केवाईसी संख्या:

pnb MetLife
Milkar life aage badhaein

प्रस्ताव संख्या

सॉल्यूशन नंबर

प्रस्ताव पत्र

कृपया भरें	कोड	नाम
IA/FPC/CSO/ DM/ARM/ISP		
निर्दिष्ट व्यक्ति		
PNB MetLife शाखा		
रिलेशनशिप ब्रांच ब्रोकर/रेफरल कंपनी का नाम/एम आई ए		

पॉलिसी प्रकार: ☐ ग्रामीण ☐ शहरी

चैनल प्रकार: ☐ एजेंसी ☐ ब्रोकर ☐ बीएबीपी ☐ डीएम ☐ आईएमएफ

बीमा कवर का प्रकार: ☐ व्यक्तिगत ☐ नियोक्ता-कर्मचारी

☐ एमडब्ल्यूपी ☐ एचयूएफ ☐ सामान्य साझेदारी

☐ की-पर्सन ☐ की-पार्टनरशिप ☐ सॉल्यूशंस

कर्मचारी छूट: ☐ पीएनबी एमएलआई कर्मचारी

☐ पीएनबी कर्मचारी ☐ जे एंड जे बैंक कर्मचारी

खाता प्रकार: ☐ सामान्य ☐ सरलीकृत (कम जोखिम वाले ग्राहकों के लिए)

☐ स्मॉल

प्रस्तावित बीमित

यहाँ चिपकाएँ (पिन या स्टेपल न करें)
* हाल का पासपोर्ट साइज फोटो (6 माह से पुराना न हो)

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

कृपया सभी प्रश्नों को ध्यानपूर्वक पढ़ें और इस प्रस्ताव को जमा करने की तिथि तक अपने स्वास्थ्य और आदतों के संबंध में अपनी जानकारी के अनुसार सभी आवश्यक विवरण सत्यतापूर्वक भरें। आपके द्वारा दी गई जानकारी पॉलिसी जारी करने का आधार बनेगी। कृपया सुनिश्चित करें कि आप सभी निर्धारित स्थानों पर अपने हस्ताक्षर करें। कुछ स्थानों पर एक से अधिक हस्ताक्षर आवश्यक हैं। यह आपके हित में है। प्रस्ताव पत्र केवल काली स्याही में भरा जाना चाहिए। इस प्रस्ताव पत्र के साथ जमा किए गए सभी दस्तावेजों को प्रस्तावित बीमित और प्रस्तावक द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए। प्रस्ताव पत्र और इससे उत्पन्न होने वाले सभी अधिकार, दायित्व और देनदारियों की व्याख्या, निर्धारण और प्रवर्तन भारतीय कानूनों के अनुसार किया जाएगा। राज्य कोड और देश कोड क्रमशः भारतीय मोटर वाहन अधिनियम, 1958 और आईएसओ 3166 देश कोड के अनुसार अद्यतन किया जाना चाहिए। यदि कोई सुधार या ओवरराइटिंग है, तो उस पर आवेदक का पूर्ण हस्ताक्षर होना चाहिए। जीवन बीमा पॉलिसी न तो एक निश्चित/आवर्ती जमा/म्यूचुअल फंड है और न ही बैंक से लिए गए किसी भी ऋण उत्पाद का विकल्प है और न ही यह बैंक खाता खोलने/ऋण या लॉकर सुविधाएं आदि प्राप्त करने की पूर्व-शर्त है। बीमा पॉलिसी प्राप्त करने के लिए भागीदारी पूर्णतः स्वैच्छिक आधार पर है।

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

1. नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ./मास्टर/अन्य): (पहचान प्रमाण के अनुसार) FIRST MIDDLE LAST

2. विवाह-पूर्व नाम (सुश्री/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

3. पिता का नाम (श्री/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

4. माता का नाम (सुश्री/श्रीमती/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

5. पति/पत्नी का नाम (श्री/श्रीमती/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

6. जन्म तिथि: DDMMYYYY

7. जन्म स्थान (देश का नाम सहित)

8. लिंग: ☐ एम - पुरुष ☐ एफ - महिला ☐ टी - ट्रांसजेंडर

9. नागरिकता: ☐ आईएन-भारतीय ☐ अन्य-आईएसओ 3166 देश कोड ☐☐

10. क्या आप भारत के अलावा किसी अन्य देश के कर निवासी हैं ▫ हाँ ▫ नहीं [यदि हाँ, तो कृपया FATCA/CRS प्रश्नावली और बिंदु 13 (iii) भरें]

11. आवासीय स्थिति: ☐ निवासी व्यक्तिगत ☐ अनिवासी भारतीय ☐ भारतीय मूल के व्यक्ति ☐ विदेशी नागरिक ______ देश का नाम ______

12. वैवाहिक स्थिति: ☐ विवाहित ☐ अविवाहित ☐ अन्य (उल्लेख करें) ______

13. (i) ☐ वर्तमान/स्थायी/विदेश का पता: (पते के प्रमाण [पीओए] में से किसी एक की प्रमाणित प्रति जमा करनी होगी)

पते का प्रकार: ☐ आवासीय/व्यावसायिक ☐ आवासीय ☐ व्यावसायिक ☐ पंजीकृत कार्यालय ☐ अनिर्दिष्ट

पते का प्रमाण: ☐ पासपोर्ट ☐ ड्राइविंग लाइसेंस ☐ यूआईडी (आधार) ☐ मतदाता पहचान पत्र ☐ नरेगा जॉब कार्ड सरलीकृत खाता - दस्तावेज़ प्रकार कोड ☐☐

अन्य______ कृपया जमा किए गए प्रमाण की संख्या लिखें ______

LANDMARK

CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT

DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

(ii) ☐ पत्राचार/स्थानीय पता

☐ वर्तमान/स्थायी/विदेशी पते के अनुसार (यदि एक से ज्यादा पत्राचार/स्थानीय पते हैं, तो कृपया संलग्नक A1 में विवरण दें)

LANDMARK

CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT

DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

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

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

LANDMARK

CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT

DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

14. टेलीफोन कार्यालय: देश कोड / एरिया/एसटीडी कोड / टेलीफोन; मोबाइल; ईमेल ______

टेलीफोन निवास: देश कोड / एरिया/एसटीडी कोड / टेलीफोन; फैक्स: देश कोड / एरिया/एसटीडी कोड / टेलीफोन

वैकल्पिक संपर्क नं.:______ वैकल्पिक ईमेल : ______

15. ☐ फॉर्म 60 ☐ पैन संख्या:

16. a आधार संख्या: ☒☒☒☒☒☒☒☒☐☐☐☐

16. b वर्चुअल आईडी:

17. *यदि आप अपनी पॉलिसी को पूर्वदिनांकित करना चाहते हैं, तो कृपया तिथि बताएं: (पूर्वदिनांकन केवल एक ही वित्तीय वर्ष में 180 दिनों तक किया जा सकता है)। यह विकल्प यूनिट-लिंक्ड बीमा उत्पाद के लिए लागू नहीं है।*

DD MM YYYY

18. शैक्षिक योग्यता: ☐ स्नातकोत्तर एवं उससे ऊपर ☐ स्नातक ☐ डिप्लोमा ☐ 12वीं पास ☐ 10वीं पास ☐ 10वीं से कम ☐ अशिक्षित ☐ अन्य (उल्लेख करें) ______

19. व्यवसाय ☐ एस- सेवा (☐ निजी क्षेत्र ☐ सार्वजनिक क्षेत्र ☐ सरकारी क्षेत्र ☐ अन्य)

☐ ओ- अन्य (☐ पेशेवर ☐ स्वरोजगार ☐ सेवानिवृत्त ☐ गृहिणी ☐ विद्यार्थी) ☐ बी- व्यवसाय ☐ एक्स- श्रेणी विहीन

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

20. **व्यवसाय का विवरण:** 21. अतिरिक्त केवाईसी* : ____________ 22. आय प्रमाण: ____________ 23. आयु प्रमाण *: ____________

*यदि प्रस्तावित स्वामी एक ट्रस्ट या फाउंडेशन है अथवा कवर का प्रकार नियोक्ता-कर्मचारी/सामान्य साझेदारी/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, बीमित 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- ड्राइविंग लाइसेंस

ड्राइविंग लाइसेंस समाप्ति तिथि D D M M Y Y Y Y

☐ ई- यूआईडी (आधार) ☐ एफ- नरेगा जॉब कार्ड

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

☐ एस- सरलीकृत खाता - दस्तावेज़ प्रकार कोड ☐☐

पहचान संख्या

25. बीमा का उद्देश्य: ☐ बच्चे के भविष्य की योजना ☐ सुरक्षा ☐ बचत ☐ की-पर्सन ☐ सेवानिवृत्ति ☐ जीवन का उपहार ☐ अन्य (उल्लेख करें) ____________

26. कंपनी पॉलिसी दस्तावेज़ इलेक्ट्रॉनिक रूप में जारी और भेजेगी। क्या आप अपना पॉलिसी दस्तावेज़ भौतिक रूप में भी प्राप्त करना चाहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

B प्रस्तावक (तभी भरें जब प्रस्तावित बीमित से अलग हो और सभी क्षेत्र अनिवार्य हैं)

1. नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ./मास्टर/अन्य): (पहचान प्रमाण के अनुसार) FIRST MIDDLE LAST

2. विवाह-पूर्व नाम (सुश्री/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

3. पिता का नाम (श्री/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

4. माता का नाम (सुश्री/श्रीमती/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

5. पति/पत्नी का नाम (श्री/श्रीमती/डॉ./अन्य): FIRST MIDDLE LAST

6. जन्म तिथि: D D M M Y Y Y Y

7. जन्म स्थान (देश का नाम सहित)

8. लिंग: ☐ एम - पुरुष ☐ एफ – महिला ☐ टी - ट्रांसजेंडर

9. वैवाहिक स्थिति: ☐ विवाहित ☐ अविवाहित ☐ अन्य (उल्लेख करें) ____________

प्रस्तावित बीमित

यहाँ चिपकाएँ (पिन या स्टेपल न करें)

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

10. प्रस्तावित बीमित से संबंध: ____________

11. नागरिकता: ☐ आईएन-भारतीय ☐ अन्य-आईएसओ 3166 देश कोड ☐☐

12. क्या आप भारत के अलावा किसी अन्य देश के कर निवासी हैं ☐ हाँ ☐ नहीं [यदि हाँ, तो कृपया FATCA/CRS प्रश्नावली भरें और बिंदु 14 (iii) भरें]

13. आवासीय स्थिति: ☐ निवासी व्यक्तिगत ☐ अनिवासी भारतीय ☐ भारतीय मूल के व्यक्ति ☐ विदेशी नागरिक देश का नाम ____________

14. (i) ☐ वर्तमान/स्थायी/विदेश का पता: (पते के प्रमाण [पीओए] में से किसी एक की प्रमाणित प्रति जमा करनी होगी)

पते का प्रकार: ☐ आवासीय/व्यावसायिक ☐ आवासीय ☐ व्यावसायिक ☐ पंजीकृत कार्यालय ☐ अनिर्दिष्ट

पते का प्रमाण: ☐ पासपोर्ट ☐ ड्राइविंग लाइसेंस ☐ यूआईडी (आधार) ☐ मतदाता पहचान पत्र ☐ नरेगा जॉब कार्ड सरलीकृत खाता - दस्तावेज़ प्रकार कोड ☐☐

अन्य____________ कृपया जमा किए गए प्रमाण की संख्या लिखें ____________

LANDMARK

CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT

DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

(ii) ☐ पत्राचार/स्थानीय पता

☐ वर्तमान/स्थायी/विदेशी पते के अनुसार (यदि एक से ज्यादा पत्राचार/स्थानीय पते हैं, तो कृपया संलग्नक A1 में विवरण दें)

LANDMARK

CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT

DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

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

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

LANDMARK

CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT

DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

15. टेलीफोन कार्यालय: देश कोड एरिया/एसटीडी कोड टेलीफोन मोबाइल ईमेल ____________

टेलीफोन निवास: देश कोड एरिया/एसटीडी कोड टेलीफोन फैक्स देश कोड एरिया/एसटीडी कोड टेलीफोन

वैकल्पिक संपर्क नं.: ____________ वैकल्पिक ईमेल : ____________

16. ☐ फॉर्म 60 ☐ पैन संख्या:

17. a आधार संख्या: ☒☒☒☒☒☒☒☒

17. b वर्चुअल आईडी:

18. शैक्षिक योग्यता: ☐ स्नातकोत्तर एवं उससे ऊपर ☐ स्नातक ☐ डिप्लोमा ☐ 12वीं पास ☐ 10वीं पास ☐ 10वीं से कम ☐ अशिक्षित ☐ अन्य (उल्लेख करें) ____________

19. व्यवसाय ☐ एस- सेवा (☐ निजी क्षेत्र ☐ सार्वजनिक क्षेत्र ☐ सरकारी क्षेत्र ☐ अन्य)

☐ ओ- अन्य (☐ पेशेवर ☐ स्वरोजगार ☐ सेवानिवृत्त ☐ गृहिणी ☐ विद्यार्थी) ☐ बी- व्यवसाय ☐ एक्स- श्रेणी विहीन

20. **व्यवसाय का विवरण:** 21. अतिरिक्त केवाईसी#: ____________ 22. आय प्रमाण: ____________ 23. आयु प्रमाण: ____________

#यदि प्रस्तावित स्वामी एक ट्रस्ट या फाउंडेशन है अथवा कवर का प्रकार नियोक्ता-कर्मचारी/सामान्य साझेदारी/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)

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- ड्राइविंग लाइसेंस

ड्राइविंग लाइसेंस समाप्ति तिथि D D M M Y Y Y Y

☐ ई- यूआईडी (आधार) ☐ एफ- नरेगा जॉब कार्ड ☐ जेड- अन्य (केंद्र सरकार द्वारा अधिसूचित कोई भी दस्तावेज़)

☐ एस- सरलीकृत खाता - दस्तावेज़ प्रकार कोड ☐☐ पहचान संख्या

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

C. नामांकन विवरण (भरें यदि प्रस्तावित बीमित और प्रस्तावित धारक एक ही हैं) और नियुक्त व्यक्ति का विवरण - केवल तभी भरें जब नामांकित व्यक्ति नाबालिग हो। (नियुक्त व्यक्ति प्रस्तावित बीमित नहीं होना चाहिए)

नामांकन विवरण

1. नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/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 ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ ट्रांसजेंडर
4. वैवाहिक स्थिति ☐ सिंगल ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा
5. राष्ट्रीयता: ☐ भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय ☐ भारतीय मूल के व्यक्ति ☐ 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/पीआईओ/विदेशी नागरिक प्रश्नावली पूरी करें)

6. प्रस्तावित बीमित 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

LANDMARK
CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT
DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

11. स्थायी पता

☐ वर्तमान/स्थायी/विदेश के पते के समान

LANDMARK
CITY/TOWN/VILLAGE GRAM PANCHAYAT
DISTRICT PIN/POSTCODE STATE/UTCODE

12. खाता प्रकार ☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरई ☐ एनआरओ
13. खाता संख्या: एमआईसीआर कोड: IFSC कोड:
14. बैंक का नाम और पता ________________

नियुक्त व्यक्ति का विवरण

1. नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/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 ☐ पुरुष ☐ महिला
4. वैवाहिक स्थिति ☐ सिंगल ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा
5. राष्ट्रीयता: ☐ भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय ☐ भारतीय मूल के व्यक्ति ☐ 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/पीआईओ/विदेशी नागरिक प्रश्नावली पूरी करें)

6. पैन नं.
7. मोबाइल नंबर
8. **ईमेल** ________________
9. खाता प्रकार ☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरई ☐ एनआरओ
10. खाता संख्या: एमआईसीआर कोड: IFSC कोड:
11. बैंक का नाम एवं शाखा का पता________________
12. नियुक्ति स्वीकृति हस्ताक्षर________________
13. नामांकित व्यक्ति से संबंध________________

D. पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कंपनी और अन्य जीवन बीमा कंपनियों में प्रस्तावित बीमित की बीमा पॉलिसियों एवं पूर्व प्रस्ताव पत्रों का विवरण। कृपया नीचे दिए गए पॉलिसी के प्रकार कॉलम में यह भी बताएं यदि जानकारी में मौजूदा स्टैंडअलोन कैंसर और/या हृदय/कार्डियक उत्पादों का विवरण शामिल है

यदि प्रस्तावित बीमित नाबालिग/विद्यार्थी है तो पूरे परिवार का निम्नलिखित विवरण प्रदान करें। यदि प्रस्तावित बीमित गृहिणी हैं तो पति का निम्नलिखित विवरण प्रदान करें।

प्रस्तावित बीमित से संबंध (स्वयं/परिवार का सदस्य)	बीमा कंपनी का नाम	पॉलिसी/प्रस्ताव संख्या	पॉलिसी का प्रकार	वर्तमान पॉलिसी बीमा राशि/अंकित राशि (रु.) बेस - टर्म राइडर	वार्षिक प्रीमियम	जारी होने का वर्ष	चालू/व्यपगत/पुनर्जीवन की स्थिति में, पुनर्जीवन की तिथि/लंबित	स्वीकृति की शर्तें (मानक/अतिरिक्त के साथ/स्थगित/अस्वीकृत/वापस ली गई/सीमित लाभ)

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

E. प्रस्तावित बीमित का चिकित्सा विवरण एवं पारिवारिक इतिहास

1. ऊंचाई सेंटीमीटर में ☐☐☐ या फुट ☐☐ इंच ☐☐ वजन किलोग्राम में या पाउंड ☐☐☐

2. **पारिवारिक इतिहास**

	जीवित		मृत	
प्रस्तावित बीमित से संबंध	आयु	वर्तमान स्वास्थ्य का विवरण और किसी भी गंभीर बीमारी का पूर्ण विवरण (हृदय रोग, मधुमेह, स्ट्रोक, उच्च रक्तचाप, कोलेस्ट्रॉल बढ़ना, कैंसर, मल्टीपल स्केलेरोसिस, अल्जाइमर, पार्किंसन या कोई आनुवंशिक 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 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, बीमारियों या अन्य स्वास्थ्य स्थितियों का खुलासा करें, जो प्रासंगिक हैं या हो सकती हैं। यदि इस खंड में किसी भी प्रश्न का उत्तर 'हाँ' है, तो कृपया सभी चिकित्सा रिपोर्ट प्रदान करें, यदि उपलब्ध हों।)

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

4. क्या आप किसी अन्य बीमारी, चोट, 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 बीमारी और ली गई/ली जा रही चिकित्सा/दवाओं का विवरण प्रदान करें। ________________________ बिंदु 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 बीमित 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, सीजेरियन सेक्शन 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 ________________________

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

F प्रस्तावित बीमित की जीवन शैली एवं व्यक्तिगत जानकारी

1. 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, बीड़ी, सिगार, चबाने वाला तंबाकू जैसे गुटखा, सुगंधित पान मसाला आदि शामिल हैं, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित 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	☐	☐	☐ पाइप ☐ सिगार ☐ सिगरेट ☐ बीड़ी	स्टिक्स/दिन की संख्या			वर्ष महीने
	☐	☐	गुटखा	पैकेट/दिन की संख्या			वर्ष महीने
मदिरा/शराब	☐	☐	☐ बीयर ☐ वाइन ☐ शराब	पिंट/मिली प्रति सप्ताह			वर्ष महीने
नशीले पदार्थ/ड्रग्स	☐	☐	☐ मारिजुआना ☐ कोकीन ☐ नशीली दवाएं				वर्ष महीने

3) क्या आपका व्यवसाय किसी विशेष जोखिम से जुड़ा है (जैसे खदानें, विस्फोटक, संक्षारक रसायन और एचटी चालक, आदि), कृपया संबंधित व्यवसाय प्रश्नावली पूरी करें? ☐ हाँ ☐ नहीं

4) क्या आप सशस्त्र बल, अर्धसैनिक या पुलिस बल में कार्यरत हैं, यदि हाँ, तो कृपया 'सशस्त्र सेवा प्रश्नावली' पूरी करें? ☐ हाँ ☐ नहीं

5) क्या आपको कभी किसी आपराधिक मामले में दोषी ठहराया गया है या आपके विरुद्ध कोई आपराधिक मामला या आरोप लंबित है? ☐ हाँ ☐ नहीं

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

यदि हाँ, तो कृपया विमानन प्रश्नावली पूरी करें। (कृपया "नहीं" पर सही का निशान लगाएं यदि आप घरेलू/अंतरराष्ट्रीय एयरलाइन में किराया देने वाले यात्री हैं)

7) क्या आप ऑटोमोबाइल या मोटरसाइकिल रेसिंग, स्किन या स्कूबा डाइविंग, साहसिक खेल या पेशेवर खेलों में भाग लेते हैं? यदि हाँ, तो कृपया संबंधित शौक प्रश्नावली पूरी करें। ☐ हाँ ☐ नहीं

8) क्या आप (पीजे/पीओ/पीएफ) या आपका परिवार का सदस्य/निकट सहयोगी राजनीतिक रूप से प्रभावशाली व्यक्ति है? यदि 'हाँ', तो पीईपी प्रश्नावली भरें। ☐ हाँ ☐ नहीं

9) क्या प्रस्तावक/नामांकित व्यक्ति/प्रीमियम भुगतानकर्ता कोई ट्रस्ट, धर्मार्थ संस्था, एनजीओ या दान प्राप्त करने वाली संस्था है?" ☐ हाँ ☐ नहीं

* राजनीतिक रूप से प्रभावशाली व्यक्तियों की परिभाषा: 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 स्तर के अधिकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी (मेजर और उससे ऊपर के समकक्ष रैंक), राज्य के स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ कार्यकारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक दल के पदाधिकारी। 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 निदेशक और बोर्ड के सदस्य या समकक्ष पद।

परिवार के सदस्य वे व्यक्ति हैं जो पीईपी से प्रत्यक्ष रूप से (रक्त संबंध) या विवाह या इसी तरह के (नागरिक) साझेदारी के माध्यम से संबंधित हैं।

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

G. उत्पाद विवरण

1.

उत्पाद का नाम	पॉलिसी अवधि	प्रीमियम भुगतान अवधि	मोडल प्रीमियम	मूल बीमा राशि	प्रीमियम गुणक

योजना/लाभ विकल्प: ______________________________ उत्तरजीविता लाभ भुगतान का संचय: ☐ हाँ ☐ नहीं कवर विकल्प: ______________________ एकमुश्त %: ___________ बिल्ड-अप विकल्प: ☐ हाँ ☐ नहीं

आय विवरण: _________________________________ लाभ भुगतान की तिथि: <u>दिन/माह</u> प्रीमियम वापसी: ☐ हाँ ☐ नहीं अन्य लाभ/विकल्प: ______________________ नकद बोनस विकल्प: ☐ हाँ ☐ नहीं

संयुक्त जीवन कवर: ☐ हाँ ☐ 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: ☐ एकल ☐ मासिक ☐ त्रैमासिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ वार्षिक वार्षिक प्रीमियम राशि (रु.): ____

"** नवीनीकरण प्रीमियम भुगतान के लिए पसंदीदा माध्यम: ☐ नकद^ ☐ चेक##/डीडी# ☐ ऑनलाइन भुगतान^^ ☐ डायरेक्ट डेबिट/एसीएच* ☐ पीएसपी ☐ पीएनबी-ऑटो डेबिट"
☐ जे एंड के बैंक ऑटो डेबिट ☐ केबीएल-ऑटो डेबिट ☐ अन्य (उल्लेख करें) __________________________ *कृपया संबंधित स्थायी निर्देश फॉर्म भरें। ^सभी नकद प्रीमियम भुगतान हमारी निकटतम शाखा में सीधे किए जाने चाहिए। हमारे एजेंट नकद में प्रीमियम एकत्र करने के लिए अधिकृत नहीं हैं। ^^भुगतान डेबिट/क्रेडिट कार्ड/एनईएफटी के माध्यम से किया जा सकता है।

राइडर का नाम	पॉलिसी अवधि	प्रीमियम भुगतान अवधि	प्रीमियम राशि	बीमा 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) यूनिट-लिंक्ड

i. चुना गया बीमा राशि गुणक: ☐☐☐ | ii. कृपया पोर्टफोलियो रणनीति चुनें: ☐ स्व-प्रबंधित ☐ स्वतः संतुलन ☐ व्यवस्थित अंतरण ☐ जीवन-चरण

iii. कृपया आवंटन अनुपात चुनें:

फंड	Allocation	फंड	आवंटन
इंडिया अपॉर्चुनिटीज		बैलेंस्ड अपॉर्चुनिटीज	
प्रोटेक्टर II		प्रीमियर मल्टी-कैप	
बैलेंसर II		मिड कैप	
सस्टेनेबल इक्विटी		स्मॉल कैप	
वर्चु II		क्रेस्ट (CREST)	
फ्लेक्सी कैप		भारत मैन्युफैक्चरिंग	
मल्टीप्लायर III		भारत कंजम्पशन	
लिक्विड		निफ्टी 500 मोमेंटम 50 इंडेक्स	
बॉन्ड अपॉर्चुनिटीज			
कुल			

यदि स्वतः संतुलन रणनीति चुनी गई है, तो आवंटन केवल फ्लेक्सी कैप और प्रोटेक्टर II में होना चाहिए।

नोट: पृथक्कृत 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 हों

iv. पुनर्संतुलन घटना चुनें (फंड मूल्य का %) ☐ 10% ☐ 15% ☐ 20% ☐ 25%

v. स्टॉप लॉस विकल्प चुनें (एनएवी का %): ☐ 10% ☐ 15% ☐ 20% ☐ 25% ☐ 30%

(b) पारंपरिक

(a) PNB MetLife मंथली इनकम प्लान+10 पे के मामले में मासिक नियमित आय चुनें (b) ☐ एकमुश्त विकल्प ☐ 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 अपने 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।

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

H. अतिरिक्त जानकारी

1. प्रारंभिक जमा का विवरण जमा का प्रकार ☐ क्रॉस्ड चेक## ☐ बैंक ड्राफ्ट# ☐ नकद ☐ ऑनलाइन भुगतान~ ☐ PNB - स्वचालित डेबिट ☐ जे एंड के बैंक स्वचालित डेबिट

☐ BASBA (जमा राशि से सुरक्षित बीमा योजना)

दस्तावेज ☐☐☐☐☐☐☐ इंस्ट्रूमेंट दिनांक: ____________________ राशि (₹) ____________________ बैंक एवं शाखा का नाम: ____________________

2. प्रीमियम का भुगतान किया जाएगा ☐ बीमा प्रस्तावक ☐ पॉलिसीधारक प्रस्तावक ☐ अन्य* (उल्लेख करें)____________________ * कृपया तृतीय पक्ष घोषणा पत्र भरें

यदि अन्य है, तो कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें। नाम | प्रस्तावित पॉलिसीधारक से संबंध | प्रीमियम भुगतानकर्ता की वार्षिक आय

3. ☐ तृतीय पक्ष की फॉर्म 60 ☐ तृतीय पक्ष का पैन नंबर:

4. पी.ओ. खाता प्रकार ☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरई ☐ एनआरओ

5. पी.ओ.खाता संख्या^ MICR कोड: IFSC कोड:

पी.ओ. बैंक एवं शाखा का नाम: ____________________ #चेक/डीडी "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।

##चेक समाशोधन के अधीन है। ~भुगतान डेबिट/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-बीमा खाता (ई-आईए) संख्या है, तो कृपया प्रदान करें

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

☐ कैम्सरेप - कैम्स इंश्योरेंस रिपॉजिटरी एंड सर्विसेज
☐ NDML - NSDL डाटा मैनेजमेंट सर्विसेज लिमिटेड
☐ कार्वी
☐ CIRL - सेंट्रल इंश्योरेंस रिपॉजिटरी लिमिटेड

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

क्या आपके पास है:

1. संयुक्त राज्य अमेरिका की नागरिकता या निवासी स्थिति (निवासी स्थिति तब लागू होती है जब आवेदक एक व्यक्ति हो या संयुक्त राज्य अमेरिका के कानूनों द्वारा बनाई गई, निगमित या शासित संस्था हो): ☐ हाँ ☐ नहीं
2. संयुक्त राज्य अमेरिका में जन्म स्थान: ☐ हाँ ☐ नहीं
3. संयुक्त राज्य अमेरिका का टेलीफोन नंबर: ☐ हाँ ☐ नहीं
4. संयुक्त राज्य अमेरिका का निवास या पत्राचार पता (संयुक्त राज्य अमेरिका के पोस्ट बॉक्स सहित): ☐ हाँ ☐ नहीं
5. संयुक्त राज्य अमेरिका के खाते में धन हस्तांतरण के लिए स्थायी निर्देश: ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि उपरोक्त में से किसी भी प्रश्न का उत्तर हाँ है, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

1. यदि आवेदक संयुक्त राज्य अमेरिका के संघीय आयकर के अधीन है, तो कृपया आवेदक का यू.एस. कर पहचान संख्या* या डब्ल्यू-9 प्रदान करें
2. यदि आवेदक संयुक्त राज्य अमेरिका के संघीय आयकर के अधीन नहीं है, तो कृपया शपथ 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 घोषणाएं प्रदान करें जो कंपनी द्वारा आपको सूचित की जाएं।

यदि आवेदक के पास वर्तमान में यू.एस. इंडिशिया नहीं है, तो आवेदक यह सहमति देता है कि यदि 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 संयुक्त राज्य अमेरिका के संघीय आयकर के अधीन है और कंपनी को यू.एस. कर पहचान संख्या प्रदान करने में विफल रहता है, तो आंतरिक राजस्व सेवा कंपनी को आवेदक को किए जाने वाले कर योग्य आय भुगतानों से कर की कटौती करने का निर्देश देती है।

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

1. संयुक्त राज्य अमेरिका की नागरिकता या निवासी स्थिति (किसी संस्था के लिए संयुक्त राज्य अमेरिका के कानूनों द्वारा बनाई गई, निगमित 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 निर्देश।"

<u>जोखिम प्रोफाइल:</u>

बीमा कवरेज के अतिरिक्त, प्रस्तावित बीमित/प्रस्तावित पॉलिसीधारक के पास स्वचालित विकल्प चुने जाने की स्थिति को छोड़कर, शुल्क की कटौती के बाद विभिन्न फंडों में प्रीमियम के आवंटन को नियंत्रित करने की क्षमता है। आपके जोखिम सहनशीलता स्तरों के बारे में अधिक समझने के लिए, प्रस्तावित बीमित/प्रस्तावित पॉलिसीधारक PNB MetLife के बिक्री प्रतिनिधि से चर्चा कर सकते हैं और आदर्श फंड विकल्प/पोर्टफोलियो का चयन करने के लिए जोखिम प्रोफाइल प्रश्नावली का उपयोग कर सकते हैं। अंतिम निर्णय प्रस्तावित बीमित/प्रस्तावित पॉलिसीधारक का होगा।

<u>घोषणा एवं अनुबंध घोषणा:</u> मैंने/हमने इस प्रस्ताव को पढ़ लिया है या प्रस्ताव को पढ़वा/समझा लिया है, और इसकी विषय-वस्तु को पूरी तरह समझने के बाद जानकारी प्रस्तुत की है। मैंने/हमने अपनी जानकारी और विश्वास के अनुसार सभी तथ्यों का पूर्ण, सत्य और सटीक प्रकटीकरण किया है और मैंने/हमने कोई जानकारी नहीं छिपाई है। मैं/हम एतद्द्वारा, अपनी ओर से और बीमित किए जाने वाले व्यक्ति की ओर से, घोषणा करता/करती हूं/करते हैं कि मेरे/हमारे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार सभी मामलों में सत्य और पूर्ण हैं, और मैं/हम उनकी ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूं/हैं। मैं/हम समझता/समझती हूं/समझते हैं कि मेरे/हमारे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनती है और यह कि पॉलिसी PNB MetLife India Insurance Company Limited (PNB MetLife/कंपनी) की बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमांकन नीति के अधीन है और कवर केवल पूर्ण प्रीमियम प्राप्ति और पॉलिसी जारी होने के बाद ही प्रभावी होगा। मैं/हम घोषणा करता/करती हूं/करते हैं कि मैं/हम कंपनी को किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से चिकित्सा जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूं/देते हैं जिन्होंने किसी भी समय बीमित/प्रस्तावक की देखभाल की है या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से बीमित/प्रस्तावक के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली किसी भी चीज के बारे में जानकारी प्राप्त करने और किसी भी बीमाकर्ता से जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूं/देते हैं जिसे प्रस्ताव के बीमांकन और/या दावा निपटान के उद्देश्य से बीमित/प्रस्तावक के लिए बीमा का प्रस्ताव किया गया है। मैं/हम कंपनी को बीमित/प्रस्तावक के चिकित्सा रिकॉर्ड सहित मेरे/हमारे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी को केवल प्रस्ताव के बीमांकन और/या दावों के निपटान के उद्देश्य से और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूं/करते हैं। मैं/हम एतद्द्वारा PNB MetLife को बीमित/प्रस्तावक की एकत्रित या PNB MetLife के पास उपलब्ध किसी भी व्यक्तिगत और संवेदनशील जानकारी (चाहे इस प्रस्ताव में निहित हो या अन्यथा प्राप्त की गई हो) जिसमें केवाईसी दस्तावेज शामिल हो सकते हैं, का उपयोग और प्रकटीकरण किसी भी व्यक्ति/संगठन/संस्था को करने की सहमति और अधिकार देता/देती हूं/देते हैं, जो प्राधिकरण द्वारा PNB MetLife के साथ जुड़े या संबद्ध या नियोजित किए गए हैं, जिनमें पुनर्बीमाकर्ता, दावा जांच एजेंसियां, विक्रेता, डेटा विश्लेषक, कृत्रिम बुद्धिमत्ता उन्मुख सॉफ्टवेयर/फर्म और उद्योग संघ/महासंघ शामिल हैं, इस प्रस्ताव के प्रसंस्करण/बीमांकन और/या प्राधिकरण के विनियमों/परिपत्रों के अनुसार अनुमत बाद की पॉलिसी संबंधी सेवाएं प्रदान करने और दावों के निपटान के उद्देश्य से शामिल हैं। मैं/हम एतद्द्वारा समझता/समझती हूं/समझते हैं कि कंपनी मुझे/हमें 'इलेक्ट्रॉनिक रूप में बीमा पॉलिसियों के जारी करने' पर कंपनी की बोर्ड द्वारा अनुमोदित नीति के अनुसार और मौजूदा नियामक ढांचे के अनुसार इलेक्ट्रॉनिक रूप में बीमा पॉलिसी भेजेगी/जारी करेगी। मैं/हम एतद्द्वारा PNB MetLife को मेरी पॉलिसी से जुड़े किसी भी चेक बाउंसिंग/क्रेडिट कार्ड शुल्क को प्रीमियम/पॉलिसी फंड/लाभों से काटने/लगाने/समायोजित करने आदि की सहमति और अधिकार देता/देती हूं/देते हैं और यदि ऐसी कटौती/लेवी/समायोजन से मेरी पॉलिसी प्रीमियम की कमी और समाप्ति की स्थिति में आ सकती है।

वैकल्पिक स्वैच्छिक घोषणा और गैर-अनिवार्य: यदि ग्राहक ने स्वेच्छा से इस प्रस्ताव के साथ अपना आधार विवरण प्रदान किया है, तो निम्नलिखित सहमति/वचन/प्राधिकरण लागू होता है। मैं/हम आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016, और उसके तहत बनाए गए नियमों के अनुसार निम्नलिखित के लिए अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूं/करते हैं: (क) एकत्र करने, संग्रहीत करने और उपयोग करने, (ख) मान्य करने/प्रमाणीकरण करने, और (ग) मेरे/हमारे आधार नंबर के अंतिम 4 अंकों को अपडेट करने के लिए। मैं/हम एतद्द्वारा कहता/कहती हूं/कहते हैं कि मैं/हम स्वेच्छा से अपने आधार नंबर के प्रमाणीकरण में रुचि रखता/रखती हूं/रखते हैं और एतद्द्वारा PNB MetLife से पॉलिसी प्राप्त करने और बीमा अनुबंध से उत्पन्न 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 (ओटीपी) डेटा प्रदान करने की सहमति देता/देती हूं/देते हैं। मैं/हम समझता/समझती हूं/समझते हैं कि प्रमाणीकरण के लिए मेरे/हमारे द्वारा प्रदान किए गए बायोमेट्रिक और/या ओटीपी 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 उत्पन्न होने वाली सेवाओं को प्रदान करने के लिए है और किसी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं। मैं/हम समझता/समझती हूं/समझते 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 समझता/समझती हूं/समझते 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 मुझे/हमें बीमा अनुबंध से उत्पन्न होने वाली अपनी सेवाओं को प्रदान करने के उद्देश्य से और ऊपर निर्दिष्ट उद्देश्य के लिए आवश्यक समय से अधिक नहीं, बनाए रखेगी/संग्रहीत करेगी।

मैं/हम यह भी समझता/समझती हूं/समझते हैं कि PNB MetLife के पास मेरी/हमारी व्यक्तिगत जानकारी के उपयोग और भंडारण के संबंध में मेरी/हमारी शिकायतों, यदि कोई हों, के निवारण के लिए एक तंत्र है, और इसका विस्तृत विवरण PNB MetLife की वेबसाइट पर उपलब्ध गोपनीयता नीति में दिया गया है। मैं/हम गोपनीयता नीति और डिजिटल व्यक्तिगत डेटा संरक्षण अधिनियम, 2023 के अनुसार PNB MetLife के मुख्य सूचना सुरक्षा अधिकारी और/या डेटा संरक्षण बोर्ड के समक्ष अपनी चिंताएं उठा सकता/सकती हूं/सकते हैं।

<u>अनुबंध:</u>

1. मैं/हम एतद्द्वारा सहमत हूं/हैं कि: 1. मेरे/हमारे द्वारा यहाँ दिए गए उत्तर और/या कथन और यह घोषणा PNB MetLife द्वारा जारी की जाने वाली पॉलिसी का आधार होंगे।
2. मैं/हम एतद्द्वारा सहमत हूं/हैं कि मेरे/हमारे द्वारा प्रदान की गई जानकारी मेरे/हमारे और PNB MetLife के बीच बीमा अनुबंध का आधार होगी।
3. इस प्रस्ताव को जमा करने के बाद और पॉलिसी जारी होने से पहले (i) यदि प्रस्तावित बीमित/प्रस्तावित पॉलिसीधारक के सामान्य स्वास्थ्य से जुड़ी कोई प्रतिकूल परिस्थितियां हैं या (ii) यदि प्रस्तावित बीमित/प्रस्तावित पॉलिसीधारक के जीवन पर किसी अन्य बीमा कंपनी को दिया गया बीमा प्रस्ताव या पुनर्जीवन का प्रस्ताव वापस ले लिया गया है या छोड़ दिया गया है या बढ़े हुए 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 पुनर्विचार करने के लिए तुरंत PNB MetLife को लिखित रूप में सूचित करूंगा/करूंगी/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 संख्या तीन के अनुसार प्रदान की जाने वाली आवश्यक जानकारी में कोई महत्वपूर्ण चूक होती है, तो इस प्रस्ताव के आधार पर किया गया बीमा अनुबंध बीमा कानून (संशोधन) अधिनियम, 2015 की धारा 45 के प्रावधानों और समय-समय पर किए गए संशोधनों के अनुसार शून्य 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 पॉलिसी जारी करने का अधिकार रखेगी। मैं/हम PNB MetLife के दिशानिर्देशों के अनुसार एचआईवी-एलिसा टेस्ट सहित सभी आवश्यक चिकित्सा परीक्षणों से गुजरने के लिए सहमत हूं/हैं।

6. मैं/हम एतद्वारा घोषणा करता/करती हूं/करते हैं कि इस प्रस्ताव के अंतर्गत प्रीमियम का भुगतान करने के लिए मेरे/हमारे द्वारा प्रयुक्त धन किसी आपराधिक या अवैध गतिविधि या किसी अज्ञात स्रोत 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 पॉलिसी संबंधित 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 एजेंसियों 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 उत्तरदायी नहीं होगा।
9. मैं/हम सहमत हैं और PNB MetLife को अनुमति देते हैं कि वह CERSAI से मेरा/हमारा अद्यतन पता प्राप्त करे (जो किसी बैंक या अन्य वित्तीय संस्थान में रखे गए मेरे/हमारे खाते में नया पता अपडेट करने पर होगा) और PNB MetLife के साथ मेरी/हमारी पॉलिसी/पॉलिसियों में नए पते को अपडेट करे। मैं/हम एतद्वारा सहमत हैं और PNB MetLife को अनुमति देते हैं कि वह मेरी/हमारी पॉलिसी और अन्य सेवाओं के संबंध में भविष्य 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 भेजे। कंपनी द्वारा किया गया ऐसा संचार मेरे द्वारा पहले या इसके बाद किसी भी समय किए गए डू नॉट डिस्टर्ब (DND) पंजीकरण को, यदि कोई हो, अधिभावी करेगा।.
10. चुने गए भुगतान नियमों के अनुसार प्रीमियम का भुगतान न करने की स्थिति में पॉलिसी व्यपगत (लैप्स) हो जाएगी।
11. मैं/हम यह भी समझते हैं कि पॉलिसी के अंतर्गत देय प्रीमियम और लाभ, लागू कराधान में परिवर्तन और समय-समय पर लागू कानूनों के अनुसार अन्य प्रासंगिक आधार पर परिवर्तन के अधीन हैं।
12. IRDAI के दिशा-निर्देशों के मुताबिक, मैं 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 उसी तक 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 संस्थाओं के साथ मेरी आवश्यक जानकारी साझा कर सकें।

____
प्रस्तावित धारक के हस्ताक्षर / बाएं अंगूठे का निशान

____
प्रस्तावित बीमित के हस्ताक्षर / बाएं 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)

गवाह का पता ____________________

दिनांक ____________________

स्थान ____________________

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

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

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूं कि मैंने आवेदक को उसकी समझ की भाषा में PNB MetLife से बीमा प्राप्त करने के लिए प्रस्ताव पत्र और अन्य सभी आनुषंगिक 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 हूं।

दिनांक	स्थान	घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर	प्रस्तावित धारक/प्रस्तावित बीमित के हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान

निरक्षर आवेदक के मामले में घोषणा (बिक्री कर्मी 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 हूं कि मैंने इस प्रस्ताव की विषय-वस्तु को आवेदक को ____________________ भाषा में 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। आवेदक ने मेरी उपस्थिति में अपने बाएं अंगूठे का निशान लगाया है।

घोषणाकर्ता का नाम ____________________ पता ____________________

दिनांक	स्थान	घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर	प्रस्तावित धारक/प्रस्तावित बीमित के हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45:

1. किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी को पॉलिसी की तिथि अर्थात पॉलिसी जारी होने की तिथि या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि या पॉलिसी के पुनर्जीवन की तिथि या पॉलिसी के राइडर की तिथि, जो भी बाद में हो, से तीन वर्ष की समाप्ति के बाद किसी भी आधार पर प्रश्नगत नहीं किया जाएगा।
2. किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी को पॉलिसी जारी होने की तिथि या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि या पॉलिसी के पुनर्जीवन की तिथि या पॉलिसी के राइडर की तिथि, जो भी बाद में हो, से तीन वर्ष के भीतर किसी भी समय धोखाधड़ी के आधार पर प्रश्नगत किया जा सकता है; बशर्ते कि बीमाकर्ता को बीमित या बीमित के कानूनी प्रतिनिधियों या नामांकितों या समनुदेशितों 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 द्वारा बीमाकर्ता को धोखा देने या बीमाकर्ता को जीवन बीमा पॉलिसी जारी करने के लिए प्रेरित करने के इरादे से किए गए निम्नलिखित कार्यों में से किसी से है:

   a. किसी ऐसी बात को तथ्य के रूप में प्रस्तुत करना जो सत्य नहीं है और जिसे बीमित सत्य नहीं मानता है;

   b. किसी तथ्य की सक्रिय छिपाने की क्रिया, जिसकी जानकारी या विश्वास बीमित को है;

   c. किसी अन्य कार्य द्वारा धोखा देना; और

   d. कोई ऐसा कार्य या चूक जिसे कानून विशेष 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 परिस्थितियां 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 'पॉलिसी 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 को 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 प्रलोभन के रूप में, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, देय कमीशन के पूरे या किसी भाग की छूट या पॉलिसी पर दर्शाए गए प्रीमियम की कोई छूट देने की अनुमति नहीं देगा या देने का प्रस्ताव नहीं करेगा, और न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी लेते समय या उसका नवीनीकरण करते समय या जारी रखते समय कोई छूट स्वीकार करेगा, सिवाय ऐसी छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित विवरण-पत्र या सारणियों के अनुसार दी जा सकती है।

एजेंट की रिपोर्ट

बीमा बिक्री कर्मी/एसपी/ब्रोकर/डीएम/आईएसपी कोड

बीमा बिक्री कर्मी/एसपी/ब्रोकर/डीएम/आईएसपी के अधिकृत व्यक्ति का नाम ______________________

बीमा बिक्री कर्मी/एसपी/ब्रोकर/डीएम/आईएसपी का मोबाइल नंबर

1. प्रस्तावित बीमित का नाम ______________________

2. क्या आप प्रस्तावित बीमित / प्रस्तावित धारक के रिश्तेदार हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ, रिश्ते का प्रकार ______________________

3. क्या यह आवेदन आपके स्वयं के जीवन पर है? ☐ हाँ ☐ नहीं

4. पीआई/पीएच द्वारा चुनी गई योजना का नाम ______________________

5. बीमा राशि/बीमित राशि (रुपये में)

6. पीआई/पीएच द्वारा चुने गए राइडर्स ______________________

7. क्या आपने आवेदक को योजना के नियम और शर्तों को पूरी तरह समझाया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

8. क्या आवेदक वर्तमान में ग्रामीण क्षेत्र में निवास करता है? ☐ हाँ ☐ नहीं

9. (a) प्रस्तावित बीमित / प्रस्तावित धारक को आप कब से जानते हैं? ___ वर्ष ___ माह
(b) क्या आप प्रस्तावित बीमित की पहचान से संतुष्ट हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं
(c) क्या प्रस्तावित बीमित को कोई शारीरिक विकृति/दोष या मानसिक मंदता है? ☐ हाँ ☐ नहीं
(d) प्रस्तावित बीमित/प्रस्तावित धारक की अनुमानित आय क्या है?

10. प्रस्तावित बीमित का इस आवेदन को पूरा करते समय स्वास्थ्य की स्थिति क्या है?
____

11. कृपया नॉन-मेडिकल मामलों के संबंध में प्रस्तावित बीमित के वास्तविक शारीरिक माप प्रस्तुत करें:
ऊँचाई सेंटीमीटर में या फीट. इंच वजन किलोग्राम में या पाउंड

12. क्या यह आवेदन आवेदक की मौजूदा पॉलिसी का प्रतिस्थापन है? यदि हाँ, तो कृपया प्रतिस्थापन प्रश्नावली को पूरा करें। ☐ हाँ ☐ नहीं

13. क्या आवेदक को निम्नलिखित के बारे में सूचित किया गया है?
(a) शुल्क ☐ हाँ ☐ नहीं (b) समर्पण शुल्क ☐ हाँ ☐ नहीं
(c) पॉलिसी के अंतर्गत प्रीमियम और लाभ लागू कानूनों के अनुसार करों और शुल्कों के अधीन हैं। ☐ हाँ ☐ नहीं
(d) क्या अनुशंसित उत्पाद आवेदक की आवश्यकता, आय, जोखिम क्षमता और दीर्घकालिक वित्तीय लक्ष्य को ध्यान में रखते हुए उसके लिए उपयुक्त है? ☐ हाँ ☐ नहीं
(e) यूनिट-लिंक्ड बीमा उत्पाद में निवेश पोर्टफोलियो का निवेश जोखिम प्रस्तावित धारक द्वारा वहन किया जाता है (केवल यूनिट-लिंक्ड पॉलिसियों के लिए भरा जाए)। ☐ हाँ ☐ नहीं
(f) क्या यदि कुल प्रीमियम आवेदक की वार्षिक आय के 30% से अधिक है, तो क्या आप संतुष्ट हैं कि उत्पाद आवेदक की वित्तीय क्षमता के भीतर बेचा गया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

14. इस आवेदन को सभी कारकों, नैतिक जोखिम सहित, को ध्यान में रखते हुए स्वीकार करने की अनुशंसा करते हैं? ☐ हाँ ☐ 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? ☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रदान करें ______________________

प्रमाणीकरण: मैंने उपरोक्त जानकारी को सावधानीपूर्वक सुनिश्चित किया है और उन्हें दर्ज किया है। मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सभी उत्तर सत्य और सही हैं। दिनांक D D M M Y Y Y Y

____
आईए/एसपी/डीएम/आईएसपी/ब्रोकर के अधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर

1. कॉर्पोरेट एजेंट (सीए) या माइक्रो इंश्योरेंस एजेंट (एमआई) के मामले में, विनिर्दिष्ट व्यक्ति (एसपी) को हस्ताक्षर/मोहर करनी होगी और अपना विवरण प्रदान करना होगा।
2. ब्रोकर/आईएमएफ (बीमा विपणन फर्म) के मामले में, अधिकृत व्यक्ति को हस्ताक्षर करने होंगे और अपना विवरण प्रदान करना होगा।
3. संबंधित एजेंट को, जैसा कि ऊपर निर्दिष्ट किया गया है, केवाईसी, बीआई आदि जैसे सभी दस्तावेजों को अपने हस्ताक्षर और "मूल देखा एवं सत्यापित" के साथ प्रमाणित करना होगा।

____
सीए/ब्रोकर/आईएमएफ/माइक्रो इंश्योरेंस एजेंट की मोहर/स्टांप
(जहां से व्यवसाय का प्रस्ताव किया जा रहा है)

बिक्री प्रबंधन द्वारा भरा जाए

एजेंसी प्रबंधन को, जहां भी आवश्यक हो, निम्नलिखित की जाँच और प्रमाणित करनी होगी:

1. क्या वित्तीय सलाहकार के पास आवेदन पर हस्ताक्षर की तिथि को व्यक्तिगत जीवन बीमा लिखने का लाइसेंस था? ☐ हाँ ☐ नहीं
2. क्या आपने व्यक्तिगत रूप से इस आवेदन की समीक्षा की है? ☐ हाँ ☐ नहीं
3. क्या आप प्रस्तावित बीमित की पहचान से संतुष्ट हैं? ☐ हाँ ☐ 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 क्षमता के भीतर बेचा गया है? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ लागू नहीं
5. क्या अनुशंसित उत्पाद आवेदक की आयु, आवश्यकताएं, जोखिम क्षमता, आय, दीर्घकालिक वित्तीय लक्ष्य और दीर्घकालिक प्रीमियम भुगतान क्षमता को ध्यान में रखते हुए उपयुक्त है? यदि नहीं, तो कृपया कारण बताएं।. ☐ हाँ ☐ नहीं
____
6. क्या आवेदक को निम्नलिखित के बारे में सूचित किया गया है?
(a) शुल्क ☐ हाँ ☐ नहीं
(b) समर्पण शुल्क ☐ हाँ ☐ नहीं
(c) पॉलिसी के अंतर्गत प्रीमियम और लाभ लागू कानूनों के अनुसार करों और शुल्कों के अधीन हैं। ☐ हाँ ☐ नहीं
(d) यूनिट-लिंक्ड बीमा उत्पाद में निवेश पोर्टफोलियो का निवेश जोखिम प्रस्तावित धारक द्वारा वहन किया जाता है (केवल यूनिट-लिंक्ड बीमा उत्पाद के लिए भरा जाए)। ☐ हाँ ☐ नहीं
7. क्या आप सभी कारकों, नैतिक जोखिम सहित, को ध्यान में रखते हुए इस आवेदन की स्वीकृति की अनुशंसा करते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं
____

उपरोक्त समीक्षा के आधार पर मैं संतुष्ट हूं कि यह उत्पाद ग्राहक के लिए उपयुक्त है और अन्य बीमालेखन 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 ☐ प्रमाणित प्रतियाँ

केवाईसी सत्यापन किया गया	संस्था का विवरण
दिनांक: D D M M Y Y Y Y	नाम:
कर्मचारी का नाम:	कोड:
कर्मचारी कोड:	
कर्मचारी पदनाम:	
कर्मचारी शाखा:	

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

स्थायी निर्देश अधिदेश- PNB-स्वतः डेबिट / जेएंडके बैंक-स्वतः डेबिट / केबीएल-स्वतः डेबिट

लागू भुगतान विकल्प पर सही का निशान लगाएं जो आपके प्रारंभिक प्रीमियम और नवीकरण बीमा प्रीमियम का भुगतान करने के लिए है: ☐ PNB स्वतः डेबिट-एसआई प्रारंभिक प्रीमियम सहित

☐ जेएंडके बैंक स्वतः डेबिट-प्रारंभिक प्रीमियम सहित ☐ केबीएल-स्वतः डेबिट

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			
पॉलिसी/आवेदन संख्या		पैन (स्थायी खाता संख्या)	
मोबाइल नंबर		ईमेल	
भुगतान आवृत्ति	☐ मासिक ☐ त्रैमासिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ वार्षिक	राशि "आईएनआर" में जैसा कि आवेदन पत्र में उल्लिखित है	
स्थायी निर्देश प्रारंभ तिथि: ____ /____ /____ (DD/MM/YY)		स्थायी निर्देश समाप्ति तिथि: ____ /____ /____ (DD/MM/YY)	
(नोट - पहले प्रीमियम के लिए PNB स्वतः डेबिट/जेएंडके बैंक स्वतः डेबिट/केबीएल स्वतः डेबिट की प्रारंभ और समाप्ति तिथि बैंक रिकॉर्ड में मैंडेट बनाने की तिथि होगी)			

कृपया निम्नलिखित जानकारी भरें यदि चुना गया स्थायी निर्देश विकल्प PNB-स्वतः डेबिट या जेएंडके बैंक-स्वतः डेबिट या केबीएल-स्वतः डेबिट है

☐ हाँ, मैंने PNB-स्वतः डेबिट / PNB बैंक-स्वतः डेबिट / केबीएल-स्वतः डेबिट के लिए रद्द किए गए बैंक चेक की प्रति संलग्न कर दी है

बैंक खाता संख्या:		बैंक Sol Id *(केवल PNB खाते के लिए)	
बैंक रिकॉर्ड के अनुसार खाता धारक का नाम: (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ./कु.)		खाता प्रकार (कृपया एक का चयन करें)	☐ बचत ☐ टोटल फ्रीडम ☐ ओवरड्राफ्ट ☐ वेतन ☐ कैश क्रेडिट ☐ ऋण खाता ☐ अन्य
बैंक/शाखा का नाम और पता			
9 अंकों का MICR कोड		डेबिट शुरू करने की तिथि (कृपया एक का चयन करें)	☐ 1st ☐ 7th ☐ 15th ☐ 25th

पॉलिसी धारक द्वारा घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूं कि ऊपर 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 किए गए जीवन बीमा प्रस्ताव/पॉलिसी और राइडर (यदि कोई हो) पर और/या उनके अनुसार देय होगी। मैं समझता/समझती हूं और सहमत हूं कि मेरे खाते से डेबिट की जाने वाली प्रीमियम राशि कर संरचना 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 डेबिट करने में असमर्थ रहता है, तो मैं कंपनी को सीधे बीमा प्रीमियम का भुगतान करूंगा/करूंगी। मैं अपने बैंक खाते में किसी भी परिवर्तन के लिए कंपनी को भी सूचित करूंगा/करूंगी।

** राशि कर (लागू कर दरों में किसी भी परिवर्तन सहित लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं), काउंटर ऑफर, संशोधित प्रीमियम, अतिरिक्त बीमा/राइडर के कारण भिन्न हो सकती है।

कृपया ध्यान दें: स्टैंडिंग इंस्ट्रक्शन डेबिट की तिथि प्रीमियम देय तिथि या अगला बैंकिंग दिवस होगी, यदि देय तिथि बैंकिंग अवकाश है।.

नियम और शर्तें

प्रस्तावक/पॉलिसी धारक पुष्टि करता है, समझता है और सहमत होता है कि:

1. कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक के किसी भी अधिकार पर प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना, पॉलिसी मालिक कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक को किसी भी और सभी देयताओं, लागतों और खर्चों के विरुद्ध क्षतिपूर्ति करेगा और उन्हें हानिरहित रखेगा, जो प्रस्तावक/पॉलिसी मालिक की ओर से किसी भी चूक या कमीशन या लापरवाही के कृत्यों के कारण कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक को वहन करना पड़ सकता है।
2. यदि ग्राहक डायरेक्ट डेबिट अधिदेश को रद्द करना चाहता है, तो वह डायरेक्ट डेबिट अधिदेश की नियत तिथि से 15 दिन पहले PNB MetLife को लिखित सूचना देकर ऐसा कर सकता/सकती है और इसे PNB MetLife द्वारा बिना किसी अतिरिक्त शुल्क के प्रोसेस किया जाएगा।.
3. कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक किसी भी तरह से डायरेक्ट डेबिट निर्देश के निष्पादन न होने या निष्पादन 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।.
4. कंपनी को प्रीमियम भुगतान के लिए डायरेक्ट डेबिट/PNB-ऑटो डेबिट/जेएंडके बैंक ऑटो डेबिट/केबीएल ऑटो डेबिट सुविधा को सक्षम करने का अधिकार है और डायरेक्ट डेबिट/PNB-ऑटो डेबिट/जेएंडके बैंक ऑटो डेबिट/केबीएल ऑटो डेबिट अस्वीकृत होने की स्थिति में, देय प्रीमियम की वसूली के लिए उल्लिखित बैंक के साथ पॉलिसी मालिक/खाताधारक के खाते से पुनः डेबिट करने का अधिकार है।
5. PNB MetLife को ऑटो डेबिट अधिदेश के सत्यापन के लिए ग्राहक के खाते से रु. 1 डेबिट करने का अधिकार है, जिसे ग्राहक के खाते में वापस लौटा दिया जाएगा।
6. यदि डेबिट तिथि का चयन नहीं किया गया है, तो डेबिट तिथि पॉलिसी प्रभावी तिथि के आधार पर होगी। यदि डेबिट तिथि अवकाश का दिन है, तो डेबिट अगले कार्य दिवस के लिए शुरू किया जाएगा।

कृपया निम्न में से (✓) का चिह्न लगाएं:	☐ वर्नाकुलर	☐ अशिक्षित यदि चयनित है तो कृपया अतिरिक्त घोषणा फॉर्म भरें

घोषणा: इस अधिदेश की विषय-वस्तु मुझे मातृभाषा में पढ़कर 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 समझने के बाद प्रस्तुत किए हैं। मैं एतद्द्वारा यहाँ दी गई विषय-वस्तु को सत्य और सही होने का प्रमाणित करता/करती हूं।

ग्राहक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप: ____________________ दिनांक: ____________________

नाम: ____________________ स्थान: ____________________

उस व्यक्ति का नाम और प्रति-हस्ताक्षर जिसने ग्राहक को मातृभाषा में विषय-वस्तु समझाई है ....

पॉलिसी मालिक का प्राधिकार/अधिकार-पत्र

मैं यह घोषित करता/करती हूं कि मैंने डायरेक्ट डेबिट/PNB-ऑटो डेबिट/जेएंडके बैंक ऑटो डेबिट के लिए पंजीकरण किया है और मेरा प्रीमियम भुगतान आपके बैंक के उपरोक्त उल्लिखित खाते से किया जाएगा। मैं एतद्द्वारा इस डायरेक्ट डेबिट/PNB-ऑटो डेबिट/जेएंडके बैंक ऑटो डेबिट/केबीएल ऑटो डेबिट अधिदेश फॉर्म को ले जाने वाले प्रतिनिधि को इसे सत्यापित और/या निष्पादित करवाने का अधिकार देता/देती हूं।

खाताधारक के हस्ताक्षर (बैंक रिकॉर्ड के अनुसार): ____________________ खाता संख्या: ____________________

अधिदेश में नामित बैंक का प्रमाण-पत्र (डायरेक्ट डेबिट/PNB-ऑटो डेबिट/जेएंडके बैंक ऑटो डेबिट/केबीएल ऑटो डेबिट के मामले में भरा जाए))

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त अधिदेश के विवरण सही हैं, और बैंक खाताधारक के हस्ताक्षर हमारे रिकॉर्ड के अनुसार सत्य हैं और इस फॉर्म की विधिवत भरी गई एक प्रति हमें प्रस्तुत कर दी गई है।

बैंक की मोहर: बैंक के अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर: ____________________

स्थान: ____________________ दिनांक: ____________________

यदि चुना गया विकल्प PNB-ऑटो डेबिट है, तो कृपया नीचे दिए गए विवरण भी भरें।

हस्ताक्षर सत्यापन प्राधिकारी का जीवीपीए कोड: ____________________

संस्करण 4.0

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

एसीएच फॉर्म (स्वचालित समाशोधन गृह)

कृपया निम्नलिखित अनिवार्य क्षेत्र भरें – (1) दिनांक (2) बैंक खाता संख्या (3) बैंक का नाम (4) आईएफएससी/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 डेबिट शुरू किया जाना है

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

pnb MetLife

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 0 0 0 0 9 6 5 7

☑ सृजन ⊗ संशोधन ⊗ रद्द

प्रायोजक बैंक कोड: HDFC0000060

मैं/हम एतद्द्वारा प्राधिकृत करता हूं/करते हैं: **PNB MetLife इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड**

डेबिट करना (टिक ✓): बचत/चालू/क्रेडिट कार्ड/एसबी-एनआरई/एसबी-एनआरओ/अन्य

बैंक खाता संख्या:

बैंक का नाम: ग्राहक के बैंक का नाम

IFSC/MICR:

रुपये की राशि: ₹

डेबिट का प्रकार ☒ निश्चित 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 डेबिट के लिए सहमत हूं, जिसे मैंने बैंक की नवीनतम शुल्क अनुसूची के अनुसार मेरे खाते से डेबिट करने के लिए अधिकृत किया है।
2. यह पुष्टि करने के लिए है कि घोषणा को मैंने/हमने ध्यानपूर्वक पढ़ लिया है, समझ लिया है और स्वीकार किया है। मैं उपयोगकर्ता संस्था/कॉर्पोरेट को मेरे खाते से डेबिट करने के लिए अधिकृत कर रहा/रही हूं।
3. मैंने समझ लिया है कि मैं इस अधिदेश को रद्द/संशोधित करने के लिए अधिकृत हूं, जिसके लिए मुझे रद्दीकरण/संशोधन अनुरोध को उपयुक्त रूप से उपयोगकर्ता संस्था/कॉर्पोरेट या उस बैंक को संप्रेषित करना होगा जहां मैंने डेबिट 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

फ़ोन नंबर

बैंक रिकॉर्ड के अनुसार नाम 1. ____ बैंक रिकॉर्ड के अनुसार नाम 2. ____ बैंक रिकॉर्ड के अनुसार नाम 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:

1. कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक के किसी भी अधिकार पर प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना, प्रस्तावित मालिक कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक/उनके कर्मचारियों को किसी भी और सभी देयताओं, लागतों और खर्चों के विरुद्ध क्षतिपूर्ति करेगा और उन्हें हानिरहित रखेगा, जो प्रस्तावक/पॉलिसी मालिक की ओर से किसी भी चूक या कमीशन या लापरवाही के कृत्यों के कारण कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक को वहन करना पड़ सकता है।
2. यदि ग्राहक एसीएच अधिदेश को रद्द करना चाहता है, तो वह एसीएच अधिदेश की नियत तिथि से 15 दिन पहले PNB MetLife को लिखित सूचना देकर ऐसा कर सकता/सकती है और इसे PNB MetLife द्वारा बिना किसी अतिरिक्त शुल्क के प्रोसेस किया जाएगा।
3. कंपनी/इसके अधिकृत सेवा प्रदाता/बैंक किसी भी तरह से डायरेक्ट डेबिट निर्देश के निष्पादन न होने या निष्पादन 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।
4. कंपनी को प्रीमियम भुगतान के लिए एसीएच सुविधा को सक्षम करने का अधिकार है और एसीएच अस्वीकृत होने की स्थिति में, देय प्रीमियम की वसूली के लिए उल्लिखित बैंक के साथ प्रस्तावित मालिक/खाताधारक के खाते से पुनः डेबिट करने का अधिकार है।
5. कंपनी एसीएच मोड के रद्दीकरण के लिए कोई अतिरिक्त शुल्क नहीं लगाती है/पॉलिसी के अंतर्गत देय लाभों 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 विनिर्देश के अनुसार निर्धारित वृद्धि और भुगतान आवृत्ति में परिवर्तन के कारण प्रीमियम में किसी भी वृद्धि को समायोजित करने के लिए उच्च राशि लिखी जानी चाहिए।
6. यदि डेबिट तिथि का चयन नहीं किया गया है, तो डेबिट तिथि पॉलिसी प्रभावी तिथि के आधार पर होगी। यदि डेबिट तिथि अवकाश का दिन है, तो डेबिट अगले कार्य दिवस के लिए शुरू किया जाएगा।

पॉलिसी मालिक द्वारा घोषणा

मैं/हम यहां उल्लिखित सभी नियमों और शर्तों को पढ़ने और स्वीकार करने के बाद PNB MetLife India Insurance Company Limited की ऑटो डेबिट सुविधा के लिए आवेदन करता हूं/करते हैं। मैं/हम एतद्द्वारा घोषणा करता हूं/करते हैं कि इस फॉर्म में दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं। मैं/हम उपरोक्त उल्लिखित बैंक को इस सेवा के लिए लागू किसी भी शुल्क के लिए मेरे खाते से डेबिट करने का भी अधिकार देता हूं/देते हैं।

☐ हां, मैंने/हमने खाताधारक का पूर्व-मुद्रित नाम और बैंक खाता संख्या वाला रद्द किया गया चेक संलग्न किया है

☐ हां, मैंने/हमने रद्द किया गया चेक के साथ बैंक खाता विवरण / पासबुक की प्रति संलग्न की है (केवल तब, जब रद्द किए गए चेक पर खाता विवरण पूर्व-मुद्रित नहीं हैं)

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	किसी पुराने अधिदेश का प्रयोग न करें
केवल अधिदेश के मूल फॉर्म का प्रयोग करें	अधिदेश की फ़ोटोकॉपी का प्रयोग न करें
हस्ताक्षर बैंक खाते के हस्ताक्षर से मेल खाने चाहिए	हस्ताक्षर बैंक खाते के हस्ताक्षर से भिन्न नहीं होने चाहिए
नाम बैंक खाते के नाम से मेल खाना चाहिए	नाम बैंक खाते के नाम से भिन्न नहीं होना चाहिए
खाता संख्या सही होनी चाहिए	अपना खाता संख्या लिखते समय गलतियों से बचें
फॉर्म के साथ एक रद्द किया गया चेक प्रदान करें	फॉर्म पर काटने या ऊपर लिखने से बचें
प्रोप्राइटर खाते में कंपनी की मोहर अनिवार्य है	कंपनी की मोहर के बिना फॉर्म भेजने से बचें

संस्करण 4.0

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.

पावती

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, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117 वर्गीकरण संख्या. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल, टैक्नीप्लेक्स - 1, टैक्नीप्लैक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरेगांव (पश्चिम), मुम्बई - 400062 . फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स : +91-22-41790203

आवेदन संख्या

समाधान संख्या

"खाता 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 ☐ बैंक ड्राफ्ट ☐

चेक/ड्राफ्ट संख्या:	बैंक का नाम:	चेक/ड्राफ्ट दिनांक:

<u>महत्वपूर्ण:</u>

1. सभी रसीदें/परक्राम्य लिखत वसूली के अधीन हैं।
2. जोखिम की स्वीकृति पॉलिसी के नियम एवं शर्तों के अधीन है।
3. यूनिट लिंक्ड पॉलिसियों के लिए, एनएवी का आवंटन PNB MetLife द्वारा ग्राहक से सीधे या विक्रेताओं 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।
4. प्रीमियम का भुगतान पॉलिसी की देय तिथि से पहले किए जाने पर उसका आवंटन पॉलिसी की देय तिथि को किया जाएगा।
5. पॉलिसी की देय तिथि से 180 दिनों के भीतर भुगतान किए गए प्रीमियम का आवंटन प्रीमियम भुगतान की तिथि के अगले कार्य दिवस को किया जाएगा।
6. 180 दिनों की देय तिथि के बाद व्यपगत (लैप्स्ड) पॉलिसी में भुगतान किए गए प्रीमियम का आवंटन सभी पुनर्स्थापन आवश्यकताओं की पूर्ति और पीएमएलआई द्वारा समीक्षा के बाद किया जाएगा।
7. हमारे निकटतम 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।
8. 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 बिक्री 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: ________________

ग्राहक सेवा
टोल फ्री नंबर
1-800-425-6969

हमें ई-मेल करें
indiaservice@pnbmetlife.co.in

हमें यहाँ लिखें
PNB MetLife India Insurance Co. Ltd., कार्यालय
यूनिट नंबर 101, पहली मंजिल, टेक्निप्लेक्स-1,
टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, सावरकर फ्लाईओवर के पास,
एस वी रोड, गोरेगांव (पश्चिम)

संस्करण 1.2

This Hindi Form has been translated from English Form and in case of any disconnect between these two Forms, the content of the English Form shall prevail.