Customer Details and Policy Feature Change Request Form
صارف کی تفصیلات اور پالیسی کے فیچرز کی تبدیلی کا درخواست فارم

pnb MetLife
Milkar life aage badhaein.

Photograph of Policy Holder
پالیسی ہولڈ کا فوٹو

Policy Details: ***Policy Number:** ***Date:** _____
پالیسی کی تفصیلات: ***پالیسی نمبر:** _____ ***تاریخ:**

***Name of the Policyholder:**_____
_____***پالیسی کے مالک کا نام:**

Gender ☐ ☐ Male ☐ Female ☐ Transgender
جنس: ☐ ☐ مرد ☐ عورت ☐ مخنث

***Mobile Number:** _____ **Email ID:** _____ **#PAN No / Form 60 :**
_____***موبائل نمبر:** _____**ای میل آئی ڈی:** **# پین نمبر / فارم 60:**

***#Aadhaar No:**
#پی اے این نمبر: X X X X X X X X

****All fields are mandatory***

****تمام فیلڈز لازمی ہیں***

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

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

**Only last 4 digits of Aadhaar No. to be mentioned.*

**ادھار نمبر کے صرف آخری چار ہندسے درج کریں.*

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

بینک اکاونٹ کی تفصیلات: ***براہِ کرم این ای ایف ٹی کے ذریعےاس پالیسی سے باہر ہونے والی ادائیگیوں کے لیے بنائے گئے اپنے بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات شیئر کریں***

- **Policy owner name as per Bank records:** _____
  بینک ریکارڈز کےمطابق پالیسی کے مالک کا نام:_____
- **Bank Name:** _____ **Branch Name:** _____
  بینک کا نام: _____ **برانچ کا نام:** _____
- **Bank Account No:**
  بینک اکاونٹ نمبر:
- **Bank Account Type:** **Savings** ☐ **Current** ☐ **NRE** ☐ **NRO** ☐
  بینک اکاونٹ کی قسم: **سیونگ** ☐ **کرنٹ** ☐ **این آر ای** ☐ **این آر او** ☐
- **IFSC Code:** **MICR Code:**
  آئی ایف ایس سی کوڈ: **آیم آئی سی آر کوڈ:**

Note*: Please submit a cancelled cheque/ Bank pass book copy / Bank Statement bearing pre-printed account number, policyholder name and IFSC code. Kindly carry original documents for verification at branch.*

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

In case the request is being submitted through Third-Party, *please submit cancelled cheque of the policy holder along with a Copy of Bank Statement reflecting premium paid to PNB MetLife* ***OR*** *Copy of Bank Statement having account number same as provided at the time of Proposal Login* ***OR*** *Original ID proof same as provided at the time of Proposal Login of the policy owner* ***OR*** *ID proof like Passport/ Aadhaar Card*/ Driving License in original of the policy owner .Copy of same ID proof which is self-attested by the policy owner needs to be carried and submitted.* * If Aadhaar card is submitted first 8 digits of Aadhaar No. to be masked.

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

Section A: Change in Personal Details
ذاتی تفصیلات میں تبدیلی: اے سیکشن

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

Office No.: _____ **Mobile No.:** _____ **Alternate No.:** _____
_____**دفتر کا نمبر:** _____**موبائل نمبر:** _____**متبادل نمبر:**

Email ID: _____ **Alternate Email ID:** _____ **Residence No:** _____
_____**ای میل آئی ڈی:** _____**متبادل ای میل آئی ڈی:** _____**رہائشی نمبر:**

- Do you wish to GO GREEN and register Email id on which you will receive all policy related communications. All communication in physical form shall be stopped. Yes ☐ No ☐
  آپ ماحول دوست بننا چاہتے ہیں اور ای میل آئی ڈی رجسٹر کرنا چاہتے ہیں جس پر آپ پالیسی سے متعلقہ تمام معلومات وصول کر سکیں. مادی قسم کی تمام مواصلات روک دی جائیں گی. ہاں ☐ نہیں ☐
- Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above
  ذاتی سروس کے لیے آپ کی پی آئی پی صارفی آئی ڈی / پاس ورڈ مندرجہ بالا معلومات کی بنیاد پر تخلیق کیے جائیں گے

Note*: Please submit a Self-Attested standard address proof acceptable to PMLI for the new mailing address. (For Solution Products, changes will be applicable for all policies).*

نوٹ : *براہِ کرم نئے میلنگ پتے کے لیے پی ایم ایل آئی کو قابلِ قبول ذاتی طور پر تصدیق شدہ معیاری پتے کا ثبوت جمع کرائی ہوں. (سلوشن مصنوعات کے لیے، تبدیلیاں تمام پالیسیوں کے لیے قابلِ اطلاق ہوں گی).*

Acceptable Address Proofs are – Aadhaar Card*, Passport, Driving License, Voters Identity Card, NREGA Job Card and Letter issued by the National Population Register containing details of 'name and address' with photograph.

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

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

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

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

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

Name to be changed from: _____

نام جس سے تبدیل کرنا ہے: _____

Name to be changed to: _____

نام جس پر تبدیل کرنا ہے: _____

***Note**: For change in surname post marriage, please submit a copy of your marriage certificate. For any other request involving significant changes in the name, please submit a Gazette notification or Newspaper Advertisement along with the request. In case of minor name correction please submit Self-Attested standard id proof acceptable to PMLI.*

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

Acceptable Identity Proofs are – Aadhaar Card*, Passport, Driving License, Voters Identity Card, NREGA Job Card, Letter issued by the National Population Register containing details of 'name and address' with photograph and PAN Card

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

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

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

☐ Change in Date of Birth: Please tick as applicable :(√): Policy Holder ☐ Policy Insured ☐ Appointee ☐ Beneficiary ☐ New DOB:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

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

***Note**: Please submit a Self-Attested standard age proof acceptable to PMLI for the new DOB. Any Date of Birth Correction shall be subject to underwriting guidelines and the age eligibility criteria, if any, of the concerned insurance product. Change in DOB may result in increase/decrease of premium or Sum Assured.*

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

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

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

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

Note**: Beneficiary change request can be processed only if the PI & PO are the same and if insurable interest exists. Multiple beneficiary forms should be filled for more than three beneficiaries. **In case of Absolute Assignment Beneficiary/Appointee change request cannot be processed. If beneficiary or nominee is minor, please fill appointee details below.

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

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

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

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

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____

جنس: _____ ازدواجی حیثیت: _____ قومیت: _____

Important Information:

اہم معلومات:

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policy Owner/Assignee (as applicable)

درخواست کے ساتھ جمع کردہ تمام معاونتی ثبوت اور دستاویزات اور یہ پالیسی کے مالک/تفویض کنندہ (جیسے قابلِ اطلاق ہو) کی جانب سے ذاتی طور پر تصدیق شدہ ہونا چاہیے

- For acceptable Age /ID and Address proof, please contact any of our Company's touch points. The original ID Proof of the Policy Owner to be mandatorily presented at the time of request submission to avoid non-acceptance of request

قابل قبول عمر/ آئی ڈی اور پتے کے ثبوت کے لیے، براہِ کرم ہماری کمپنی کے کوئی سے بھی ٹچ پوائنٹس سے رابطہ کریں۔ درخواست کی عدم قبولیت سے بچاؤ کے لیے پالیسی کے مالک کا اصل آئی ڈی درخواست جمع کرواتے ہوئے لازمی طور پر پیش کیا جانا چاہیے۔

- Photograph of Policyholder is required to be submitted mandatory in case the request is submitted for change of name, change in date of birth, change in signature

اگر درخواست کو نام کی تبدیلی، تاریخ پیدائش میں تبدیلی، دستخط میں تبدیلی کے لیے جمع کروایا جائے، تو پالیسی کے مالک کی تصویر لازماً جمع کروانا ہوگی۔

- In case of Auto Vesting, the request to be signed by new Policy Owner. Signed valid ID proof (like Driving License, Passport, PAN Card etc.) of the new Policy Owner should be taken for updation in records. Beneficiary request form should accompany with this request

آٹو ویسٹنگ کی صورت میں، درخواست پالیسی کے نئے مالک کی جانب سے دستخط شدہ ہونی چاہیے۔ ریکاٹرز میں تازہ کاری کے لیے پالیسی کے نئے مالک کا دستخط شدہ موزوں آئی ڈی کا ثبوت (جیسا کہ ڈرائیونگ لائسنس، پاسپورٹ، پی اے این کارڈ وغیرہ(لیا جانا چاہیے۔ درخواست کے ساتھ مستفید کا درخواست کا فارم ہونا چاہیے

- *Kindly fill the application form with a black ball point pen in Block letters. Irrelevant column/s to be strike off as not applicable(N/A)*

براہِ کرم درخواست فارم بڑے حروف میں سیاہ بال پوائنٹ کے ساتھ پُر کریں۔ غیر متعلقہ کالم/کالمز بطور (ناقابل اطلاق)چھوڑ دینے چاہیں۔

- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card

اگر PAN کارڈ کی جگہ فارم 60 جمع کروایا جائے تو اسے PNB MetLife میں ہونا ضروری ہے

☐ **Change in Signature / ☐ Multiple Signature:** I/We, _____ , the Policy Owner/ Person Insured hereby declare that the below mentioned specimen boxes contain my/ our signatures as affixed on _____ day of_____, 20_____. I/ We further state that henceforth, the signature as appended below should be considered for all future requests received for this/ these policies and agree to defend and hold harmless PNB MetLife India Insurance Co. Ltd., on account of any claim, liability, charge, demand, action or proceedings initiated against PNB MetLife by anyone, including any statutory, governmental or regulatory body, on account of PNB MetLife processing any future requests received for this/ these policies bearing the signatures contained herein below:

☐ **دستخط میں تبدیلی: / ☐ ایک سے زائد دستخط:** میں/ہم، _____، بطور پالیسی کے مالک/زیربیمہ شخص یہاں اقرار کرتے ہیں کہ ذیل میں مذکورہ مخصوص باکسز متعین کردہ برائے ____دن ____، ____20 میرے/ہمارے دستخط پر مشتمل ہیں۔ میں/ہم مزید وضاحت کرتے ہیں کہ بعد ازاں، ذیل میں دیے گئے دستخط اس/ان پالیسیز کے لیے وصولشدہ تمام درخواستوں کے لیے مستقبل میں مدنظر رکھے جائیں گے اور ہمپی این بی میٹ لائف انڈیا انشورینس کو لمیٹیڈ، کے بے ضررحکومتی یا انضباطی فریق کے، ذیل میں شامل دستخط کے حامل کو اس/ان پالیسیز کے لیے وصول شدہ درخوستوں پر مستقبل میں عملداری کرنے کی بنیاد پر، پی این بی میٹ لائف کے خالف شروع کردہ کسی دعوے، ذمہ داری، چارج، مطالبہ، عمل یا مرحلہ کا دفاع کرنے کے لیے اتفاق کرتے ہیں:

Signature (Old) as per PNB MetLife records پی این بی میٹ لائف کے ریکارڈز کے مطابق دستخط (سابقہ)	Signature (New) دستخط (موجودہ)

To be filled in case of Bank Attestation: (I hereby confirm that the above signature has been verified by me and is matching as per our bank)

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

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

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

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

Bank Account No:_____ **Bank Employee Code:** _____

_____ **بینک ملازم کا کوڈ:** _____ **بینک اکاونٹ نمبر:**

***Note**: A Copy of any of the following documents will be accepted as a photo identity proof and is required to register the new signature. Policy Owner Walk-in is mandatory for Signature change. Original Policy Document is to be presented by the Policy Owner if old signature does not match with PNB MetLife records*

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

Driving License ☐ Passport ☐ Pan Card ☐ Any Govt. issued ID and signature proof ☐

ڈرائیونگ لائسنس ☐ پاسپورٹ ☐ پین کارڈ ☐ حکومت کی طرف سے جاری کردہ آئی ڈی اور دستخط کا ثبوت ☐

Section B: Change in Policy Features
سیکشن بی: پالیسی فیچرز میں تبدیلی

☐ **Premium Frequency Change: Please tick as applicable: (√):**

☐ **پریمیئم فریکوینسی کی تبدیلی: براہ کرم جہاں قابل اطلاق ہو ٹک لگائیں :(√):**

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

سالانہ ☐ نیم-سالانہ ☐ سہ ماہی ☐ ماہانہ ☐ تک: سالانہ ☐ نیم-سالانہ ☐ سہ ماہی ☐ ماہانہ ☐ سے:

***Note**: Any Change in Mode can be done 15 days prior to the Policy Anniversary Year. Premium Payment Mode change from lower to high frequency mode is effective from next policy anniversary.*

***نوٹ:** پریمیئم ادائیگی کی میعاد میں کوئی بھی تبدیلی پالیسی کا سال مکمل ہونے سے 15 دن پہلے کی جاسکتی ہے۔ پریمیئم ادائیگی کی میعاد کی پست سے بلند میعادی تسلسل میں تبدیلی پالیسی کا اگلا سال مکمل ہونے سے نافذالعمل ہوگی۔*

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

☐ **پریمیئم ادائیگی کے طریقہ کار کی تبدیلی: براہ راست ڈیبٹ ☐ اے سی ایچ ☐ خود کار ڈیبٹ (صرف ایکسز بینک کے صارفین کے لیے) ☐**

***Note**: If the chosen Premium Payment Type is Direct Debit / ACH / Auto Debit, the required Standing Instruction mandate needs to be attached. On effecting the change in mode, the amount deducted would be changed as per the changed premium wherever applicable.*

***نوٹ:** اگر منتخب شدہ پریمیئم کی ادائیگی کا طریقہ براہ راست ڈیبٹ/ اے سی ایچ/ خود کار ڈیبٹ ہو تو، مطلوبہ سٹینڈنگ انسٹرکشن مینڈیٹ نتھی کرنے کی ضرورت ہو گی۔ موڈ میں تبدیلی پر اثر انداز ہونے کی صورت میں، منہا شدہ رقم کہیں بھی قابل اطلاق تبدیل شدہ پریمیئم کے مطابق تبدیل کر دی جائے گی۔*

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

☐ **بیمہ شدہ رقم میں تبدیلی/ پریمیئم میں تبدیلی: اضافہ ☐ کمی ☐ روپے سے** _____ **روپے تک** _____

***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.*

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

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

☐ **رائیڈر کا اضافہ/حذف کاری: اضافہ ☐ حذف کاری ☐ نظرثانی کی گئی رائیڈر کی بیمہ شدہ رقم (صرف اضافے کی صورت میں):**

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

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

☐ **Cover Continuance during Premium Discontinuation: Opt In ☐ Opt Out ☐**

☐ **پریمیئم کی معطلی کے دوران تسلسل کور کریں: ان پٹ ☐ آؤٹ پٹ ☐**

***Note**: Cover Continuance can be opted only if the Policy is in premium Discontinuation status. During Cover continuance period, all charges as mentioned in the Terms and conditions would be deducted. Policy may be foreclosed as per the foreclosure conditions mentioned in the T&C.*

***نوٹ:** پالیسی پریمیئم کی معطلی کی صورت میں کور تسلسل کو اختیار کیا جا سکتا ہے۔ کور کے تسلسل کی مدت کے دوران، شرائط و ضوابط میں مذکور تمام چارجز منہا ہو جائیں گے۔ شرائط و ضوابط میں مذکور قبلاز وقت ضبط کی شرائط کے مطابق پالیسی قبل از وقت کالعدم ہو سکتی ہے۔*

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

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

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

☐ **موت کے فوائد کے انتخاب کی تبدیلی:** میں اپنی ذکر کردہ مصنوعات کے موت کے فوائد کے انتخاب کی تبدیلی چاہتا/چاہتی ہوں: **میٹ سمارٹ ☐ میٹ لائیمیٹ ☐**

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

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

پیڈ اپ اور بحالی کی درخواست (2013 کے بعد جاری کردہ نئی ULIP پالیسیوں کے لیے قابل اطلاق جس میں صارف نے 5 سال کا پریمیئم ادا کردیا ہو)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy: ☐ Opt for 2 years Revival period ☐ Opt for reduced paid up

نئی ULIP پالیسی میں 5 سالہ ادائیگی پر انتخاب کی سہولت: ☐ دو سالہ بحالی کی میعاد کا انتخاب ☐ تخفیف شدہ پیڈ اپ کا انتخاب

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

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

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 al the policy terms and conditions including those applicable to this request. I understand and accept that my request shall be processed in accordance with the terms and conditions of the policy and that I shall be solely responsible for all the consequences arising out of this request including on account of any incorrect or incomplete details contained herein. I understand that PNB MetLife will be communicating through telephone calls, SMS, or emails for providing details of transactions, payment reminders, etc. and that these shall not be construed as unsolicited commercial calls/ e-mails and my request can be rejected in case of non-contact ability.

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

Signature/Thumb Impression of Policy Holder _____

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

Signature of Joint Life (Second Life) _____

جوائنٹ لائف کا دستخط (سیکنڈ لائف)_____

Signature/Thumb Impression of Person Insured _____

(If different from Policy Owner)

بیمہ شدہ شخص کے انگوٹھے کا نشان/دستخط _____

(اگر پالیسی کے مالک سے مختلف ہے)

Signature/Thumb Impression of Assignee _____

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

تفویض ہونے والے شخص کے انگوٹھے کا نشان/دستخط_____(پالیسی کی حتمی/ مشروط تفویض کی صورت میں درکار)

Date: DD-MM-YYYY Place: _____

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

تاریخ: DD-MM-YYYY جگہ: _____

نوٹ: مشروط طور پر تفویض شدہ پالیسی کے لیے، تفویض ہونے والے اور تفویض کار دونوں کو درخواست پر دستخطکرنے چاہیں۔

Vernacular Declaration: To be filled incase policyholder's signatures is in the form of a thumb impression (left thumb) or in a vernacular language: **Strike out whichever is not applicable. The contents of the document have been read over to the illiterate/vernacular literate applicant who is personally known to me and **he has filled up the contents and affixed his signature/I have filled up the contents as per the applicant's instruction as his scribe and the applicant has affixed his **left hand thumb impression/ signature in vernacular after completely understanding the contents hereof in my presence.

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

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

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

For Branch Use Only: To be filled by Branch Services – Mandatory **Request received from:** Customer ☐ Customer Representative ☐ Bank ☐ Courier ☐

صرف برانچ کے استعمال کے لیے: برانچ سروسز کی جانب سے پرکیا جانا چاہیے – لازمی **وصول شدہ درخواست منجانب سے:** صارف ☐ صارف کا نمائندہ ☐ بینک ☐ کوریئر ☐

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

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

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY **Request received Time at Branch:** HH:MM

برانچ میں درخواست موصول ہونے کی تاریخ: DD-MM-YYYY **برانچ میں درخواست کے موصول ہونے کا وقت:** HH:MM

Branch Stamp
شاخ کی مہر

Acknowledgement Slip

تسلیم شدگی کی رسید

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

ان کے لیے درخواست موصول ہوئي **با متعلق پالیسي/سالوشن نمبر:** **پر تاریخ:** DD-MM-YYYY **بوقت** HH:MM

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

موصول کردہ بذریعہ: ملازم کوڈ **ملازم کا نام** **تاریخ اور وقت کي مہر / شاخ کي مہر**

Branch Stamp
شاخ کی مہر

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 Registra_on 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

پی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹر شدہ دفتر: یونٹ نمبر 703 ،702 ،701 ، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، راہیجا ٹاور، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور – 560001، کرناٹک۔ انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا رجسٹریشن نمبر CI117 نمبر۔ U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 پر ہم سے ٹول فری بات کریں، ویب سائٹ: www.pnbmetlife.com

ای میل:indiaservice@pnbmetlife.co.in یا پہلی منزل، ٹیکنی پلیکس ٹیکنی پلیکس کمپلیکس، ویر ساورکر فلائی اوور سے دائیں، گورے گانوں ویسٹ ممبئی 400062 پر ہمیں لکھیں۔ فون: +91-22-41790000 ، فیکس: +91-22-41790203