



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

नाम का परिवर्तन: कृपया लागू होने पर टिक करें: (V): पॉलिसी धारक / पॉलिसी बीमाकृत व्यक्ति  नियुक्त व्यक्ति / लाभार्थी / पिता

Name to be changed from: \_\_\_\_\_

जिस नाम से बदलना है: \_\_\_\_\_

Name to be changed to: \_\_\_\_\_

जिस नाम में बदलना है: \_\_\_\_\_

**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.

**नोट:** विवाह के बाद उपनाम में परिवर्तन हेतु, कृपया अपने विवाहप्रमाण-पत्र की प्रतिलिपिजमा करें। नाम में महत्वपूर्णवर्तन संबंधी किसी भी अन्यअनुरोध कृपया अनुरोध के साथ राजपत्र अधिसूचना या समाचारपत्र विज्ञापन जमा करें। अवयस्क के नाम में सुधार के मामले में कृपया पीएमएलआई को स्वीकार्यस्व-सत्यापितमानकआईडी प्रमाण जमा करें।

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

स्वीकार्य पहचान प्रमाण हैं - आधार कार्ड\*, पासपोर्ट, ड्राइविंग लाइसेंस, मतदाता पहचान पत्र, नरेगा जाँव कार्ड, राष्ट्रीय जनसंख्या रजिस्टर द्वारा जारी पत्र जिसमें फोटो और पैन कार्ड के साथ नाम और पता का विवरण होता है

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

यदि आधार कार्ड नम्बर पाने के लिए आधार संख्या के पहले 8 अंक प्रस्तुत किए गए हैं

Change in Date of Birth: **Please tick as applicable: (V):**

Policy Holder

Policy Insured

Appointee

Beneficiary

New DOB:

पॉलिसी धारक

पॉलिसी बीमाकृत व्यक्ति

नियुक्त व्यक्ति

लाभार्थी

नई डीओबी:

जन्म तिथि में परिवर्तन: कृपया लागू होने पर टिक करें: (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.

**नोट:** कृपया नई डीओबी हेतु पीएमएलआई को स्वीकार्यस्व-सत्यापितमानकआईडी प्रमाण जमा करें। जन्मतिथिसंबंधी कोई भी सुधार संबंधितबीमा उत्पाद के बीमाकर्तादिशानिर्देशों और आयु पात्रता मानदंड, यदिकोई हो, के अधीन होगा। डीओबी में परिवर्तन के परिणाम प्रीमियम या सुनिश्चितराशिमें वृद्धि/कमी के रूप में हो सकते हैं।

Beneficiary Change Request: I, \_\_\_\_\_ declare that I am proposing this change of beneficiaries fully understanding the legal implications.  
 लाभार्थी परिवर्तन का अनुरोध: मैं, \_\_\_\_\_ घोषणा करता/करती हूँ कि मैं लाभार्थियों का यह परिवर्तन कानूनी निहितार्थों को पूर्ण रूप से समझ कर प्रस्तावित कर रहा/रही हूँ।

From से	To में	Relationship संबंध	Date of Birth (DDMMYY) जन्मतिथि (DDMMYY)	% share %शेयर	Gender लिंग	Marital Status वैवाहिक स्थिति	Nationality राष्ट्रियता

**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.

**नोट:** लाभार्थी परिवर्तन का अनुरोध केवलतब ही संसाधितकिया जा सकता है जब पीआई और पीओ समान हों और बीमा योग्यव्याज मौजूद हो। तीन से अधिकलाभार्थियों हेतु एकाधिककी फॉर्मभरे जाने चाहिए। पूर्ण समनुदेशन के मामले में लाभार्थी/नियुक्त व्यक्ति वर्तन का अनुरोध नहीं किया जा सकता। यदि लथी या नामिती अवयस्क है, तो कृपया नीचे के विवरण भरें।

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

नियुक्ति व्यक्ति परिवर्तन का अनुरोध: मैं, \_\_\_\_\_ घोषणा करता/करती हूँ कि मैं नियुक्त व्यक्ति का यह परिवर्तन कानूनी निहितार्थों को पूर्ण रूप से समझ कर प्रस्तावित कर रहा/रही हूँ।

From से	To में	Relationship संबंध	Date of Birth (DDMMYY) जन्मतिथि (DDMMYY)	% share %शेयर

Gender: \_\_\_\_\_

Marital Status: \_\_\_\_\_

Nationality: \_\_\_\_\_

लिंग: \_\_\_\_\_

वैवाहिकस्थिति: \_\_\_\_\_

राष्ट्रीयता: \_\_\_\_\_

#### Important Information:

##### महत्वपूर्ण जानकारी:

- All the supporting proof/s & document/s submittedalongwith the request and shouldbe self-attested by the Policy Owner/Assignee (as applicable) अनुरोध के साथ जमा किए गए सभी सहायकप्रमाण और दस्तावेज़ पॉलिसी स्वामी/समनुदेशिती द्वारा स्व-सत्यापितहोने चाहिए (जैसा लागू हो)
- 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 स्वीकार्यआयु/आईडी और पते के प्रमाण हेतु, कृपया हमारी कंपनी के किसी भी संपर्कसूत्र से संपर्ककरें। अनुरोध के अस्वीकरण से बचने के लिए अनुरोध जमा करते समय पॉलिसी स्वामी का मूलआईडी प्रमाण अनिवार्यरूप से प्रस्तुतकिया जाना चाहिए
- 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 यदि नाम में परिवर्तन, जन्मतिथि में परिवर्तन, हस्ताक्षर में परिवर्तन के लिए अनुरोध सबमिट किया गया है तो पॉलिसीधारक का फोटोग्राफ सबमिट करना अनिवार्य है।
- 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 स्वतः निहितके मामले में, अनुरोध नए पॉलिसी स्वामी द्वारा हस्ताक्षरितकिया जाना चाहिए। रिकॉर्ड में अद्यतन हेतु नए पॉलिसी स्वामी का हस्ताक्षरितमान्यआईडी प्रमाण (जैसे ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, पैन कार्ड आदि) लिया जाएगा। इस अनुरोध के साथ लाभार्थी अनुरोध फॉर्महोना चाहिए
- 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) कृपया आवेदन फॉर्मबड़ेअक्षरों में काले बॉलपॉइन्टपेन से भरें। अप्रासंगिककॉलम को लागू नहीं (एन/ए) के रूप में काट दिया जाए
- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card फार्म 60, पीएनबी मेटलाइफ के प्रारूप में आवश्यक होगा यदि पैन कार्ड के स्थान पर सबमिट किया जाता है।

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:

हस्ताक्षर में परिवर्तन /  अनेक हस्ताक्षर: मैं /हम, \_\_\_\_\_, पॉलिसी स्वामी/पॉलिसी बीमाकृतव्यक्तिएतद्वारा घोषणा करता हूँ/करते हैं किनीचे उल्लिखितनमूना बॉक्समें मेरे/हमारे हस्ताक्षर शामिलहैं जो कि \_\_\_\_\_ के दिन \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_. मैं/हम इसके अलावा स्पष्टकरता हूँ/करते हैं किभविष्यमें, इस/इन पॉलिसी के लिए प्राप्तबीमा अनुरोधों के लिए नीचे जोड़ेगए हस्ताक्षर को ध्यान में रखा जाना चाहिए और किसी भी व्यक्तिद्वारा पीएनबी मेटलाइफ के विरुद्धकिसी भी दावे, दायित्व, शुल्क, माँग, क्रिया या कानूनी कार्यवाही के कारण पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कं. लि. का बचावकरने और हानिरहितमानने की सहमति देता हूँ/देते हैं:

Signature (Old) as per PNB MetLife records पीएनबी मेटलाइफ रिकॉर्ड के अनुसार हस्ताक्षर (पुराने)	Signature (New) हस्ताक्षर (नए)

**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)

**बैंक सत्यापन के मामले में भरा जाना है:** (मैं एतद्वारा सुनिश्चित करता/करती हूँ कि उपरोक्त हस्ताक्षर मेरे द्वारा सत्यापित किया गया है और हमारे बैंक के अनुसार मिलान करता है)

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Branch Name: \_\_\_\_\_ Name of Bank Employee: \_\_\_\_\_  
 बैंक का नाम: \_\_\_\_\_ शाखा का नाम: \_\_\_\_\_ बैंक कर्मचारी का नाम: \_\_\_\_\_  
 Bank Account No: \_\_\_\_\_ Bank Employee Code: \_\_\_\_\_  
 बैंक खाता सं: \_\_\_\_\_ बैंक कर्मचारी का कोड: \_\_\_\_\_

Bank Employee  
Signature and Bank Seal  
बैंक कर्मचारी के हस्ताक्षर  
और बैंक की सील

**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

**नोट:** फोटो पहचान प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेजों में से किसी भी चीज की प्रतिलिपि स्वीकार की जाएगी और यह नए हस्ताक्षर का पंजीकरण करने हेतु आवश्यक है। पॉलिसी हस्ताक्षर परिवर्तन स्वामी की उपस्थिति अनिवार्य है। यदि पीएनबी मेटलाइफ के रिकॉर्ड के साथ पुराने धर का मिलान नहीं होता है तो पॉलिसी मी द्वारा मूल पॉलिसी प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

Driving License  Passport  Pan Card  Any Govt. issued ID and signature proof   
 ड्राइविंग लाइसेंस  पासपोर्ट  पैन कार्ड  सरकार द्वारा जारी कोई भी आईडी और हस्ताक्षर प्रमाण

### Section B: Change in Policy Features

#### अनुभाग B: पॉलिसी सुविधाओं में परिवर्तन

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

प्रीमियम आवृत्ति परिवर्तन: कृपया लागू होने पर टिक करें: (V):

From: Monthly  Quarterly  Semi-Annual  Annual  To: Monthly  Quarterly  Semi-Annual  Annual   
 से: मासिक  त्रैमासिक  अर्ध-वार्षिक  वार्षिक  में: मासिक  त्रैमासिक  अर्ध-वार्षिक  वार्षिक

**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.

**नोट:** विधि में कोई भी परिवर्तन पॉलिसी वर्ष वर्षगांठ वर्ष के 15 दिन पहले किया जा सकता है। नि नि न से उच्च आवृत्ति मोड का प्रीमियम भुगतान मोड परिवर्तन अगली पॉलिसी वर्षगांठ से प्रभावी होगा।

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

प्रीमियम भुगतान के प्रकार का परिवर्तन: प्रत्यक्ष जमा  एसीएच  स्वतः जमा (केवल एक्सिस बैंक ग्राहकों हेतु)

**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.

**नोट:** यदि प्रीमियम भुगतान का चयनित प्रकार प्रत्यक्ष जमा / एसीएच / स्वतः जमा है, तो आवश्यक स्थायी अनुदेश आदेश संलग्न करना होगा। विधि में परिवर्तन को अमल में लाने पर, कटौती की गई राशि परिवर्तित प्रीमियम के अनुसार, जहाँ लागू हो, विहित परिवर्तन कर दी जाएगी।

**Change in Sum Assured/ Change in Premium:** Increase  Decrease  from Rs. \_\_\_\_\_ to Rs. \_\_\_\_\_

सुनिश्चित राशि में परिवर्तन/प्रीमियम में परिवर्तन: वृद्धि  कमी  से ₹. \_\_\_\_\_ तक ₹. \_\_\_\_\_

**Note:** Any Change in Sum Assured/Premium can be done 15 days 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.

**नोट:** सम एश्योर्ड / प्रीमियम में कोई भी परिवर्तन पॉलिसी की वर्षगांठ की तारीख से 15 दिन पहले किया जा सकता है। सम एश्योर्ड में वृद्धि के लिए, अतिरिक्त दस्तावेजों को बुलाया जा सकता है। प्रयोज्यता के लिए कृपया उत्पाद नियम और शर्तें देखें।

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

राइडर को जोड़ना/हटाना: जोड़ना  हटाना  राइडर की संशोधित सुनिश्चित राशि (केवल जोड़ने के मामले में)

Accidental Death Benefit Rider  Critical Illness Rider  Death Benefit Rider  Waiver of Premium Rider  **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.  
 आकस्मिक मृत्यु लाभ राइडर  गंभीर बीमारी राइडर  मृत्यु लाभ राइडर  प्रीमियम राइडर का अधित्याग  **नोट:** कृपया प्रयोज्यता हेतु उत्पाद नियम और शर्तें देखें।

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

प्रीमियम अनिन्तरता के दौरान बीमा जारी रहना: विकल्प चुनना  विकल्प छोड़ना

**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.

**नोट:** बीमा जारी रहना केवल तभी चुना जा सकता है जब पॉलिसी, प्रीमियम अनिन्तरता की स्थिति में हो। बीमा जारी रहने की अवधि के दौरान, नियम और शर्तों में उल्लेखानुसार सभी शुल्कों की कटौती की जाएगी। नियम और शर्तों उल्लिखित प्रतिबंधों के अनुसार पॉलिसी पर प्रतिबंध लगाया जा सकता है।

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

गैर-अब्दी विकल्प में परिवर्तन: स्वचालित प्रीमियम ऋण (एपीएल)  कटौती किया गया भुगतान  **नोट:** कृपया प्रयोज्यता हेतु उत्पाद नियम और शर्तें देखें।

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

मृत्यु लाभ विकल्प में परिवर्तन: मैं अपने उल्लिखित उत्पाद के मृत्यु लाभ विकल्प को परिवर्तित करना चाहता/चाहती हूँ: मेट स्मार्ट  मेट अल्टीमेट

Change from से परिवर्तन		Change to में परिवर्तन	
Option Type विकल्प का प्रकार	Tick the option विकल्प टिक करें	Option Type विकल्प का प्रकार	Tick the option विकल्प टिक करें
Option A विकल्प A		Option A विकल्प A	
Option B विकल्प B		Option B विकल्प B	

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

भुगतान और पुनर्जीवन अनुरोध (नई युलिप नीतियों के लिए लागू 2013 के बाद डाक जारी की गई जहां ग्राहक ने 5 वर्षों के लिए प्रीमियम का भुगतान किया है)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy:

Opt for 2 years Revival period

Opt for reduced paid up

नई युलिप नीति में 5 वर्ष का भुगतान करने पर विकल्प:

2 साल के लिए रिवाइवल अवधि के लिए ऑप्ट

कम भुगतान के लिए ऑप्ट

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

**नोट:** (डिसकॉन्टिन्यूएशन फंड मूवमेंट की तारीख से 10 दिन पहले अनुरोध किया जाएगा)

**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.

**पॉलिसीधारक द्वारा घोषणा:** घोषणा, अनुबंध और प्राधिकार, जैसा कि इस पत्र में संलग्न है, को आवश्यक घोषणाओं और प्राधिकारों के रूप में समझा जाएगा जो ऊपर दिए गए अनुरोध को संसाधित करने के उद्देश्य हेतु पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड ("पीएनबी मेटलाइफ") के लिए आवश्यक है और यह कि भविष्य में इसी के लिए मेरे द्वारा विवाद नहीं किया जाएगा। मैं एतद्वारा सुनिश्चित करता/करती हूँ कि मैंने पॉलिसी के सभी नियम और शर्तों को पढ़ा और समझा है जिसमें इस अनुरोध पर लागू होने वाले नियम और शर्तें भी शामिल हैं। मैं समझता/समझती और स्वीकार करता/करती हूँ कि मेरा अनुरोध पॉलिसी के नियम और शर्तों के अनुसार संसाधित किया जाएगा और यह कि इस अनुरोध से संबंधित सभी परिणामों के लिए केवल मैं उत्तरदायी रहूँगा/रहूँगी जिसमें यहाँ शामिल किए गए किसी भी असत्य या अपूर्ण विवरण से संबंधित परिणाम भी शामिल हैं। मैं समझता/समझती हूँ कि पीएनबी मेटलाइफ लेन-देन, भुगतान अनुस्मारक इत्यादिके विवरण प्रदान करने हेतु टेलिफोन कॉल, एसएमएस या ईमेल के माध्यम से संवाद करेगा और यह कि इन्हें अवांछित व्यावसायिक कॉल/ ईमेल नहीं माना जाएगा और संपर्क करने योग्य होने के मामले में मेरा अनुरोध अस्वीकार किया जा सकता है।

Signature/Thumb Impression of Policy Holder \_\_\_\_\_  
पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान \_\_\_\_\_

Signature of Joint Life (Second Life) \_\_\_\_\_  
संयुक्त जीवन (द्वितीय जीवन) का हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

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

बीमित व्यक्ति का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान \_\_\_\_\_  
(यदि पॉलिसीधारक से भिन्न हो)

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

आवंटी का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान \_\_\_\_\_  
(पॉलिसी के पूर्ण/सर्त आवंटन की स्थिति में आवश्यक)

Date: DD-MM-YYYY

Place: \_\_\_\_\_

दिनांक: DD-MM-YYYY

स्थान: \_\_\_\_\_

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

**नोट:** सर्त रूप से समनुदेशित पॉलिसी हेतु, अनुरोध शिती और समनुदेशक दोनों के द्वारा हस्ताक्षरित किया जाना चाहिए

**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.

**मातृभाषा में घोषणा:** पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर अंगूठे के निशान (बायाँ अंगूठा) या मातृभाषा के रूप में होने के मामले में भरा जाए: \*\*लागू न होने वाले को काट दें। दस्तावेज़ की सामग्री अशिक्षित / मातृभाषा के साक्षर आवेदक को पढ़कर सुना दी गई है जिसे मैं व्यक्तिगत रूप से परिचित हूँ और \*\*उन्होंने सामग्री को भर दिया है और अपने हस्ताक्षर संलग्न कर दिए हैं/मैंने आवेदक के निर्देश पर उनके लिपिक के रूप में सामग्री को भर दिया है और मेरी उपस्थिति में सामग्री को पूर्ण रूप से समझने के पश्चात् आवेदक ने \*\*बाएँ अंगूठे का निशान/मातृभाषा में हस्ताक्षर संलग्न कर दिए हैं।

Name of Declarant/witness: \_\_\_\_\_ Date: DD-MM-YYYY Place: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

घोषणा का नाम/गवाह: \_\_\_\_\_ दिनांक: DD-MM-YYYY स्थान: \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

**For Branch Use Only:** To be filled by Branch Services – Mandatory  
केवल शाखा उपयोग हेतु: शाखा सेवाओं द्वारा भरा जाए – अनिवार्य

**Request received from:** Customer  Customer Representative  Bank  Courier   
अनुरोध प्रेषक: ग्राहक  ग्राहक प्रतिनिधि  बैंक  कोरियर

**Form Received By:** Employee Name: \_\_\_\_\_

Employee ID: \_\_\_\_\_ Employee Signature: \_\_\_\_\_

**फॉर्म प्राप्तकर्ता:** कर्मचारी का नाम: \_\_\_\_\_

कर्मचारी की आईडी: \_\_\_\_\_ कर्मचारी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

Branch Stamp  
शाखा स्टाम्प

**Request Received date at Branch:** DD-MM-YYYY

**Request received Time at Branch:** HH:MM

शाखा में अनुरोध प्राप्त होने की तिथि: DD-MM-YYYY

शाखा में अनुरोध प्राप्त होने का समय: HH:MM

#### Acknowledgement Slip

#### स्वीकृति पर्ची

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

निम्न पॉलिसी संख्या के लिए अनुरोध प्राप्त हुआ/ समाधान संख्या: दिनांक: DD-MM-YYYY पर HH:MM

**Received By:** Employee Code \_\_\_\_\_ Employee Name \_\_\_\_\_ Date and Time Stamp / Seal of Branch

प्राप्तकर्ता: कर्मचारी का कोड कर्मचारी का नाम तारीख और समय शाखा का स्टाम्प/मुहर

Branch Stamp  
शाखा स्टाम्प

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नं. 701, 702 और 703, 7वां तल, वेस्ट विंग, रडेजा टॉवर, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक। भारत का आईआरडीए की पंजीकरण संख्या 117।

सी ई नं. U66010KA2001PLC028883, हमें हमारे टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969 पर कॉल करें। वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in

या हमें इस पते पर लिखें 1हला तल, टेक्नीप्लेक्स-1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के नीचे, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062। फोन: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203