

# Customer Details and Policy Feature Change Request Form



## ಗ್ರಾಹಕರ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯದ ಬದಲಾವಣೆ ವಿನಂತಿ ಫಾರ್ಮ್

Photograph of Policyholder  
ಪಾಲಿಸಿದಾರರ  
ಛಾಯಾಚಿತ್ರ

Policy Details: \*Policy Number: \_\_\_\_\_  
ಪಾಲಿಸಿ ವಿವರಗಳು: \*ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

\*Date: \_\_\_\_\_  
\*ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_

\*\*Application Number (Mera Mediclaim Plan): \_\_\_\_\_

\*\*ಆರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ (ಮೇಲಾ ಮೆಡಿಕಲೈಮ್ ಯೋಜನೆ): \_\_\_\_\_

\*Name of the Policyholder: \_\_\_\_\_

\*ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

\*Gender:  Male  Female  Transgender

\*ಲಿಂಗ:  ಪುರುಷ  ಮಹಿಳೆ  ದ್ವಿಲಿಂಗಿ

\*Mobile Number: \_\_\_\_\_ Email ID: \_\_\_\_\_ #PAN No / Form 60: \_\_\_\_\_

\*ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: \_\_\_\_\_ #ಪಾನ್ ನಂ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60: \_\_\_\_\_

\*#Aadhaar No: \_\_\_\_\_

\*#ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

\*All fields are mandatory

\*ಎಲ್ಲಾ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿವೆ

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

#ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿದ ಪಾನ್ / ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ ನವೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಪಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ನಕಲನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ.

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

\*\*Application number to be updated for Mera Mediclaim Plan

\*#ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಕೊನೆಯ 4 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನಮೂದಿಸಬೇಕು.

\*\*ಮೇಲಾ ಮೆಡಿಕಲೈಮ್ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ ಆಪ್‌ಡೇಟ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಆರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ

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

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳು: ಈ ಪಾಲಿಸಿಯಿಂದ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಎನ್‌ಐಎಫ್‌ಟಿ ಮೂಲಕ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ

\* Policyholder name as per Bank records: \_\_\_\_\_  
ಬ್ಯಾಂಕ್ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

\* Bank Name: \_\_\_\_\_ Branch Name: \_\_\_\_\_  
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_ ಶಾಖೆ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

\* Bank Account No: \_\_\_\_\_  
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

\* Bank Account Type: Savings  Current  NRE  NRO

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: ಉಳಿತಾಯ  ಚಾಲ್ತಿ  ಎನ್ ಆರ್ ಇ  ಎನ್ ಆರ್ ಓ

\* IFSC Code: \_\_\_\_\_ MICR Code: \_\_\_\_\_

ಐ ಎಫ್‌ಎಸ್ ಸಿ ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_ ಎಂ ಐ ಸಿ ಆರ್ ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_

**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.

**ಗಮನಿಸಿ:** ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ ಪುಸ್ತಕ/ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪುಸ್ತಕ/ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ-ಮುದ್ರಿಸಿದ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ, ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಐಎಫ್‌ಎಸ್ ಸಿ ಕೋಡ್ ಹೊಂದಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಟೇಟ್ ಮೆಂಟ್ ಅನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿ. ಶಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಶೀಲನೆಗಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗಿ.

**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

**ಒಂದು ವೇಳೆ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಮೂರನೇ-ಪಕ್ಷಿ ತಿಳಿಯ ಮೂಲಕ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದ್ದರೆ,** ಪಾಲಿಸಿ ದಾರರ ಅಥವಾ ಅನ್ವೇಷಕರ ಅನುಮೋದನೆ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಅನ್ವೇಷಕರ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿ ದಾರರ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿ. ಅಥವಾ ಪ್ರತಿವೇಶನ ಲಾಗಿನ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿದ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಟೇಟ್ ಮೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿ ದಾರರ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿ. ಅಥವಾ ಪ್ರತಿವೇಶನ ಲಾಗಿನ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿದ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿ ದಾರರ ಮೂಲ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್/ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್\*/ ವಾಹನ ಚಾಲನೆಯ ಪರವಾನಗಿಯಂತಹ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ, ಮೂಲಕರು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಇದೇ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗಬೇಕು ಮತ್ತು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು. \*ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಆಧಾರ್ ನಂ ಮೊದಲ 8 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದರೆ. ಮರಮಾಚಿಲು

## Section A: Change in Personal Details ವಿಭಾಗ A: ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳ ಬದಲಾವಣೆ

Address/Contact details updation: Please tick as applicable: (V):  Mailing Address  Permanent Address  Both   
 ವಿಳಾಸ/ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳ ನವೀಕರಿಸುವಿಕೆ: ದಯವಿಟ್ಟು ಅನ್ವಯಿಸಿರುವ ಪ್ರಕಾರ  ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ  ಸ್ಥಾಯಿ ವಿಳಾಸ  ಎರಡೂ   
ಟಿಕ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ: (✓):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Office No.: \_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_ Alternate No.: \_\_\_\_\_  
ಕಛೇರಿ ಸಂ: \_\_\_\_\_ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂ: \_\_\_\_\_ ಪರ್ಯಾಯ ಸಂ: \_\_\_\_\_  
Email ID: \_\_\_\_\_ Alternate Email ID: \_\_\_\_\_ Residence No: \_\_\_\_\_  
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: \_\_\_\_\_ ಪರ್ಯಾಯ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: \_\_\_\_\_ ಮನೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

- \* 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   
ನೀವು ಪರಿಷರದ ಕುರಿತು ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ ಅನ್ನು ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಿ ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲಿ ನೀವು ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಂವಹನಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಭೌತಿಕ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಸಂವಹನಗಳನ್ನು ಕಳುಹಿಸುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- \* Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above.  
ಸ್ವಯಂ-ಸೇವಾಗಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಪಿಪಿ ಬಳಕೆದಾರ ಐಡಿ/ಪಾಸ್ ವರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ರಚಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- \* 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  
ಹೊಸ ವಿಳಾಸವು ಭಾರತವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ಎಫ್‌ಎಟಿಎ / ಸಿಆರ್‌ಎಸ್ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ವಿನಂತಿಯೊಂದಿಗೆ ಪ್ರವೇಶ ಮತ್ತು ನಿರ್ಗಮನ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ಮಾನ್ಯವಾದ ಸ್ವಯಂ-ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು

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

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ಮೆಹಜಾ ಟವರ್ಸ್ ರಜಕಾ ಎವರ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ರ ಅಥವಾ ಮಹಡಿ, ಟಿಕ್ ಟ್, -1, ಟಿಕ್ ಟ್, ಟ್, ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

**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).

**ಗಮನಿಸಿ:** ಹೊಸ ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸಕ್ಕಾಗಿ ಪಿ ಎಂ ಎಲ್ ಐ ಗೆ ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹವಾದ ಸ್ವಯಂ-ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಳಾಸದ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿ. (ಪರಿಹಾರದ ಉತ್ಪನ್ನಗಳಿಗಾಗಿ, ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತವೆ).

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.

ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹ ವಿಳಾಸ ಪ್ರಮಾಣಗಳು - ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್\*, ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್, ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ, ಮತದಾರರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ, ಎನ್‌ಆರ್‌ಇಜಿಎ ಜಾಯ್ ಕಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೋಂದಣಿಯು ನೀಡಿದ ಪತ್ರ ಮತ್ತು ಭಾಯಾಚಿತ್ರದೊಂದಿಗೆ 'ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸದ' ವಿವರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

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

\*ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೊದಲ 8 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮರೆಮಾಚಬೇಕು

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

ಹೆಸರಿನ ಬದಲಾವಣೆ ಗಾಗಿ ವಿನಂತಿ: **ದಯವಿಟ್ಟು ಅನ್ವಯಿಸುವ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಟಿಕ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ: (V) :** ಪಾಲಿಸಿದಾರರು/ ವಿಮೆಯ ವ್ಯಕ್ತಿ  ಯೋಜಿತರು / ಫಲಾನುಭವಿ / ತಂದೆ

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

ಈ ಹೆಸರಿಂದ ಬದಲಾಯಿಸಬೇಕು: \_\_\_\_\_

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

ಈ ಹೆಸರಿಗೆ ಬದಲಾಯಿಸಬೇಕು: \_\_\_\_\_

**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.

**ಗಮನಿಸಿ:** ವಿವಾಹದ ನಂತರದ ಅಡ್ಡಹೆಸರಿನ ಬದಲಾವಣೆಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ವಿವಾಹ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ. ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿನಂತಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿನಂತಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಗಾಜೆಟ್ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಅಥವಾ ಸುದ್ದಿ ಪತ್ರಿಕೆಯ ಜಾರ್ಜ್ ರಾಶನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ. ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಹೆಸರಿನ ತಿದ್ದುಪಡಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪಿ ಎಂ ಎಲ್ ಐ ಗೆ ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹವಾದ ಸ್ವಯಂ-ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಗುರುತಿನ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ.

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

ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹ ವಿಳಾಸ ಪ್ರಮಾಣಗಳು - ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ \*, ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್, ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ, ಮತದಾರರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ, ಎನ್‌ಆರ್‌ಇಜಿಎ ಜಾಯ್ ಕಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೋಂದಣಿಯು ನೀಡಿದ ಪತ್ರ ಮತ್ತು ಭಾಯಾಚಿತ್ರದೊಂದಿಗೆ 'ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸದ' ವಿವರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್

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

\*ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೊದಲ 8 ಅಂಕಗಳನ್ನು ಮರೆಮಾಚಬೇಕು

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

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

ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ: **ದಯವಿಟ್ಟು ಅನ್ವಯಿಸುವ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಟಿಕ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ: (V):**

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

**ಗಮನಿಸಿ:** ಹೊಸ ಜನ್ಮದಿನಾಂಕಕ್ಕಾಗಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪಿ ಎಂ ಎಲ್ ಐ ಗೆ ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹವಾದ ಸ್ವಯಂ-ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಯಸ್ಸಿನ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ. ಯಾವುದೇ ಜನ್ಮದಿನಾಂಕದ ತಿದ್ದುಪಡಿಯು, ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಮಾ ಉತ್ಪನ್ನದ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಹತೆಯ ಮಾನದಂಡಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಜನ್ಮದಿನಾಂಕದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಯು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅಥವಾ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಏರಿಕೆ/ಇಳಿಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

Beneficiary Change Request: I, \_\_\_\_\_ declare that I am proposing this change of beneficiaries fully understanding the legal implications.  
 ಫಲಾನುಭವಿ ಬದಲಾವಣೆ ವಿನಂತಿ: ನಾನು, \_\_\_\_\_ ಕಾನೂನು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

From ಇವರಿಂದ	To ಇವರಿಗೆ	Relationship ಸಂಬಂಧ	Date of Birth (DDMMYY) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ (DDMMYY)	% share % ಪಾಲು	Gender ಲಿಂಗ	Marital Status ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ	Nationality ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ

**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.

**ಗಮನಿಸಿ:** ಫಲಾನುಭವಿ ಬದಲಾವಣೆಯ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಒಂದು ವೇಳೆ ಪಿಐ ಮತ್ತು ಪಿಓ ಒಂದೇ ಆಗಿದ್ದರೆ ಮತ್ತು ವಿಮೆಯ ಬಡ್ಡಿಯು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಪ್ರತಿಯೊಂದಿಗೂ ಸಹಜವಾಗಿ ಮೂರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಫಲಾನುಭವಿ ಫಾರ್ಮ್‌ಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಒಂದು ವೇಳೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿ /ನಿಯೋಜಿತರು ಇದ್ದು ಪಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಪ್ರತಿಯೊಂದಿಗೂ ಸಹಜವಾಗಿ ಮೂರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಫಲಾನುಭವಿ ಅಥವಾ ನಾಮಿನಿಯ ಅಪ್ರಾಪ್ತರಾಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕೆಳಗೆ ನಿಯೋಜಿತರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ.

Appointee Change Request: I, \_\_\_\_\_ declare that I am proposing this change of appointee fully understanding the legal implications.  
 ನಿಯೋಜಿತರ ಬದಲಾವಣೆ ವಿನಂತಿ: ನಾನು, \_\_\_\_\_ ಕಾನೂನು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ನಿಯೋಜಿತರ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

From ಇವರಿಂದ	To ಇವರಿಗೆ	Relationship ಸಂಬಂಧ	Date of Birth (DDMMYY) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ (DDMMYY)	% share % ಪಾಲು

Gender: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_ Nationality: \_\_\_\_\_  
ಲಿಂಗ: \_\_\_\_\_ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ: \_\_\_\_\_ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ: \_\_\_\_\_

**Important Information:**

- ಪ್ರಮುಖ ಮಾಹಿತಿ:**
- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable) ಎಲ್ಲಾ ಬೆಂಬಲಿತ ಪ್ರಮಾಣಗಳು ಮತ್ತು ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ವಿನಂತಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಪೋಲಿಸ್ ಹೊಂದಿರುವವರು/ನಿಯೋಜಿತರು (ಅನ್ವಯಿಸಿದ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ) ಸ್ವಯಂ-ದೃಢೀಕರಿಸಬೇಕು
  - 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 ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹ ವಯಸ್ಸು/ಗುರುತಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸದ ಪ್ರಮಾಣ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಕಂಪನಿ ಸಂಪರ್ಕ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ. ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದೇ ಇರುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಪಾಲಿಸಿ ಮಾಲೀಕರ ಮೂಲ ಗುರುತಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ವಿನಂತಿ ಸಲ್ಲಿಸಿಕೊಂಡು ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀಡಬೇಕು
  - 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 ಹೆಸರು ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಕೋರಿಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿಕೊಂಡು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನೀತಿ ಹೊಂದಿರುವವರ ಭಾಯಾಚಿತ್ರ ಕಡ್ಡಾಯ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದು, ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ, ಸಂತೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ
  - 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 ಆಟೋ ವೆಸ್ಟಿಂಗ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ವಿನಂತಿಗೆ ಹೊಸ ಪೋಲಿಸ್ ಹೊಂದಿರುವವರು ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದಾಖಲೆಗಳ ನವೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಹೊಸ ಪಾಲಿಸಿ ಮಾಲೀಕರ ಸಹಿ ಮಾಡಲಾದ ಮಾನ್ಯ ವಾದ ಗುರುತಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ, ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್, ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಇತ್ಯಾದಿ) ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ವಿನಂತಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಯ ವಿನಂತಿ ನಮೂನೆಯು ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ
  - 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) ದಯವಿಟ್ಟು ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಕಪ್ಪು ಬಾಲ್ ಪಾಯಿಂಟ್ ಪೆನ್ ನಿಂದ ದೊಡ್ಡಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ. ಅನ್ವಯಿಸದ ಅನಗತ್ಯ ಕಾಲಮ್‌ಗಳನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹೊದಾದ ಪಾಕೆಟ್(ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ)
  - Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್‌ಗೆ ಬದಲಾಗಿ ಫಾರ್ಮ್ 60 ಸಲ್ಲಿಸಿದರೆ ಅದು ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲೈಫ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿರಬೇಕು

**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:

**ಸಹಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ /  ಅನೇಕ ಸಹಿಗಳು:** ನಾನು/ನಾವು, \_\_\_\_\_, ಪೋಲಿಸ್ ಹೊಂದಿರುವವರು/ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಮಾದರಿ ಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು \_\_\_\_\_ ದಿನ \_\_\_\_\_ ತಿಂಗಳು, 20\_\_\_\_\_ ವರ್ಷದಂದು ನೀಡಲಾದ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಸಹಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ನಾನು/ ನಾವು ಹೆಚ್ಚಿನವಾಗಿ ತಿಳಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ಇನ್ನು ಮುಂದೆ, ಕೆಳಗೆ ತಿರುಪಡಿ ಮಾಡಲಾದ ಸಹಿಯನ್ನು ಈ ಪಾಲಿಸಿ/ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಭವಿಷ್ಯದ ವಿನಂತಿಗಳಿಗೆ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ಪಾಲಿಸಿ/ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಕೆಳಗಿನ ಸಹಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ಭವಿಷ್ಯದ ವಿನಂತಿಗಳನ್ನು ಪಿಎನ್ ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಿದ ಕಾರಣದಿಂದ, ಯಾವುದೇ ಶಾಸನಬದ್ಧ, ಸರ್ಕಾರಿ ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಯಾರೇ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಪಿಎನ್ ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ವಿರುದ್ಧ ಕೈಗೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮ್, ಬಾಧ್ಯತೆ, ಆರೋಪ, ಬೇಡಿಕೆ ಕ್ರಮ ಅಥವಾ ವ್ಯಾಜ್ಯಗಳ ಕಾರಣದಿಂದ ಪಿಎನ್ ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅನ್ನು ತೊಂದರೆ ಉಂಟು ಮಾಡದೇ ಇರಲು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಲು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ:

Signature (Old) as per PNB MetLife records ಪಿಎನ್ ಬಿ ಮೆಟ್ ಲೈಫ್ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸಹಿ (ಹಳೆಯದು)	Signature (New) ಸಹಿ (ಹೊಸದು)

**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)

**ಬ್ಯಾಂಕ್ ದೃಢೀಕರಣವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು:** (ಮೇಲಿನ ಸಹಿಯನ್ನು ನಾನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪ್ರಕಾರ ಅದು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ)

Bank Employee  
Signature and Bank Seal  
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಉದ್ಯೋಗಿಯ  
ಸಹಿ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮೊಹರು

Name of the Bank: \_\_\_\_\_ Branch Name: \_\_\_\_\_ Name of Bank Employee: \_\_\_\_\_  
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_ ಶಾಖೆ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_  
Bank Account No: \_\_\_\_\_ Bank Employee Code: \_\_\_\_\_  
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_

**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

**ಗಮನಿಸಿ:** ಈ ಮುಂದಿನ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಫೋಟೋ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಹೊಸ ಸಹಿಯನ್ನು ಸೋದರಿ ಮಾಡಲು ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಪಾಲಿಸಿ ಸಹಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಾಗಿ ಮೂಲಕ ಹಾಜರಾಗುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. ಹಳೆಯ ಸಹಿಯು "ಒನ್‌ಲೈನ್ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ದಾಖಲೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗದೇ ಇದ್ದರೆ ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಪೋಲಿಸ್ ಹೊಂದಿರುವವರು ಹಾಜರುಪಡಿಸಬೇಕು

- Driving License  ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ       Passport  ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್       Pan Card  ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್       Any Govt. issued ID and signature proof  ಸರ್ಕಾರಿ ನೀಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ ಮತ್ತು ಸಹಿಯ ಪುರಾವೆ

**Section B: Change in Policy Features**  
ವಿಭಾಗ B: ಪಾಲಿಸಿ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆ

**Premium Frequency Change:** Please tick as applicable: (V):  
 **ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅವರ್ತನೆ ಬದಲಾವಣೆ:** ದಯವಿಟ್ಟು ಅನ್ವಯಿಸಿದ ಪ್ರಕಾರ ಟಿಕ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ: (V):

From: Monthly  Quarterly  Semi-Annual  Annual  To: Monthly  Quarterly  Semi-Annual  Annual   
ಇವರಿಂದ: ಮಾಸಿಕ  ತ್ರೈಮಾಸಿಕ  ಅರೆ-ವಾರ್ಷಿಕ  ವಾರ್ಷಿಕ  ಇವರಿಗೆ: ಮಾಸಿಕ  ತ್ರೈಮಾಸಿಕ  ಅರೆ-ವಾರ್ಷಿಕ  ವಾರ್ಷಿಕ

**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.

**ಗಮನಿಸಿ:** ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ವಾರ್ಷಿಕೋತ್ಸವ ವರ್ಷಕ್ಕೂ 15 ದಿನಗಳ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಕಡಿಮೆ ಆವರ್ತನೆಯಿಂದ ಅಧಿಕ ಆವರ್ತನೆಯ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನದ ಬದಲಾವಣೆಯು ಮುಂದಿನ ಪಾಲಿಸಿ ವಾರ್ಷಿಕೋತ್ಸವದಿಂದ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

**Premium Payment Type Change:** Direct Debit  ACH  Auto Debit (for Axis Bank Customer Only)   
 **ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಪ್ರಕಾರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ:** ಡೈರೆಕ್ಟ್ ಡೆಬಿಟ್  ಎಸಿಹೆಚ್  ಆಟೋ ಡೆಬಿಟ್ (ಆಕ್ಸಿಸ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ ಮಾತ್ರ)

**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.

**ಗಮನಿಸಿ:** ಒಂದು ವೇಳೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಪ್ರಕಾರವು ದೈರೆಕ್ಟ್ ಡೆಬಿಟ್/ಎಸಿಹೆಚ್/ಆಟೋ ಡೆಬಿಟ್ ಆಗಿದ್ದರೆ, ಅಗತ್ಯ ಸ್ಥಾಯಿ ಸೂಚನೆ ಅದೇಶವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ವಿಧಾನದಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಯು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಂಡಾಗ, ಕಡಿತಗೊಳಿಸಲಾದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪ್ರಕಾರ, ಅನ್ವಯಿಸಿರುವಲ್ಲಿ ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

**Change in Sum Assured/ Change in Premium:** Increase  Decrease  from Rs. \_\_\_\_\_ to Rs. \_\_\_\_\_  
 **ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ/ ಪ್ರೀಮಿಯಂನಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ:** ಹೆಚ್ಚಳ  ಇಳಿಕೆ  ರೂ \_\_\_\_\_ ರಿಂದ ರೂ \_\_\_\_\_

**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.

**ಗಮನಿಸಿ:** ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ/ ಪ್ರೀಮಿಯಂನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ವಾರ್ಷಿಕೋತ್ಸವ ದಿನಾಂಕದಿಂದ 15 ದಿನಗಳ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದು. ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ, ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವಂತ ಕೇಳಬಹುದು. ಅನ್ವಯಿಸುವಿಕೆಗಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಉತ್ತಮ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ನೋಡಿ.

**Addition/Deletion of Riders:** Addition  Deletion  Revised Sum Assured of the Rider (Only in case of Addition):  
 **ರೈಡರ್ ಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆ / ತೆಗೆದುಹಾಕುವಿಕೆ:** ಸೇರ್ಪಡೆ  ತೆಗೆದುಹಾಕುವಿಕೆ  ರೈಡರ್ ನ ಪರಿಷ್ಕೃತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಸೇರ್ಪಡೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ):  
Accidental Death Benefit Rider  Critical Illness Rider  Death Benefit Rider  Waiver of Premium Rider   
ಅಪಘಾತದ ಸಾವಿನ ಪ್ರಯೋಜನದ ರೈಡರ್  ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಯ ರೈಡರ್  ಮರಣದ ಪ್ರಯೋಜನದ ರೈಡರ್  ಪ್ರೀಮಿಯಂ ರೈಡರ್ ಬಿಟ್ಟು ಕೊಡುವಿಕೆ   
**Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.  
**ಗಮನಿಸಿ:** ಅನ್ವಯಿಸುವಿಕೆಗಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಉತ್ತಮ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ನೋಡಿ.

**Cover Continuance during Premium Discontinuation:** Opt In  Opt Out   
 **ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆ ಮುಂದುವರಿಯುವಿಕೆ:** ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು  ಆಯ್ಕೆಯಿಂದ ಹೊರಗಿಡುವುದು

**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.

**ಗಮನಿಸಿ:** ಒಂದು ವೇಳೆ ಪಾಲಿಸಿಯು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆ ಮುಂದುವರಿಸುವಿಕೆಯು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆ ಮುಂದುವರಿಸುವಿಕೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುವಂತೆ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವಿಕೆ ಷರತ್ತುಗಳ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಕಾರ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸಬಹುದು.

**Change in Non-Forfeiture Option:** Automatic Premium Loan (APL)  Reduced Paid up  **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.  
 **ಹಕ್ಕು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳದಿರುವಿಕೆಯ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ:** ಆಟೋಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಲೋನ್ (ಎಪಿಎಲ್)  ತಗ್ಗಿಸಿದ ಪೇಯ್ಡ್ ಅಪ್  **ಗಮನಿಸಿ:** ಅನ್ವಯಿಸುವಿಕೆಗಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಉತ್ತಮ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ನೋಡಿ.

**Death Benefit Option Change:** I wish to change the death benefit option of my mentioned product: Met Smart  Met Ultimate   
 **ಮರಣದ ಪ್ರಯೋಜನದ ಆಯ್ಕೆಯ ಬದಲಾವಣೆ:** ನನ್ನ ತಿಳಿಸಲಾದ ಉತ್ತಮ ಮರಣದ ಪ್ರಯೋಜನದ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಬದಲಾವಣೆ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ: **ಮೆಟ್ ಸ್ಮಾರ್ಟ್  ಮೆಟ್ ಅಲ್ಟಿಮೇಟ್**

Change from ಇದರಿಂದ ಬದಲಾವಣೆ		Change to ಇದಕ್ಕೆ ಬದಲಾವಣೆ	
Option Type ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಕಾರ	Tick the option ಆಯ್ಕೆಗೆ ಟಿಕ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ	Option Type ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಕಾರ	Tick the option ಆಯ್ಕೆಗೆ ಟಿಕ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ
Option A ಆಯ್ಕೆ A		Option A ಆಯ್ಕೆ A	
Option B ಆಯ್ಕೆ B		Option B ಆಯ್ಕೆ B	

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

**☐ ಪಾವತಿಸಿದ ಮತ್ತು ಪುನರಾವೇಶನ ಕೋರಿಕೆ (2013 ಫೋನ್ಸ್ ಹೊರಡಿಸಿದ ಹೊಸ ಯುಲಿಪ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ ಗ್ರಾಹಕರು 5 ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ)**

Option upon paying 5 years in New ULIP policy:  Opt for 2 years Revival period  Opt for reduced paid up  
ಹೊಸ ಯುಲಿಪ್ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ 5 ವರ್ಷಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಆಯ್ಕೆ:  2 ವರ್ಷಗಳ ಪುನರಾವೇಶನ ಅವಧಿಗೆ ಆಯ್ಕೆ  ಪಾವತಿಸಿದ ಸಂದಾಯಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದು

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

**ಸೂಚನೆ:** (ದಿಸ್ಕಂಟಿನ್ಯುಯೆನ್ಸ್ ಫಂಡ್ ಮೂವ್ ಮೆಂಟ್ ದಿನಾಂಕಕ್ಕಿಂತ 10 ದಿನಗಳ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋರಿಕೆ)

**☐ Benefit option (Product Name: \_\_\_\_\_)**

**☐ ಪ್ರಯೋಜನದ ಆಯ್ಕೆ (ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_)**

Accrual of Income:  Opt in  Opt out  
ಆದಾಯದ ಕ್ರೋಢೀಕರಣ:  ಸೇರಿಕೊಳ್ಳಿ  ಹೊರಗುಳಿಯಿರಿ  
Payment of Income:  Opt in  Opt out  
ಆದಾಯದ ಪಾವತಿ:  ಸೇರಿಕೊಳ್ಳಿ  ಹೊರಗುಳಿಯಿರಿ

**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.

**ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಘೋಷಣೆ :** ಈ ಪತ್ರಕ್ಕೆ ಅನುಬಂಧಿಸಲಾಗಿರುವ ಘೋಷಣೆ, ಒಪ್ಪಂದ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಮೇಲೆ ನೀಡಿರುವಂತೆ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಪಿಎನ್ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ("ಪಿಎನ್ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್") ಗೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಅಗತ್ಯ ಘೋಷಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ಏಂಬುದಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುವ ಹಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ವಿನಂತಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುವ ಪಾಲಿಸಿ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು, ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿನಿಯಮಗಳನ್ನು ಓದಿರುವುದಾಗಿ ಮತ್ತು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ನನ್ನ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪಾದ ಅಥವಾ ಅಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳ ಕಾರಣದಿಂದ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಈ ವಿನಂತಿಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಜವಾಬ್ದಾರನ್ನಾಗಿರುತ್ತೇನೆಂದು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. ವಹಿವಾಟುಗಳ ವಿವರಗಳು, ಪಾವತಿ ಜ್ಞಾಪನೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ದೂರವಾಣಿ ಕರೆಗಳು, ಎಸ್‌ಎಂಎಸ್ ಅಥವಾ ಇಮೇಲ್‌ಗಳ ಮೂಲಕ ಪಿಎನ್ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಸಂವಹನ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಇವುಗಳನ್ನು ಅನಪೇಕ್ಷಿತ ವಾಣಿಜ್ಯ ಕರೆಗಳು/ಇಮೇಲ್‌ಗಳು ಏಂಬುದಾಗಿ ಭಾವಿಸಬಾರದು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ವಾಗದೇ ಇರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನನ್ನ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.

Signature/Thumb Impression of Policy Holder \_\_\_\_\_ Signature of Joint Life (Second Life) \_\_\_\_\_  
ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು \_\_\_\_\_ ಜಾಯಿಂಟ್ ಲೈಫ್ ಸಹಿ (ಸೆಕೆಂಡ್ ಲೈಫ್) \_\_\_\_\_

Signature/ Thumb Impression of Person Insured \_\_\_\_\_ Signature/Thumb Impression of Assignee \_\_\_\_\_  
(If different from Policyholder) (Required in case of Absolute/Conditional assignment of Policy)  
ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬರಳು ಮುದ್ರೆ \_\_\_\_\_ ನಿಯೋಜಿತರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು \_\_\_\_\_  
(ಪಾಲಿಸಿ ಮಾಲೀಕರಿಗಿಂತ ಬೇರೆಯವರಾಗಿದ್ದರೆ) (ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ / ಷರತ್ತುಬದ್ಧವಾಗಿ ನಿಯೋಜಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ)

Date: DD-MM-YYYY Place: \_\_\_\_\_ **Note: For conditionally assigned policy, Request should be signed both by the Assignee & Assignor**  
ದಿನಾಂಕ: DD-MM-YYYY ಸ್ಥಳ: \_\_\_\_\_ **ಗಮನಿಸಿ: ಷರತ್ತುಬದ್ಧವಾಗಿ ನಿಯೋಜಿಸಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಗೆ, ನಿಯೋಜನೆಗೊಂಡಿರುವವರು ಮತ್ತು ನಿಯೋಜಿತರಬ್ಬರೂ ವಿನಂತಿಗೆ**

**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.

**ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯ ಘೋಷಣೆ:** ಒಂದು ವೇಳೆ ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಸಹಿಗಳು ಹೆಬ್ಬರಳು ಮುದ್ರೆ (ಎಡ ಹೆಬ್ಬರಳು) ಅಥವಾ ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿಯಿದ್ದರೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು: \*\* ಅನ್ವಯಿಸದೇ ಇರುವುದನ್ನು ಹೊಡೆದುಹಾಕಿ. ದಾಖಲೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ತಿಳಿದಿರುವ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ/ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯ ಅಕ್ಷರಸ್ಥ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಓದಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ \*\*ಅವರು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಹಿಯನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ/ನಾನು ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸೂಚನೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಅವರ ಲಿಖಿತರಾಗಿ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿದಾರರು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ನನ್ನ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ, ತಮ್ಮ \*\*ಎಡ ಹೆಬ್ಬರಳು ಮುದ್ರೆಯನ್ನು/ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿಯನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ.

Name of Declarant/witness: \_\_\_\_\_ Date: DD-MM-YYYY Place: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
ಘೋಷಣೆ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು/ಸಾಕ್ಷಿ: \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ : DD-MM-YYYY ಸ್ಥಳ: \_\_\_\_\_ ಸಹಿ: \_\_\_\_\_

**For Branch Use Only: To be filled by Branch Services – Mandatory** **Request received from:** Customer  Customer Representative  Bank  Courier   
ಶಾಖೆಯ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ: ಶಾಖೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು – ಕಡ್ಡಾಯ **ಇವರಿಂದ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ:** ಗ್ರಾಹಕರು  ಗ್ರಾಹಕರ ಪ್ರತಿನಿಧಿ  ಬ್ಯಾಂಕ್  ಕೊರಿಯರ್

**Form Received By:** Employee Name: \_\_\_\_\_ Employee ID: \_\_\_\_\_ Employee Signature: \_\_\_\_\_  
ಇವರಿಂದ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ: ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_ ಉದ್ಯೋಗಿ ಐಡಿ: \_\_\_\_\_ ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಸಹಿ: \_\_\_\_\_

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY Request received Time at Branch: HH:MM  
ಶಾಖೆಯಲ್ಲಿ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ: DD-MM-YYYY ಶಾಖೆಯಲ್ಲಿ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಸಮಯ: HH:MM

**Acknowledgement Slip**

ಸ್ವೀಕೃತಿ ಚೀಟಿ

Received a request for \_\_\_\_\_ against Policy/Solution No: \_\_\_\_\_ on Date: DD-MM-YYYY at HH:MM  
ಗಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿ/ಪರಿಹಾರ \_\_\_\_\_ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ/ಈ ದಿನಾಂಕದಂದು ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ: \_\_\_\_\_ ಸಮಯಕ್ಕೆ: DD-MM-YYYY ನಲ್ಲಿ, HH:MM

**Received By:** Employee Code \_\_\_\_\_ Employee Name \_\_\_\_\_ Date and Time Stamp / Seal of Branch \_\_\_\_\_  
ಸ್ವೀಕರಿಸಿದವರು: ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_ ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯದ ಮುದ್ರೆ / ಶಾಖೆಯ ಮೊಹರು \_\_\_\_\_