जी रोड, अंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117 वर्गीकरण संख्या. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbnmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbnmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल, टैक्सीप्लैक्स - 1, टैक्सीप्लैक्स कॉम्प्लेक्स, वीर मावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरेगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062. फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

"बाता धारक" चेक/ड्राफ्ट केवल PNB MetLife India Insurance Company Limited के पक्ष में बनाया जाना चाहिए।

PI/PO नाम:	बीमा एजेंट / ब्रोकर / निर्दिष्ट व्यक्ति का नाम और कोड:	
कॉरपोरेट एजेंट का नाम:		
राशि (अंकों में):	राशि (शब्दों में):	
प्रीमियम भुगतान विकल्प: चेक <input type="checkbox"/>	बैंक ड्राफ्ट <input type="checkbox"/>	
चेक/ड्राफ्ट संख्या:	बैंक का नाम:	चेक/ड्राफ्ट दिनांक:
महत्वपूर्ण:		
<ol style="list-style-type: none"> सभी रसीदें/परक्राम्य लिखित वसूली के अधीन हैं। जोखिम की स्वीकृति पॉलिसी के नियम एवं शर्तों के अधीन है। यूनिट लिंक्ड पॉलिसियों के लिए, एनएवी का आवंटन PNB MetLife द्वारा ग्राहक से सीधे या वित्रेताओं के माध्यम से प्रीमियम भुगतान की जानकारी प्राप्त होने की तिथि और समय के अनुसार किया जाएगा। यदि जानकारी किसी कार्य दिवस को दोपहर 3:00 बजे से पहले प्राप्त होती है, तो उसी दिन का एनएवी लागू होगा और अन्य के लिए अगले कार्य दिवस का एनएवी लागू होगा। प्रीमियम का भुगतान पॉलिसी की देव तिथि से पहले किए जाने पर उसका आवंटन पॉलिसी की देव तिथि को किया जाएगा। पॉलिसी की देव तिथि से 180 दिनों के भीतर भुगतान किए गए प्रीमियम का आवंटन प्रीमियम भुगतान की तिथि के अगले कार्य दिवस को किया जाएगा। 180 दिनों की देव तिथि के बाद व्यपगत (लैप्टॉप) पॉलिसी में भुगतान किए गए प्रीमियम का आवंटन सभी पुनर्स्थापन आवश्यकताओं की पूर्ति और पीएमएलआई द्वारा समीक्षा के बाद किया जाएगा। हमारे निकटम शाखा कार्यालय में ही नकद में सभी प्रीमियम भुगतान सीधे किया जाना चाहिए। हमारे एजेंट नकद में प्रीमियम एकत्र करने के लिए अधिकृत नहीं हैं। यह केवल प्रारंभिक प्रीमियम एकत्र करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है और नवीनीकरण प्रीमियम संग्रह के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता। 		
फर्जी फोन कॉल और काल्पनिक/धोखाधड़ी वाले प्रस्तावों से सावधान रहें।		
भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण जनता को स्पष्ट करता है कि		
1. भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण या इसके अधिकारी किसी भी प्रकार के बीमा या वित्तीय उत्पादों की विक्री अथवा प्रीमियम निवेश जैसी गतिविधियों में शामिल नहीं होते हैं।		
2. भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण किसी भी बोनस की घोषणा नहीं करता है। ऐसे फोन कॉल प्राप्त करने वाली जनता को फोन कॉल और नंबर के विवरण के साथ पुलिस में शिकायत दर्ज करनी चाहिए।		

एजेंट/ब्रोकर/निर्दिष्ट व्यक्ति के हस्ताक्षर: _____

ब्रोकर/कॉरपोरेट एजेंट की मोहर/स्टांप: _____

दिनांक: _____



