

Customer Details and Policy Feature Change Request Form

গ্রাহকের বিস্তারিত বিবরণ এবং পলিমির বৈশিষ্ট্যের পরিবর্তনের অনুরোধ পত্র



Photograph of
Policyholder

Policy Details:

পলিমির বিবরণ:

*Policy Number:

*পলিসি নম্বর:

*Date:

*তারিখ:

**Application Number (Mera Mediclaim Plan):

**আবেদন নম্বর (মেরা মেডিক্লেইম প্ল্যান):

*Name of the Policyholder:

*পলিসিধারীর নাম:

*Gender:

Male

Female

Transgender

*পিস:

পুরুষ

মহিলা

লিঙ্গ

*Mobile Number:

Email ID:

#PAN No / Form 60:

*মোবাইল নম্বর:

ইমেইল আইডি:

*পান নং/ফর্ম 60:

*Aadhaar No:

*আধার নং:

*All fields are mandatory

*সমস্ত ক্ষেত্রে বাধ্যতামূলক

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

#একটি পানীয় পান। নীতি রেকর্ডগুলিতে শাল বে সম্পর্কে আপডেট করা হয়েছে। জমা দেওয়ার পরামর্শের জন্য দয়া করে স্ব-সত্যায়িত পান কার্ডের অনুলিপিটি গ্রহণ করবেন না।

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

**Application number to be updated for Mera Mediclaim Plan

*#আধার নম্বরের কেবল শেষ 4 টি সংখ্যা উল্লেখ করা উচিত।

**মেরা মেডিক্লেইম প্লানের জন্য আবেদন নম্বর আপডেট করতে হবে

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

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ: এনএফটি-এর মাধ্যমে এই নীতিমালা থেকে উদ্ভূত সমস্ত অর্থ প্রদানের জন্য দয়া করে আপনার ব্যাঙ্কের বিবরণটি ভাগ করুন

* Policyholder name as per Bank records:

ব্যাঙ্কের রেকর্ড অনুসারে পলিসি ধারকের নাম:

* Bank Name:

Branch Name:

* ব্যাঙ্কের নাম:

শাখার নাম:

* Bank Account No:

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর:

* Bank Account Type:

Savings

Current

NRE

NRO

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের ধরন:

জমা

বর্তমান

এনআরই

এনআরও

* IFSC Code:

MICR Code:

আইএফসি কোড:

এমআইসিআর কোড:

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.

দ্রষ্টব্য: অনুগ্রহ করে বাতিল করা চেক/ব্যাঙ্ক পাস বইয়ের কপি / আগে থেকে প্রিন্ট করা অ্যাকাউন্ট নম্বর, পলিসি ধারকের নাম ও আইএফসি কোড সহ ব্যাঙ্কের বিবৃতি। শাখায় আসার সময় অনুগ্রহ করে যাচাইকরণের জন্য আসল নথি নিয়ে আসুন।

In case the request is being submitted through Third-Party, please submit a duly signed authorization letter from Policyholder and ID proof of the person submitting the request, cancelled cheque of the policyholder 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 policyholder OR ID proof like Passport/ Aadhaar Card*/ Driving License in original of the policyholder .Copy of same ID proof which is self-attested by the policyholder needs to be carried and submitted. * If Aadhaar card is submitted first 8 digits of Aadhaar No. to be masked

যদি তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে জমা দেওয়ার অনুরোধ করা হয় পেমেন্টের অনুরোধ করে পিএনবি মেটলাইফের প্রিমিয়াম প্রদানের উদ্দেশ্যে ব্যাঙ্ক বিবৃতির কপি সহ পলিসি ধারকের বাতিল চেক/জমা দিন। অথবা প্রোগ্রামের সময় প্রদত্ত পরিচয়পত্রের প্রমাণ মতো আসল পরিচয়পত্রের প্রমাণ মতো আসল পরিচয়পত্রের প্রমাণ যেমন পাসপোর্ট/আধার কার্ড / ড্রাইভিং লাইসেন্স *। পলিসি ধারকের স্ব-প্রত্যায়িত একই পরিচয়পত্রের প্রমাণ কপি আনতে হবে এবং জমা দিতে হবে। * যদি আধার কার্ডটি জমা দেওয়া হয় তবে প্রথমে আট নম্বর নম্বরটি মাস্ক করা উচিত

Section A: Change in Personal Details

বিভাগ A: ব্যক্তিগত বিবরণ পরিবর্তন

Address/Contact details updation: Please tick as applicable: (V):

Mailing Address

Permanent Address

Both

ঠিকানা/যোগাযোগ সঠিকভাবে নবীকরণ: অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য টিক দিন: (✓):

মেইল ঠিকানা

স্থায়ী ঠিকানা

দুটো

Office No.:

কার্যালয় নং:

Mobile No.:

ম'বাইল নং:

Alternate No.:

বিকল্প নং:

Email ID:

ইমেইল আইডি:

Alternate Email ID:

বিকল্প ইমেইল আইডি:

Residence No:

বাসস্থান নং:

* 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

আপনি কি সবুজ হয়ে যেতে চান এবং ইমেইল আইডি নিবন্ধন করুন যা আপনি নীতি সম্পর্কিত সমস্ত যোগাযোগ পাবেন। শারীরিক আকারে সমস্ত যোগাযোগ বন্ধ করা হবে।

হয় নহয়

* Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above

স্ব-সেবার জন্য আপনার পিআইপি ব্যবহারকারী আইডি / পাসওয়ার্ড উপরে সরবরাহিত তথ্যের ভিত্তিতে উৎপন্ন হবে

* FATCA / CRS Questionnaire to be submitted separately if new address is other than India. Valid self-attested passport copy with entry and exit details to be submitted along with the request

নতুন ঠিকানা যদি ভারতের বাইরে হয়, FATCA / CRS প্রশ্নমালা আলাদাভাবে জমা দিতে হবে। অনুগ্রহের সাথে প্রবেশ ও প্রস্থানের বিবরণ সহ স্ব-প্রত্যায়িত বৈধ পাসপোর্ট কপি জমা দিতে হবে

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).

দ্রষ্টব্য: দয়া করে নতুন মেইলিং ঠিকানার জন্য পিএমআই-এর কাছে গ্রহণযোগ্য একটি স্ব-প্রমাণিত মানক ঠিকানা প্রমাণ জমা দিন। (সমাধান পণ্যগুলির জন্য, পরিবর্তনগুলি সকল নীতিমালার জন্য প্রযোজ্য হবে)।

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.

গ্রহণযোগ্য ঠিকানার প্রমাণগুলি হল- আধার কার্ড *, পাসপোর্ট, ড্রাইভিং লাইসেন্স, ভোটার পরিচয়পত্র, এনআরইজিএ জব কার্ড এবং জাতীয় জনসংখ্যা রেজিস্টার দ্বারা জারি করা চিঠি যেখানে 'নাম এবং ঠিকানা' বিবরণ বিবরণসহ ফটোগ্রাফ সহ।

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

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

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, 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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117, সি নং U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেইল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের পিঠে পঠান এখানে 1ম তলা, টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাকরকার ফ্লাইওভারের বিপরীত, গোরেগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

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

নাম পরিবর্তনের অনুরোধ: **অনুগ্রহ করি প্রযোজ্য অনুসূচি টিক দিন:** (V): পলিসি ধারক / যার বিমা করা হয়েছে নিযুক্ত ব্যক্তি / বেনিফিসিয়ারি / পিতার

Name to be changed from: _____

যে নাম পরিবর্তন করা হবে: _____

Name to be changed to: _____

পরিবর্তন করে যে নাম প্রদান করা হবে: _____

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

দ্রষ্টব্য: বিবাহের পর পদবির পরিবর্তনের জন্য অনুগ্রহ করে আপনার ম্যারেজ সার্টিফিকেট একটি কপি জমা দিন। নামের উল্লেখযোগ্য পরিবর্তনের অন্য অনুরোধের জন্য অনুগ্রহ করে অনুরোধ সহ একটি গেজেট নোটিফিকেশন বা সংবাদপত্রের বিজ্ঞাপন জমা দিন। অপ্রাসঙ্গিক হলে, নাম সংশোধনের জন্য অনুগ্রহ করে এছাড়াও স্ব-প্রত্যায়িত আদর্শ পরিচয়পত্রের প্রমাণ প্রদান করা হবে।

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

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

*If Aadhaar card is submitted first 8 digits of Aadhaar No. to be masked
*যদি আধার কার্ডটি জমা দেওয়া হয় তবে প্রথমে আট নম্বর নম্বরটি মাস্ক করা উচিত

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

জন্ম তারিখের পরিবর্তন: **অনুগ্রহ করি প্রযোজ্য অনুসূচি টিক দিন:** (V): পলিসি ধারক পলিসি নিযুক্ত নিযুক্ত ব্যক্তি বেনিফিসিয়ারি নতুন জন্ম তারিখ: _____

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

দ্রষ্টব্য: জন্ম তারিখের জন্য প্রমাণযোগ্য বয়সের প্রমাণপত্র অনুগ্রহ করে জমা দিন। জন্ম তারিখের কোনো সংশোধন আন্ডাররাইটিং গাইডলাইন এবং উক্ত বিমা পণ্যের জন্য যদি কোন বয়সের মাপদণ্ড থাকে তাহলে তার শর্তাধীন। জন্ম তারিখের পরিবর্তন করা হলে প্রিমিয়াম বা বিমাকৃত রাশির (সাম অ্যাসিওউ) বেশি/কম হতে পারে।

Beneficiary Change Request: I, _____ declare that I am proposing this change of beneficiaries fully understanding the legal implications.
 বেনিফিসিয়ারির পরিবর্তনের অনুরোধ: আমি, _____ ঘোষণা করছি যে আইনি প্রভাব সম্পর্কে সম্পূর্ণ অনুভব করে বেনিফিসিয়ারির এই পরিবর্তন প্রস্তাব করছি।

From থেকে	To প্রতি	Relationship সম্পর্ক	Date of Birth (DDMMYY) জন্ম তারিখ (DDMMYY)	% share % অংশীদারি	Gender লিঙ্গ	Marital Status ববব্যালহক অবস্থা	Nationality জাতীয়তা

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

দ্রষ্টব্য: বেনিফিসিয়ারির পরিবর্তনের অনুরোধ কেবলমাত্র তখনই প্রক্রিয়া করা হবে যদি পিআই ও পিও একই হয় এবং বিমায়োগ্য সুদু জমা একাধিক বেনিফিসিয়ারির ফর্ম পূরণ করতে হবে। নিরকুশ হলে বেনিফিসিয়ারির (অবাসযোগ্য অ্যাসাইনমেন্ট বেনিফিসিয়ারি) পিতৃক ব্যাক (অ্যাসাইনমেন্ট) পরিবর্তনের অনুরোধ প্রক্রিয়া করা না যাবে। যদি বেনিফিসিয়ারি বা নমিনি অপ্রাপ্তবয়স্ক হন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিযুক্ত ব্যক্তির বিবরণ পূরণ করতে হবে।

Appointee Change Request: I, _____ declare that I am proposing this change of appointee fully understanding the legal implications.
 নিযুক্ত ব্যক্তি পরিবর্তনের অনুরোধ: আমি, _____ ঘোষণা করছি যে আমি আইনি প্রভাব সম্পর্কে সম্পূর্ণ অনুভব করে নিযুক্ত ব্যক্তির এই পরিবর্তন প্রস্তাব করছি।

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

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____
লিঙ্গ: _____ ববব্যালহক অবস্থা: _____ জাতীয়তা: _____

Important Information:
গুরুত্বপূর্ণ তথ্য:

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable) অনুরোধের সাথে জমা দেওয়া সমস্ত সমর্থনকারী প্রমাণ / পুঁজি এবং নথি / পুঁজি পলিসিধারক / অ্যাসিগনি দ্বারা স্ব-প্রত্যায়িত হওয়া উচিত (প্রযোজ্য)
- For acceptable Age /ID and Address proof, please contact any of our Company's touch points. The original ID Proof of the Policyholder to be mandatorily presented at the time of request submission to avoid non-acceptance of request গ্রহণযোগ্য বয়স / আইডি এবং ঠিকানা প্রমাণের জন্য, দয়া করে আমাদের সংস্পর্শে যে কোনও স্পর্শ পয়েন্টের সাথে যোগাযোগ করুন। পলিসিধারকের মূল আইডি প্রমাণ অনুরোধ জমা দেওয়ার সময় বাধ্যতামূলকভাবে উপস্থাপন করা হবে অনুরোধ গ্রহণযোগ্যতা এড়াতে
- Photograph of Policyholder is required to be submitted mandatory in case the request is submitted for change of name, change in date of birth, change in signature নাম পরিবর্তন, জন্ম তারিখ পরিবর্তন, স্বাক্ষর পরিবর্তনের জন্য অনুরোধ জমা পড়লে পলিসিধারীর ছবি বাধ্যতামূলক জমা দিতে হবে
- In case of Auto Vesting, the request to be signed by new Policyholder. Signed valid ID proof (like Driving License, Passport, PAN Card etc.) of the new Policyholder should be taken for updation in records. Beneficiary request form should accompany with this request অটো ভেস্টিংয়ের ক্ষেত্রে, নতুন পলিসিধারক দ্বারা স্বাক্ষর করার অনুরোধ। নতুন পলিসিধারীর স্বাক্ষরিত বৈধ আইডি প্রমাণ (যেমন ড্রাইভিং লাইসেন্স, পাসপোর্ট, প্যান কার্ড ইত্যাদি) রেকর্ডে আপডেটের জন্য নেওয়া উচিত। এই অনুরোধের সাথে সুবিধাজনকী অনুরোধ ফর্মটি সহ উপস্থিত হওয়া উচিত
- Kindly fill the application form with a black ball point pen in Block letters. Irrelevant column/s to be strike off as not applicable (N/A) দয়া করে ব্লক বর্ণপুঞ্জিতে একটি কালো বল পয়েন্ট কলম দিয়ে আবেদন ফর্মটি পূরণ করুন। অপ্রাসঙ্গিক কলাম / পুঁজি প্রযোজ্য না হওয়ায় ধর্মঘট বন্ধ করা হবে (এন / এ)
- Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card প্যান কার্ডের পরিবর্তে জমা দেওয়া হলে ফর্মটি পিএনবি মেটলাইফ 60 ফর্মাটে থাকার দরকার

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

স্বাক্ষর বা সইয়ের পরিবর্তন / একাধিক স্বাক্ষর: আমি/আমরা, _____, পলিসি মালিক/ বিমাকারী ব্যক্তি, এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে নিম্নলিখিত নমুনা বক্সগুলিতে 20 _____ মাসের _____ তারিখের আমার/আমাদের স্বাক্ষর রয়েছে। অতঃপর আমি/আমরা জানাচ্ছি যে, নিচে যে স্বাক্ষর রয়েছে তা এই/এইসব পলিসির এই/এইসব পলিসির সমস্ত অনুরোধের ক্ষেত্রে বিবেচনা করা হবে এবং আমি/আমরা নিচে থাকা স্বাক্ষর বহনকারী এই/এইসব পলিসির ক্ষেত্রে ভবিষ্যতে যেকোন অনুরোধ গ্রহণকারী পিএনবি মেটলাইফ-এর পক্ষ থেকে যে কোন ব্যক্তি, কোন বিধিবদ্ধ, সরকারি বা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষ দ্বারা পিএনবি মেটলাইফ-এর বিরুদ্ধে নেওয়া যে কোন দাবী, দায়বদ্ধতা, অভিযোগ, চাহিদা, পদক্ষেপ বা কার্যধারার জন্য আমি পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইনস্যুরেন্স কোং. লিঃ-কে নির্দোষ ধরব এবং প্রতিবাদ করব।

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

To be filled in case of Bank Attestation: (I hereby confirm that the above signature has been verified by me and is matching as per our bank)
ব্যাংক প্রত্যয়নের ক্ষেত্রে পূরণ করতে হবে: (আমি এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে আমি উপরের স্বাক্ষরটি যাচাই করেছি এবং সেটি আমার ব্যাংকের নথির সাথে মিলেছে)

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

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

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

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

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

Section B: Change in Policy Features

বিভাগ B: পলিসি বৈশিষ্ট্যের পরিবর্তন

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

প্রিমিয়াম ফ্রিকোয়েন্সি পরিবর্তন: অনুগ্রহ কবি প্রযোজ্য অনুসূচি টিক দিন: (✓):

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

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

দ্রষ্টব্য: গ্রন্থী পরিবর্তন পলিসি বার্ষিকী বছরের 15 দিন আগে করতে হবে। প্রিমিয়াম পেমেন্ট মোড কম থেকে বেশি হলে তা পরবর্তী পলিসি বার্ষিকী থেকে কার্যকরী হবে।

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

প্রিমিয়াম পেমেন্টের ধরনের পরিবর্তন: ডিরেক্ট ডেবিট এচআই অটো ডেবিট (কেবলমাত্র অক্ষিস ব্যাঙ্কের গ্রাহকের জন্য)

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

দ্রষ্টব্য: যদি নির্বাচিত প্রিমিয়াম পেমেন্ট ধরন ডিরেক্ট ডেবিট / এচআই / অটো ডেবিট হয় তাহলে প্রয়োজনীয় স্থায়ী নির্দেশের মুদ্রা সংযুক্ত করতে হবে। গ্রন্থী পরিবর্তন হলে যেখানে প্রযোজ্য সেখানে পরিবর্তিত প্রিমিয়াম অনুসারে অর্থ কাটা হবে।

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

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

Note: Any Change in Sum Assured/Premium can be done 15days prior to the Policy Anniversary date. For increase in Sum Assured, additional documents may be called for. Please refer product Terms and Conditions for applicability.

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

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

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

Accidental Death Benefit Rider Critical Illness Rider Death Benefit Rider Waiver of Premium Rider **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.
 অ্যাক্সিডেন্টাল ডেথ বেনিফিট রাইডার জটিলরোগের রাইডার ডেথ বেনিফিটের রাইডার ম মুকুবেল রাইডার **দ্রষ্টব্য:** প্রযোজ্যতার জন্য অনুগ্রহ করে পণ্য শর্তাবলী পড়ুন।

Cover Continuance during Premium Discontinuation: Opt In Opt Out

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

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

দ্রষ্টব্য: পলিসি প্রিমিয়াম বিচ্ছিন্ন থিডিতে থাকলে কেবল কভার ধারাবাহিকতা বেছে নেওয়া যেতে পারে। কভার ধারাবাহিকতা চলাকালীন, শর্তাবলী এবং শর্তাবলী হিসাবে উল্লিখিত সমস্ত চার্জগুলি কেটে নেওয়া হবে। টিএন্ডসিটিতে উল্লিখিত কোরক্রোজার শর্ত অনুযায়ী নীতি পূর্ত্যাস দেওয়া যেতে পারে।

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

অ-বাজেয়ারকরণ বিকল্প পরিবর্তন: অটোমেটিক প্রিমিয়াম লোন (এপিএল) হ্রাস করা দেইড আপ **দ্রষ্টব্য:** প্রযোজ্যতার জন্য অনুগ্রহ করে পণ্য শর্তাবলী পড়ুন।

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

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

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

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

গরিমোখিত পূনরুজ্জীবন অনুরোধ (2013 এর পরে জারি হওয়া নতুন ইউপিপি পলিসিগুলির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য যেখানে গ্রাহক 5 বছরের জন্য প্রিমিয়াম প্রদান করেছেন)

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

নতুন ইউপিপি নীতিমালায় পাঁচ বছর প্রদানের বিকল্প: 2 বছরের পূনরুজ্জীবনের সময়কাল বেছে নিন হ্রাস পূর্ণ আপ অন্য বেছে নিন

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

দ্রষ্টব্য: (বিরতি ভবিষ্যৎ চলাচলের তারিখের 10 দিন পূর্বে জমা দেওয়ার অনুরোধ)

Benefit option (Product Name: _____)

লাভের অপশন (প্রডাক্টের নাম: _____)

Accrual of Income: Opt in Opt out
 সঞ্চয় আয়: বেছে নেওয়া বের হয়ে আসা
 Payment of Income: Opt in Opt out
 আয়ের পেমেন্ট: বেছে নেওয়া বের হয়ে আসা

Declaration by the Policyholder: The Declaration, Agreement and Authorization, as annexed to this letter shall be deemed as the necessary declarations and authorization required by PNB MetLife India Insurance Company Limited ("PNB MetLife") for the purpose of processing the request as given above and that the same shall not be contested by me in the future. I hereby confirm having read and understood all the policy terms and conditions including those applicable to this request. I understand and accept that my request shall be processed in accordance with the terms and conditions of the policy and that I shall be solely responsible for all the consequences arising out of this request including on account of any incorrect or incomplete details contained herein. I understand that PNB MetLife will be communicating through telephone calls, SMS, or emails for providing details of transactions, payment reminders, etc. and that these shall not be construed as unsolicited commercial calls/ e-mails and my request can be rejected in case of non-contact ability.

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

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

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

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

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

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

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

Date: DD-MM-YYYY

Place: _____

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

তারিখ: DD-MM-YYYY

স্থান: _____

দ্রষ্টব্য: পলিসির শর্তাধীন নিয়োগনের ক্ষেত্রে, অনুরোধটি স্বনিয়োগকারী ও অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধি

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

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

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

For Branch Use Only: To be filled by Branch Services – Mandatory

Request received from: Customer Customer Representative Bank Courier

শুধুমাত্র শাখা অফিসের ব্যবহার করার জন্য: বাধ্যতামূলক ভাবে শাখা অফিস দ্বারা পূরণ করতে হবে

অনুরোধকারী: গ্রাহক

গ্রাহকের প্রতিনিধি

ব্যাঙ্ক

কুরিয়ার

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

ফর্ম গ্রহণকারী ব্যক্তি: কর্মীর নাম: _____ কর্মীর আইডি: _____ কর্মীর স্বাক্ষর: _____

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY

Request received Time at Branch: HH:MM

শাখা অফিসে আবেদন গ্রহণের তারিখ: DD-MM-YYYY

শাখা অফিসের আবেদন গ্রহণের সময়: HH:MM

Branch Stamp

শাখা অফিসের স্ট্যাম্প

Acknowledgement Slip

স্বীকারের স্লিপ

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

এর জন্য প্রাপ্ত অনুরোধ,

পলিসি/সলিউশন নম্বর:

তারিখ: DD-MM-YYYY at HH:MM

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

গ্রহণ করেছেন: কর্মীর কোড

কর্মীর নাম

সময় ও তারিখের স্ট্যাম্প/সীল

Branch Stamp

শাখা অফিসের স্ট্যাম্প