

## Claimant Statement for Death Claim – Form A

### ક્લેમન્ટ સ્ટેટમેન્ટ ફોર ડેથ ક્લેમ-ફોમ A

The Claimant statement form must be filled by the claimant/beneficiary appointee/legally entitled person under the policy

ક્લેમન્ટ સ્ટેટમેન્ટ ફોમ દ્વારા કરનાર/લાભારીશ્ય પોલિસી હેલ્થ નિયુક્ત વ્યક્તિ/કાનુની રીતે પાત્ર વ્યક્તિ દ્વારા ભરવામાં આવવું જોઈએ

The Form is to be filled in one color by one person in single ink only

ફોમ માત્ર એક જ રંગમાં એક જ વ્યક્તિ દ્વારા એક જ શાહીથી જ ભરવાનું છે

All documents required to process the claim should be sent to "Claims Entity" mentioned in the page below

ક્લેમની પ્રક્રિયા માટે જોઈતા તમામ દસ્તાવેજો પાછમાં નીચે જણાવવામાં આવેલ "ક્લેમ્સ એન્ટિટી"ને મોકલવામાં આવવા જોઈશે

All supporting documents to be self - attested by nominee

તમામ સપોર્ટિંગ દસ્તાવેજો નોમિની દ્વારા સ્વ-પ્રમાણિત હોવા જોઈશે

#### Documents to be Submitted

સબમિટ કરવાના દસ્તાવેજો

Mandatory Documents ફરજિયાત દસ્તાવેજ	Additional documents* to be submitted સબમિટ કરવાના વધારાના દસ્તાવેજો*
<p>1. Copy of death certificate issued by local municipal authority સ્થાનિક મ્યુનિસિપલ વહીવટીતંત્ર દ્વારા જારી કરવામાં આવેલ મરણના પ્રમાણપત્રની નકલ</p> <p>2. Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) ડોક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (ફેમિલી ફિઝિશિયન અથવા સારવાર કરનાર ડોક્ટર પાસેથી)</p> <p>3. Original policy document ઓરિજિનલ પોલિસી દસ્તાવેજ</p> <p>4. Current address proof વતસ્થાન સરનામાનો પુરાવો</p> <p>5. Photo identity proof ફોટો ઓળખ પત્ર</p> <p>6. Cancelled cheque/ Copy of bank passbook કેન્સલ કરવામાં આવેલ ચેક/બેન્ક પાસબુકની નકલ</p> <p>7. Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party જો ઓથોરાઇઝેશનમાં કરવામાં આવેલ દાવો ત્રીજા પક્ષ દ્વારા પ્રાપ્ત થાય તો દાવો કરનાર તરફથી ઓથોરાઇઝેશન લેટર</p>	<p><b>Natural death/ death due to illness</b> કુદરતી મૃત્યુ/આંદગીના લીધે મૃત્યુ</p> <p>1. Complete Medical records (Admission notes &amp; Discharge / Death summary &amp; Test / investigation reports etc.) for any treatment taken in past or at the time of death ભૂતકાળમાં અથવા મૃત્યુ વખતે લેવામાં આવેલ કોઈક સારવાર માટેના સંપૂર્ણ તબિબી રિપોર્ટ્સ (એડમિશન નોટ્સ અને ડિસ્ચાર્જ/મૃત્યુનો સાર અને પરીક્ષણ/તપાસના રિપોર્ટ્સ વગેરે)</p> <p><b>Accidental Death</b> આકસ્મિક મૃત્યુ</p> <p>1. Copy of FIR, Panchnama, Inquest report, Postmortem report FIR ની નકલ, પંચનામુ, ઇન્કવેસ્ટ રિપોર્ટ, પોસ્ટમોર્ટમ રિપોર્ટ</p> <p>2. Obituary/ Newspaper cutting (if available) મૃત્યુનોધ/સમાચારપત્રની કટિંગ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)</p> <p>3. Viscera / Chemical analysis report (if applicable) વિસેરા/રાસાયણિક પુષ્ટકરણ રિપોર્ટ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)</p> <p>4. Final police investigation report પોલિસ તપાસની અંતિમ રિપોર્ટ</p>

\*PNB MetLife reserves the right to call for any additional documents /evidences apart from the given above, if required.

\*શ્રી. એન.બી. મેટલાઇફ, જો જરૂરી હોય તો ઉપર આપેલ ઉપરના સિવાય કોઈપણ વધારાના દસ્તાવેજો/ પુરાવા માટે ક'બલિ કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.

#### 1. POLICY NUMBER/S

પોલિસી નંબર/સો

#### 2. DETAILS OF THE CLAIMANT

ક્લેમન્ટ(દાવો કરનાર)ની વિગતો

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: 

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

 Gender:  Male  Female  
નામ: \_\_\_\_\_ જન્મની તારીખ: \_\_\_\_\_ લિંગ:  પુરુષ  સ્ત્રી

Relationship with Life Insured: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_  
જીવન વીમિત સાથે સંબંધ: \_\_\_\_\_ મોબાઇલ / લેન્ડલાઇન નંબર: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_  
વતસ્થાન સરનામું: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Pin Code: \_\_\_\_\_  
શહેર: \_\_\_\_\_ રાજ્ય: \_\_\_\_\_ પિન કોડ: \_\_\_\_\_

Email ID: \_\_\_\_\_  
ઈમેઇલ આઈડી: \_\_\_\_\_

PAN No./ Form 60: \_\_\_\_\_ \*Aadhaar number: 

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
PAN નંબર/ફોર્મ 60: \_\_\_\_\_ \* આધાર નંબર: \_\_\_\_\_

\*Only last 4 digits to be mentioned.

\*ફક્ત છેલ્લા 4 અંકોનો ઉલ્લેખ કરવો.

#### 3. BANKING DETAILS

બેન્કિંગ વિગતો

Bank Account No.: \_\_\_\_\_ Account holder name: \_\_\_\_\_  
બેન્ક ખાતા નંબર: \_\_\_\_\_ ખાતાધારકનું નામ: \_\_\_\_\_

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Address of the Bank: \_\_\_\_\_  
બેન્કનું નામ: \_\_\_\_\_ બેન્કનું સરનામું: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
રાજ્ય: \_\_\_\_\_ પિન કોડ: \_\_\_\_\_

MICR: 

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

  
એમઆઈસીઆર: \_\_\_\_\_

IFSC: 

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

  
આઈએફએસસી: \_\_\_\_\_

Payout option:  Lump sum  Regular Payment  Annuity (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)  
ચુકવણી વિકલ્પ:  એકમ રકમ  નિયમિત ચુકવણી  વાર્ષિકી (વિકલ્પો નીતિની લાગુ શરતો અને શરતોને આધિન છે.)

**4. LIFE INSURED DETAILS**

જીવન વીમા વિગતો

Name of the life insured: \_\_\_\_\_ Date of Death: 

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

જીવન વીમિતનું નામ : \_\_\_\_\_ મૃત્યુની તારીખ :

Time of Death: 

H	H
---	---

M	M
---	---

 AM/PMPlace of Death:  Home  Hospital  Office Others (please Specify Others / Hospital name) \_\_\_\_\_

મૃત્યુનો સમય : \_\_\_\_\_ ઘડિયાળ/પામ

મૃત્યુનું સ્થળ:  ઘર  હોસ્પિટલ  કાર્યાલય અન્ય (કૃપા કરી અન્ય/હોસ્પિટલનું નામ જણાવો) \_\_\_\_\_Cause of Death:  Accident  Murder  Suicide  Natural  Illness  Others (please specify) \_\_\_\_\_મૃત્યુનું કારણ:  અકસ્માત  હત્યા  આપઘાત  દરતી  માંદગી  અન્ય (કૃપા કરી જણાવો) \_\_\_\_\_**5. NATURE OF ILLNESS & HABITS**

માંદગીનું સ્વરૂપ અને ટેવો

Date of Diagnosis

નિદાનની તારીખ

 Hypertension  Diabetes  Asthma  IHD  Malignancy  Others (please specify) \_\_\_\_\_ હાયપરટેન્શન  ડાયાબિટીઝ  અસ્થમા  આઈએચડી  મેલિગ્નન્સી  અન્ય (કૃપા કરી જણાવો) \_\_\_\_\_ Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs- if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_

Quantity consumed \_\_\_\_\_ (Per-Day/Week/Month).

 ધૂમ્રપાન  આલ્કોહોલ  તમાકુ  ડ્રગ્સ- જો હા, તો સેવનની અવધિ \_\_\_\_\_

જથ્થો વન કરવામાં આવેલ \_\_\_\_\_ (દિવસ/અઠવાડિયા/મહિના દીઠ)

**6. EMPLOYER/BUSINESS/OCCUPATION DETAILS**

નિયોક્તાઓ/વ્યવસાય/વિધાની વિગતો

Last Employer's name/Business/Occupation: \_\_\_\_\_

છેલ્લા નિયોક્તાનું નામ/વ્યવસાય/વિધા: \_\_\_\_\_

Nature of work/designation: \_\_\_\_\_

કામનું સ્વરૂપ/હોદ્દો: \_\_\_\_\_

Employment/Business/Occupation Address: \_\_\_\_\_

રોજગાર/વ્યવસાય/વિધાનું સરનામું: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_ Mobile / Landline number: \_\_\_\_\_

રાજ્ય: \_\_\_\_\_ પિન કોડ: \_\_\_\_\_ મોબાઇલ/લેન્ડલાઇન નંબર: \_\_\_\_\_

**7. NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL/DOCTORS/HOSPITAL WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEDING THE DEATH**

નામ, સરનામું અને બધા / ડોક્ટરો / હોસ્પિટલોના સંપર્કની વિગતો જ્યાં જીવન વીમો આપવામાં આવેલ છેલ્લા 5 વર્ષથી મૃત્યુની પૂર્તિ કરાઈ હતી

Name of Doctor/ Hospital ડોક્ટર/હોસ્પિટલનું નામ	Address and Contact Details સરનામું અને સંપર્કની વિગતો	Disease /Condition Treated For રોગ/પરિસ્થિતિ	Treatment Dates (From- To) આપવામાં આવેલી તે સારવારની તારીખો (થી - સુધી)

**8. DETAILS OF OTHER LIFE INSURANCE POLICIES OF THE LIFE INSURED**

જીવન વીમિતની અન્ય જીવન વીમા પોલિસીઓની વિગતો

Name of Life Insurance Company જીવન વીમા કંપનીનું નામ	Policy Number/s પોલિસી નંબર/રો	Policy Commencement Date પોલિસી અસ્તિત્વમાં આવી તે તારીખ	Coverage Amount (Rs.) આવરણની રકમ (રૂ.)	Claim Submitted સબમિટ કરવામાં આવેલ ક્લેમ
				Yes / No હા / ના
				Yes / No હા / ના
				Yes / No હા / ના

### Declaration and Authorization

#### ડિક્લેરેશન અને ઓથોરાઇઝેશન (જાહેરનામું અને અધિકૃતતા)

I/We, the above named Claimant(s), do solemnly declare that the above answers and statements are true in all respects, and I/ we further agree that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted any liability or waived any of its rights.

હું/અમે, ઉપરોક્ત નામના ક્લેમન્ટ(સ), આ સાથે જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત જવાબો અને નિવેદનો તમામ રીતે સાચા છે, અને હું/અમે વધુમાં સંમત થાઉં છું/થઈએ છીએ કે ક્લેમ ફોર્મ સબમિટ કરવાનું. પીએનબી મેટલાઇફ કોર્પોરેશનને કોઈ કબૂલાત કે એના કોર્પોરેશનના અધિકારો જતાં કરવાનું નહીં હોય.

I/We hereby authorize the physicians/doctors or hospitals, medical centers, who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Companies which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/ past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnostic centers wherein the life insured underwent personal/ official/ insurance related medical tests, to divulge or share any knowledge or information or documents regarding the deceased's state of health or other details which he/they may have acquire whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. A Photo Copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

હું આ સાથે જેણે ક્યારેય મને કોઈક માંદગી અથવા બીમારી એટેન્ડ કરેલ અથવા તપાસેલ અથવા મારી સારવાર કરી હોય તે ફિઝિશિયન અથવા હોસ્પિટલને અથવા કોઈક વીમા કંપની જેણે ઉપરોક્ત મરનાર વ્યક્તિ /વીમિતને પોલિસીઓ જારી કરી હોય, જીવન વીમિતના વર્તમાન/ભૂતકાળના નિયંત્રકો અથવા વ્યવસાય ભાગીદારો, ભર્ય અને ડેથ રજિસ્ટ્રાર, ડાયગ્નોસ્ટિક સેન્ટર્સ જ્યાં જીવન વીમિત અંગત/આધિકારિ ક/વીમા સભ્ય થી તબિબી પરિશ્ચરો હેઠળ ગયેલ હોય ભલે પછી તેણે તેઓએ કદાચને. પીએનબી મેટલાઇફ દ્વારા પોલિસી જારી કરવામાં આવી તે અગાઉ અથવા પછીથી મેળવેલ હોય તેવી કોઈક જાણકારી અથવા માહિતી છતી કરવા અથવા મારા આરોગ્યની સ્થિતિ સંબંધી રેકોર્ડ્સ પૂરા પાડવા અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ.

I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC document to any individual/organisation/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services

હું/અમે આ સાથે વધુમાં, .દખ(પીએનબી) મેટલાઇફને અંગત અને સંવેદનશીલ અથવા PNB(પીએનબી) મેટલાઇફ સાથે ઉપલબ્ધ હોય તેવી (આ સ્ટેટમેન્ટમાં આવેલી હોય કે બીજા કોઈક રીતે મેળવવામાં આવેલ હોય) માહિતીમાંથી કોઈ પણ વાપરવા અને છતી કરવા જે કદાચને મારી/અમારી એકત્રિત કરવામાં આવેલ હોય છતાં દસ્તાવેજો સહિતની કોઈક જોડાયેલ વ્યક્તિ/સંગઠન/સંસ્થા અથવા ભાગીદારીમાં હોય અથવા PNB (પીએનબી) મેટલાઇફ દ્વારા એન્ગેજ કરવામાં આવેલ હોય, રિઇન્સ્યોરર સંસ્થા, ક્લેમ ઇન્વેસ્ટિગેટિવ એજન્સીઓ, ટુકાનદારો અને ઊદ્યોગ એસોસિએશન/ફેડરેશન સાથે આ ક્લેમની પ્રક્રિયાના હેતુથી અને/અથવા અનુગામી સેવા પૂરી પાડવા સંમત થાઉં છું/થઈએ છીએ અને અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ.

Signature/ Left Thumb impression of Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
દાવેદારની સહી / ડાબી અંગૂઠાની છાપ \_\_\_\_\_ તારીખ \_\_\_\_\_

#### Declaration by the person filling in the Claim form. (in case the Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

દાવા ફોર્મ ભરનાર દ્વારા ઘોષણા. (અરજ ફોર્મમાં જે ભાષા છે તે સિવાયની ભાષામાં જો દાવા ફોર્મ ભરવામાં આવેલ છે/ સહી કરવામાં આવેલ છે.)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant

હું અહીંથી જાહેર કરું છું કે દાવેદારને આ દાવા ફોર્મના સમાવિષ્ટોને તેના/તેણીના દ્વારા સમજાય તે ભાષામાં મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજાવેલ છે. તે તમામ તેના/તેણીના દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને જવાબો દાવેદાર દ્વારા અપાયેલ માહિતી પ્રમાણે નોંધવામાં આવેલ છે અને જવાબોને વાંચવામાં પણ આવેલ છે, દાવેદાર દ્વારા સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે અને ખાતરી કરવામાં આવેલ છે.

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

ફોર્મ અને દસ્તાવેજના તમામ સમાવિષ્ટોને મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવેલ છે અને સૂચિત દાવા માટે અહીં દર્શાવવામાં આવેલ સમાવિષ્ટોને અને તેના મહત્વને મેં સંપૂર્ણ રીતે સમજેલ છે

DATE તારીખ	PLACE સ્થળ	Signature of the Declarant હેર કરનારની સહી	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee દાવેદાર/નોમિનીની સહી/ડાબી અંગૂઠાની નિશાની
Name of Witness: સાક્ષીના નામ:		Signature of Witness: સાક્ષીની સહી:	
Address of Witness: સાક્ષીનું સરનામું:		Place: સ્થળ:	
Date: તારીખ:			

#### DEATH CLAIM ACKNOWLEDGEMENT SLIP

#### રૂથ ક્લેઇમ એકનોલેજમેન્ટ સ્લીપ

Policy number(s) \_\_\_\_\_

પોલિસી સંખ્યા(ઓ)

Name of claimant \_\_\_\_\_

દાવેદારનું નામ

Branch name & code \_\_\_\_\_

શાખા નામ અને કોડ

Date: \_\_\_\_\_ Employee name & Code \_\_\_\_\_

તારીખ:

કર્મચારી નામ અને કોડ

Documents Submitted:

દસ્તાવેજો

સબમિટ:

Original Policy Document

મુખ્ય પોલિસી દસ્તાવેજ

Claimant's photo identity proof

દાવેદારનો ફોટો ઓળખ પૂરાવો

Claimant's Current address Proof

દાવેદારનું વર્તમાન સરનામાનો પૂરાવો

(Cancelled cheque / Copy of bank passbook)

(રદખાતલ ચેક / બેંક પાસબુકની નકલ)

Copy of death certificate issue by local municipal authority

સ્થાનિક મ્યુનીસિપલ ઓથોરિટી દ્વારા ઇસ્સુ કરાયેલ મૃત પ્રમાણપત્ર નકલ

Medical Documents (if any)

મેડીકલ દસ્તાવેજો (જો હોય તો)

Doctor's certificate (From the family physician or treating doctor)

ડૉક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (ફેમીલી ફિઝિશિયન અથવા સારવાર કરનાર ડૉક્ટર

તરફથી)

Authorization letter from the claimant and Webcam photo of the person in case the claim intimation is received through third party

દાવેદાર તરફથી અધિકૃત પત્ર અને જો દાવા પતાવટની શરૂઆત થઈ પાર્ટી દ્વારા મળેલ હોય તેવા કિસ્સામાં વ્યક્તિનો વેબકેમ ફોટો

This acknowledgement slip should not be constructed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.

આ એકનોલેજમેન્ટ સ્લીપ દાવાની સ્વીકૃતિ તરીકે ગણાવી જોઈએ નહીં. દાવાની પ્રક્રિયાને નક્કી કરવાના હેતુથી કંપની વધારાના દસ્તાવેજો, માહિતી અને ડોઈ અન્ય ખાસ જરૂરિયાતોને મંગાવવાનો તેનો હક્ક અનામત રાખે છે.

Company Seal & Stamp with Date and time  
તારીખ અને સમય સાથે કંપની સીલ અને સ્ટેમ્પ

**Terms and Conditions:****નિયમો અને શરતો:**

- 1) The submission of the filled up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be constructed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.

ભરવામાં આવેલ ક્લેમ ફોર્મ, જોઈતા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત સબમિટ કરવાને, પોલિસી હેઠળ અમારી કંપનીની જવાબદારીઓની કબૂલાત તરીકે ગણી લેવામાં આવશે નહીં. કંપની વતી કોઈક જવાબદારીઓ પાકી કરવા કોઈ એજન્ટ/મધ્યસ્થી નથી કે અધિકૃત કરવામાં આવેલ નથી.

- 2) Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.

નીચે પૂરા પાડવામાં આવ્યા મુજબના જોઈતા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સહિત આ ફોર્મ સબમિટ કરવાને, અમને તમારા ક્લેમની પ્રક્રિયા વધુ ઝડપથી કરવા શક્ય બનાવશે. PNB (પીએનબી) મેટલાઈફ અપૂર્ણ સબમિટ કરવા અથવા ફરજિયાત દસ્તાવેજો સબમિટ ન કરવાના કારણે ક્લેમની પ્રક્રિયામાં વિલંબ માટે જવાબદાર નહીં હોય.

**For Office Use Only****ફક્ત કાર્યાલયલેખના ઉપયોગ માટે**

Branch to Affix **the date and time stamp** here with details of OSV/ASV with signature of Branch Service Associate

ઓએસવી / એએસવીની વિગતો સાથે શાખા સેવા એસોસિએટની સહી સાથે અહીં **તારીખ અને સમયનો સ્ટેમ્પ** જોડવાની શાખા

HO, Claims to Affix the date seal here.

(Time, if received directly.)

HO, અહીં દાવાની તારીખનું મત્તુ મારે છે.  
(સીધે-સીધા મેળવેલ હોય, તો સમય.)

Application No.: \_\_\_\_\_

એપ્લિકેશન નં. (આવેદન સં.) \_\_\_\_\_

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 at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

પી.એન.બી. મેટલાઈફ ઈન્ડિયા ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજીસ્ટર્ડ કાર્યાલય: યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, સાતમા માળે, વેસ્ટ વીંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી. રોડ, બેંગ્લોર-560001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ રજિસ્ટ્રેશન નં. 117 ઈ સીઆઈ નં. U66010KA2001PLC028883, અમોને ટોલ ફ્રી 1-800-425-6969 પર કોલ કરો, વેબસાઈટ: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ઈમેલ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) અથવા અમોને લખો: પ્રથમ માળ, ટેકનીપ્લેક્સ-1, ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203