

Policy Owner Change Request Form / पॉलिसी धारक परिवर्तन अनुरोध प्रपत्र

Policy 1: <input type="text"/>	Policy 2: <input type="text"/>	Date of request submission: <input type="text"/>
पॉलिसी संख्या 1: <input type="text"/>	पॉलिसी संख्या 2: <input type="text"/>	अनुरोध जमा करने का दिनांक: <input type="text"/>
Policy 3: <input type="text"/>		
पॉलिसी संख्या 3: <input type="text"/>		
Name of the Existing Policyholder: <input type="text"/>		
मौजूदा पॉलिसी स्वामी का नाम: <input type="text"/>		
Contact Number (Mandatory): <input type="text"/>	Email ID: <input type="text"/>	
संपर्क नंबर (अनिवार्य): <input type="text"/>	ईमेल आईडी: <input type="text"/>	

Proposed Policyholder / प्रस्तावित पॉलिसी स्वामी	
Title (Mr./Mrs./Ms./Dr.) / श्री/श्रीमती/श्री/डॉ.	<input type="text"/>
Name / नाम	<input type="text"/>
Father's Name (Mr./ Dr.) / पिता का नाम (श्री/डॉ.)	<input type="text"/>
Spouse Name (Mr./ Mrs./ Dr.) / जीवनसाथी का नाम (श्री/श्रीमती/डॉ.)	<input type="text"/>
Gender / लिंग	<input type="text"/>
Marital Status / वैवाहिक स्थिति	<input type="text"/>
Relationship with Life Assured / जीवन बीमित के साथ संबंध	<input type="text"/>
Relationship with existing policyholder / मौजूदा पॉलिसी स्वामी के साथ संबंध	<input type="text"/>
Complete Address of Proposed Policyholder / प्रस्तावित पॉलिसी स्वामी का पूरा पता	<input type="text"/>
Date of Birth / जन्म तिथि	<input type="text"/>
Nationality / राष्ट्रियता	<input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Non-Resident Indian <input type="checkbox"/> Foreign National If a Non-Resident Indian or Foreign National, please mention the country you reside in _____ <input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> गैर-निवासी भारतीय <input type="checkbox"/> विदेशी नागरिक यदि कोई गैर-निवासी भारतीय या विदेशी नागरिक है, तो कृपया उस देश का उल्लेख करें, जिसमें आप निवास करते हैं _____
PAN/ Form 60 / पैन/फॉर्म 60	<input type="text"/>
Occupation details including Annual Gross Income / वार्षिक सकल आय सहित व्यवसाय के विवरण	<input type="text"/>
Income Proof (only if annual premium is > 3 Lacs) / आय का प्रमाण (केवल तभी जब प्रीमियम > 3 लाख)	<input type="text"/>
Contact No. / संपर्क नं.	<input type="text"/>



I _____ declare that I am proposing this change of Policyholder after fully understanding the legal implications of such a change.
 मैं _____ यह घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसी स्वामी के इस परिवर्तन का प्रस्ताव, ऐसे परिवर्तन के कानूनी परिणामों को पूरी तरह समझने के बाद ही कर रहा/रही हूँ।

Are you or your family member/ close associate is politically exposed person (PEP)*? If yes, please fill PEP Questionnaire

क्या आप या आपके परिवार का सदस्य/ निकट रूप से संबद्ध व्यक्ति राजनीति क रूप से संबंधित व्यक्ति (पीईपी)* है? यदि हां, तो कृपया पीईपी प्रश्नावली भरें

*Individuals who are or have been entrusted with prominent public functions domestically or by a foreign country, which may include Heads of State or of government, senior politicians (Members of Political parties contested in elections of Local bodies/Legislature/Parliament or Nominated), senior government (All Secretary levels), judicial or military officials (Ranks Equivalent to Major and above), senior executives of state owned corporations, important political party officials. Individuals who are or have been entrusted with a prominent function by an international organization, refers to members of senior management or individuals who have been entrusted with equivalent functions, i.e. directors, deputy directors and members of the board or equivalent functions.

*ऐसे व्यक्ति जिन्हें घरेलू रूप से या किसी विदेशी राष्ट्र द्वारा प्रमुख सार्वजनिक कार्यों का दायित्व दिया गया हो, जिसमें राज्य या सरकार का प्रमुख, वरिष्ठ राजनीतिज्ञ (स्थानीय निकायों/कार्यपालिका/संसद के चुनावों में भाग ले चुकी राजनीति क पार्टियों के सदस्य या नामांकित व्यक्ति), वरिष्ठ सरकारी, (सभी सचिव स्तरों के), न्यायिक या सैनिक अधिकारी (मेजर और इससे ऊपर के स्तर की रैंक), राज्य के स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ कार्यकारी, राजनीति क पार्टी के महत्वपूर्ण अधिकारी शामिल हो सकते हैं। ऐसे व्यक्तियों को, जिन्हें किसी अंतरराष्ट्रीय संगठन द्वारा किसी प्रमुख कार्य का दायित्व दिया गया हो, वरिष्ठ प्रबंधन या व्यक्तियों को संदर्भित किया जाता है, जिन्हें समतुल्य कार्यों का दायित्व दिया गया हो, उदा. डायरेक्टर, डिप्टी डायरेक्टर और समतुल्य कार्यों के बोर्ड के सदस्य।

Family members are individuals who are related to a PEP either directly (consanguinity) or through marriage or similar (civil) forms of partnership.

पारिवारिक सदस्य वे व्यक्ति हैं जो किसी पीईपी से या तो सीधे (समरक्तता) या विवाह या साझादारी के समान (नागरिक) स्वरूप के माध्यम से संबंधित हैं।

Close associates are individuals who are closely connected to a PEP, either socially or professionally.

निकट संबद्ध व्यक्ति वे व्यक्ति हैं, जो किसी पीईपी से सामाजिक रूप से या पेशावरूप से नज़दीकी रूप से संबद्ध हैं।

Please Note / कृपया ध्यान दें:

- Walk-in is mandatory for submitting request for change of Policyholder and the same should be received only from the legal heirs or proposed policyholder only at PNB MetLife branches

पॉलिसी स्वामी में परिवर्तन का अनुरोध सबमिट करने के लिए मूल पॉलिसी दस्तावेज़ के साथ स्वयं-आना अनिवार्य है और यह पीएनबी मेटलाइफ की शाखाओं पर कानूनी उत्तराधिकारियों या प्रस्तावित पॉलिसी स्वामी की ओर से प्राप्त होना चाहिए

- Mandatory documents to be submitted along with this form:

इस फॉर्म के साथ सबमिट किए जाने वाले अनिवार्य दस्तावेज़:

- Death certificate of the existing policyholder (Original to be shown at the time of request submission for verification)
मौजूदा पॉलिसी स्वामी का मृत्यु प्रमाणपत्र (अनुरोध सबमिशन के समय सत्यापन के लिए मूल दस्तावेज़ दिखाया जाना चाहिए)
- Succession Certificate / Legal heirship certificate issued by Court/ Indemnity bond in the prescribed format of PMLI
 उत्तराधिकार प्रमाणपत्र / न्यायालय द्वारा जारी कानूनी उत्तराधिकार प्रमाणपत्र/ पीएमएलआई के निर्धारित प्रारूप में क्षतिपूर्ति बांड
- Self-attested copies of Know your Customer (KYC) documents - Age proof, signature proof, address proof, identity proof of the proposed policyholder. Originals to be shown at the time of request submission for verification
अपने ग्राहक को जानिए (केवाईसी) दस्तावेज़ों की स्व-अभिप्रमाणित प्रतियां- आयु का प्रमाण, हस्ताक्षर का प्रमाण, पते का प्रमाण, प्रस्तावित पॉलिसी स्वामी का पहचान का प्रमाण. अनुरोध सबमिशन के समय सत्यापन के लिए मूल दस्तावेज़ दिखाया जाना चाहिए

- Income proof of the proposed policyholder if annual premium is > 3,00,000/-

प्रस्तावित पॉलिसी स्वामी का आय का प्रमाण यदि वार्षिक प्रीमियम > 3,00,000/- रुपये

- Original policy document. In case original policy document is not available, original KYC of the deceased PO to submitted in original मूल पॉलिसी दस्तावेज। मूल पॉलिसी दस्तावेज उपलब्ध न होने पर मृतक पीओ का मूल केवाईसी मूल रूप में सबमिट किया जाए

3. In case the policy is absolutely / conditionally assigned, the request for change of policyholder should be received only from the legal heirs of the assignee. In case of conditional assignment, a confirmation from assignee also needs to be attached with this request stating his/ her confirmation to abide by condition mentioned during assignment of such policy

पॉलिसी के पूर्ण / सशर्त समनुदेशन होने की स्थिति में, पॉलिसी स्वामी के परिवर्तन का अनुरोध केवल समनुदेशिनी के कानूनी वारिसों की ओर से ही प्राप्त होना आवश्यक है। सशर्त समनुदेशन की स्थिति में, इस अनुरोध के साथ पॉलिसी के समनुदेशन के दौरान उल्लिखित शर्तों के अनुपालन की उसकी स्वीकृति बताते हुए समनुदेशिनी की ओर से यह पुष्टि भी संलग्न की जानी चाहिए

Bank Account Details:

बैंक अकाउंट ब्यौरा:

- Proposed Policyholder/ Claimant name as per Bank records:
बैंक के रिकॉर्ड के अनुसार प्रस्तावित पॉलिसीधारक/दावाकर्ता का नाम:
- Bank Name:
बैंक का नाम:
- Branch Name:
ब्रांच का नाम:
- Bank Account No:
बैंक अकाउंट नम्बर:
- IFSC Code: MICR Code:
आईएफएससी कोड: एमआईसीआर कोड:
- Bank Account Type: Savings Current NRE* NRO
बैंक अकाउंट प्रकार: सेविंग करंट एनआरई* एनआरओ

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. *In case of NRE customer, please provide the Customer Declaration - Repatriation Request & Bank Certificate of all premiums being paid through NRE account for Repatriation OR Bank statement reflecting all premium paid entries.

नोट: कृपया एक रद्द किया गया बैंक/बैंक पास बुक की कॉपी/ बैंक स्टेटमेंट की कॉपी सबमिट करें जिस पर पहले से ही अकाउंट नम्बर, पॉलिसीधारक का नाम तथा आईएफएससी कोड नम्बर प्रिंट किया गया हो। कृपया ब्रांच में सत्यापन के लिए अपने मूल दस्तावेज साथ लेकर आएं। *एनआरई ग्राहक के मामले में, कृपया ग्राहक - प्रत्यावर्तन के लिए एनआरई अकाउंट के माध्यम से भुगतान किए जा रहे सभी प्रीमियमों का प्रत्यावर्तन अनुरोध तथा बैंक प्रमाणपत्र या सभी प्रीमियम भुगतान प्रविष्टियों को दर्शाने वाला बैंक विवरण प्रदान करें।

Details of Nominee / नामिती के विवरण								
Particulars / विवरण	Nominee 1 / नामिती 1		Nominee 2 / नामिती 2		Nominee 3 / नामिती 3		Nominee 4 / नामिती 4	
(a) Name (Mr./Mrs./Ms./Dr./Master) नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ./मास्टर)								
(b) Father's / Husband's Name (Mr./ Dr.) पिता / पति का नाम (श्री/ डॉ)								
(c) Date of Birth / जन्म तिथि								
(d) Gender / लिंग	<input type="checkbox"/> Male पुरुष	<input type="checkbox"/> Female महिला	<input type="checkbox"/> Male पुरुष	<input type="checkbox"/> Female महिला	<input type="checkbox"/> Male पुरुष	<input type="checkbox"/> Female महिला	<input type="checkbox"/> Male पुरुष	<input type="checkbox"/> Female महिला
(e) Nationality (Indian/ NRI Foreign National) राष्ट्रीयता (भारतीय / एनआरआई विदेशी नागरिक)								
If a Non-Resident Indian or Foreign National, please mention the country you reside in यदि कोई गैर-निवासी भारतीय या विदेशी नागरिक है, तो कृपया उस देश का उल्लेख करें, जिसमें आप निवास करते हैं								
(f) Marital Status / वैवाहिक स्थिति	<input type="checkbox"/> Single एकल	<input type="checkbox"/> Married विवाहित	<input type="checkbox"/> Single एकल	<input type="checkbox"/> Married विवाहित	<input type="checkbox"/> Single एकल	<input type="checkbox"/> Married विवाहित	<input type="checkbox"/> Single एकल	<input type="checkbox"/> Married विवाहित
	<input type="checkbox"/> Divorced तलाकशुदा	<input type="checkbox"/> Widowed विधवा	<input type="checkbox"/> Divorced तलाकशुदा	<input type="checkbox"/> Widowed विधवा	<input type="checkbox"/> Divorced तलाकशुदा	<input type="checkbox"/> Widowed विधवा	<input type="checkbox"/> Divorced तलाकशुदा	<input type="checkbox"/> Widowed विधवा
(g) Relationship with proposed Policyholder प्रस्तावित पॉलिसी स्वामी के साथ संबंध								
(h) % Nominee Share / % नामिती का अंश								
(i) Mobile # / मोबाइल #								
(j) E-mail id / ईमेल आईडी								
(k) Mailing Address with City, State, Country and Pin code शहर, राज्य, देश और पिन कोड के साथ डाक का पता								
(l) Occupation/ service / Business / Self Employed / Professional Student / Retired / Homemaker / other (specify) वृत्तिक / सेवा / व्यवसाय / स्व-व्यवसाय / पेशेवर विद्यार्थी / सेवानिवृत्त/ गृहिणी/ अन्य (निर्दिष्ट करें)								

Details of Appointee (To be filled only if the Nominee is a minor). Appointee must not be the Proposed Policyholder

नियुक्त व्यक्ति का विवरण (केवल तभी भरें, जबकि नामिती अवयस्क हो)। नियुक्त व्यक्ति प्रस्तावित बीमित व्यक्ति नहीं होना चाहिए

a) Name (Mr./Mrs./Ms./Dr.) नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ.)		b) Date of Birth जन्म तिथि	<input type="text"/>
c) Marital Status वैवाहिक स्थिति	<input type="checkbox"/> Single एकल	<input type="checkbox"/> Married विवाहित	<input type="checkbox"/> Divorced तलाकशुदा
d) Gender लिंग	<input type="checkbox"/> Male पुरुष	<input type="checkbox"/> Female महिला	
e) Relationship with Nominee नामित व्यक्ति के साथ संबंध		f) Mobile # मोबाइल #	<input type="text"/>
g) Nationality (<input type="checkbox"/> Indian/ <input type="checkbox"/> Non-Resident Indian/ <input type="checkbox"/> Foreign National) If a Non-Resident Indian or Foreign National, please mention the country you reside in राष्ट्रीयता (<input type="checkbox"/> भारतीय/ <input type="checkbox"/> गैर-निवासी भारतीय / <input type="checkbox"/> विदेशी नागरिक) यदि कोई गैर-निवासी भारतीय या विदेशी नागरिक है, तो कृपया उस देश का उल्लेख करें, जिसमें आप निवास करते हैं			
h) Mailing Address डाक का पता			

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 any incorrect or incomplete information contained herein. I also understand that PNB MetLife may try to contact on the registered number and the request may get rejected in case of non-contact ability. I understand and I agree that the decision of PNB MetLife in this regard shall be final and binding on me.

मैं एतद्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने अनुरोध के लिए लागू नियमों और शर्तों सहित पॉलिसी के सभी नियमों और शर्तों को पढ़ और समझ लिया है। मैं यह समझता/समझती हूँ और स्वीकार करता/करती हूँ कि मेरा अनुरोध पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार संसाधित किया जाएगा और यह कि इसमें शामिल किसी भी गलत या अपूर्ण जानकारी सहित इस अनुरोध से उत्पन्न सभी परिणामों की जिम्मेदारी पूरी तरह मेरी होगी। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि पीएनबी मेटलाइफ़ पंजीकृत नंबर पर संपर्क करने का प्रयास कर सकता है और अनुबंध करने की योग्यता नहीं होने की स्थिति में अनुरोध अस्वीकार किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ और स्वीकार करता/करती हूँ कि इस संबंध में पीएनबी मेटलाइफ़ का निर्णय अंतिम और सुझ पर बाध्यकारी होगा।

Signature of Legal Heir/ Proposed Policyholder

कानूनी वारिस/ प्रस्तावित पॉलिसी स्वामी के हस्ताक्षर

Place: _____

स्थान: _____

(Signature of Legal Heir of Assignee), only in case of assignment

(समनुदेशिती के कानूनी वारिस के हस्ताक्षर), केवल समनुदेशन की स्थिति में

Place: _____

स्थान: _____

Vernacular Declaration - To be filled in case Policyholder's signature is in vernacular or in the form of a Left-hand thumb impression: I hereby declare that, I have fully explained the contents of the Application to the Applicant/Policyholder in the language understood by him/ her. The same have been fully understood by the Applicant/ Policyholder and the replies have been recorded by the Applicant/ Policyholder in language. I have recorded the replies as per the information/ instruction provided by the Applicant/ Policyholder and the replies have been read out to, fully understood and confirmed by him/ her.

स्थानीय भाषा की घोषणा - पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर स्थानीय भाषा में या बाएं हाथ के अंगूठे के निशान के रूप में भरे जाने की स्थिति में भरा जाना है: मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने आवेदन की विषयवस्तु आवेदक/पॉलिसी स्वामी को उसे समझ में आने वाली भाषा में पूरी तरह समझा दी है। उसे आवेदक/पॉलिसी स्वामी द्वारा पूरी तरह समझ लिया गया है और आवेदक/पॉलिसी स्वामी द्वारा दिए गए उत्तर भाषा में रिकार्ड किए गए हैं। मैंने आवेदक/पॉलिसी स्वामी द्वारा दी गई सूचना/निर्देशों के अनुसार उत्तर रिकार्ड किए हैं और उसे उत्तर पढ़कर सुना दिए गए हैं, उसके द्वारा पूरी तरह समझ लिए गए हैं और पुष्टि कर दी गई है।

Name of Declarant: _____

घोषणाकर्ता का नाम: _____

Date: DD-MM-YYYY Place: _____

Signature: _____

दिनांक: DD-MM-YYYY स्थान: _____

हस्ताक्षर: _____

To be filled by Branch Services (Mandatory)

शाखा सेवा द्वारा भरा जाएगा- अनिवार्य

Request received from: Walk-in customer/ CAMS/ Bank

इससे अनुरोध प्राप्त हुआ: वॉक-इन ग्राहक/ सीएएमएस/ बैंक

ACKNOWLEDGEMENT-SLIP

प्राप्ति अभिस्वीकृति पर्ची

Received a request for _____ against Policy Number _____

इसके लिए एक अनुरोध प्राप्त हुआ

इस पॉलिसी नंबर के लिए

on _____ at _____ am/pm

इस पर

इतनी बजे

पूर्वाह्न/अपराह्न

Employee Code _____

Employee Name _____

कर्मचारी कोड

कर्मचारी का नाम

Date and time Stamp / Seal of Branch.

तारीख और समय मुहर / शाखा की सील

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India Registration number 117. CI No.

U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor,

Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

पीएनबी मेटलाइफ़ इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

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

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

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