

Customer Details and Policy Feature Change Request Form

ഉപഭോക്തൃ വിശദാംശങ്ങളും പോളിസി സവിശേഷതകളും മാറ്റാനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോം



Policy Details: *Policy Number:

*Date:
*തീയതി:

പോളിസി നമ്പർ:
*Application Number (Mera Mediclaim Plan):
*അപേക്ഷ നമ്പർ (മേരാ മെഡിക്ലെയിം പ്ലാൻ):
*Name of the Policyholder:
*പോളിസിഹോൾഡറുടെ പേര്:

*Gender: Male Female Transgender
*ലിംഗം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ ഭിന്നലിംഗം

*Mobile Number: Email ID: #PAN No / Form 60:
*മൊബൈൽ നമ്പർ: ഇമെയിൽ ഐഡി: #പാൻ നം/ഫോം 60:

*Aadhaar No:
*ആധാർ നം:

*All fields are mandatory

*എല്ലാ ഫീൽഡുകളും നിർബന്ധമാണ്

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

#മുകളിൽ നൽകിയ പാൻ/ആധാർ നമ്പർ പോളിസി റെക്കോർഡുകളിൽ അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്. പാൻ നമ്പറിന്റെ പാൻ കാർഡിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് സമർപ്പിക്കുക.

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

**Application number to be updated for Mera Mediclaim Plan

*#ആധാർ നമ്പറിന്റെ അവസാനത്തെ 4 അക്കങ്ങൾ മാത്രം പ്രസ്താവിക്കുക.

**മേരാ മെഡിക്ലെയിം പ്ലാനിനായി അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്യേണ്ട അപേക്ഷാ നമ്പർ

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

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ: ഈ പോളിസിയിൽ നിന്ന് ലഭിക്കുന്ന എല്ലാ പേഴെടുകളും എൻഇഫ്എഫ്ടി മുഖേന നൽകുന്നതിനായി നിങ്ങളുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ പങ്കിടുക

* Policyholder name as per Bank records:
ബാങ്ക് റെക്കോർഡുകൾ പ്രകാരമുള്ള പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്:

* Bank Name: Branch Name:
ബാങ്കിന്റെ പേര്: ശാഖയുടെ പേര്:

* Bank Account No:

* Bank Account Type: Savings Current NRE NRO
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് തരം: സേവിംഗ്സ് കറന്റ് എൻ ആർ ഇ എൻ ആർ ഒ

* IFSC Code: MICR Code:

ഐഎഫ്എസ് സി കോഡ്: എം ഐ സി ആർ കോഡ്:

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.

ശ്രദ്ധിക്കുക: റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക്/ ബാങ്ക് പാസ് ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ്/അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്, ഐഎഫ്എസ് സി കോഡ് എന്നിവ മുൻകൂട്ടി പ്രിന്റ് ചെയ്ത ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റ് സമർപ്പിക്കുക. ശാഖയിൽ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുന്നതിന് അസ്സൽ ഡോക്യുമെന്റുകൾ കരുതുക.

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.

അഭ്യർത്ഥന മൂന്നാം കക്ഷി മുഖേനയാണ് സമർപ്പിക്കുന്നതെങ്കിൽ, പോളിസി ഹോൾഡറിൽ നിന്ന് കൃത്യമായി ഒപ്പിട്ട അംഗീകാരപത്രവും അഭ്യർത്ഥന സമർപ്പിച്ച വ്യക്തിയുടെ ഐഡി തെളിവും സഹിതം പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പകർപ്പിനൊപ്പം ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റിന്റെ പകർപ്പ് കാണിക്കുന്ന പിഎൻബി മെറ്റ്‌ലൈഫിന് അടച്ച പ്രീമിയത്തെ പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നു. അല്ലെങ്കിൽ ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റിന്റെ പകർപ്പ് അതേ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ നൽകി പ്രൊപ്പോസൽ ലോഗിൻ സമയം അല്ലെങ്കിൽ പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പ്രൊപ്പോസൽ സമയത്ത് നൽകിയ ഒറിജിനൽ ഐഡി തെളിവ് അല്ലെങ്കിൽ പോളിസി ഹോൾഡറിന്റെ ഒറിജിനലിൽ പാസ്‌പോർട്ട് / ആധാർ കാർഡ് * ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് പോലുള്ള ഐഡി തെളിവ്. കോപ്പി അതേ ഐഡി പ്രൂഫ് സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയതാണ് പോളിസി ഹോൾഡർ ചുമത്ത് സമർപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്. *ആധാർ കാർഡ് ആദ്യം സമർപ്പിച്ചാൽ ആധാർ നമ്പറിന്റെ 8 അക്കങ്ങൾ. മാസ്ക് ചെയ്യാൻ.

Section A: Change in Personal Details വിഭാഗം A: വ്യക്തിപരമായ വിശദാംശങ്ങളിലെ മാറ്റം

Address/Contact details updation: Please tick as applicable: (V): Mailing Address Permanent Address Both
 വിലാസം/കോൺടാക്റ്റ് വിശദാംശങ്ങളുടെ അപ്ഡേഷൻ കത്തുകളയ്ക്കുന്നതിനുള്ള സ്ഥിരമായ വിലാസം രണ്ടും
ബാധകമാണെന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തുക (V): വിലാസം

Office No.: Mobile No.: Alternate No.:
ഓഫീസ് നമ്പർ: മൊബൈൽ നമ്പർ: ഇതര നമ്പർ:
Email ID: Alternate Email ID: Residence No:
ഇമെയിൽ ഐഡി: ഇതര ഇമെയിൽ ഐഡി: റസിഡൻസ് നമ്പർ:

- 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
നിങ്ങൾ പരിസ്ഥിതി സംരക്ഷിക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ, അങ്ങനെയെങ്കിൽ പോളിസി സംബന്ധമായ എല്ലാ അറിയിപ്പുകളും ലഭിക്കുന്നതിന് ഇമെയിൽ ഐഡി രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാം. ഭൗതിക രൂപത്തിലുള്ള എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും നിർത്തലാക്കും. വേണം ഉണ്ട്
- Your PIP User ID / Password for self-service would be generated basis the information provided above
മുകളിൽ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ അടിസ്ഥാനമാക്കി നിങ്ങളുടെ പിഎഫി ഉപയോക്തൃ ഐഡി / സ്വയം സേവനത്തിനുള്ള പാസ് വേഡ് സൃഷ്ടിക്കും
- 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
പുതിയ വിലാസം ഇന്ത്യയിലേതല്ലെങ്കിൽ, FATCA / CRS ചോദ്യാവലി പ്രത്യേകം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷയ്ക്കൊപ്പം എൻട്രി, എക്സിറ്റ് വിശദാംശങ്ങളുള്ള സാധുവായ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പാസ്‌പോർട്ട് കോപ്പി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്

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

പി എൻ ബി മിറ്റ്‌ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
രജിസ്റ്റർ ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701,702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ് ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ - 560001, കർണ്ണാടക. ഐ.ആർ.ഡി.ഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117,
സി.ഐ. നമ്പർ. യു66010കെഎ2001പിഎൽസി028883, ടോളിംഗ് ട്രൈഫ്രീ വിളിക്കുക - 1-800-425-6969 എന്ന് നമ്പറിൽ സൗജന്യം, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഒന്നാം നിലയിൽ ഞങ്ങളുടെ ഏഴാം നില, ടെക്നപ്ലക്സ്-1, ടെക്നപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർകർ ഫ്ലൈഓവർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062, ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +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).

ശ്രദ്ധിക്കുക: കത്തുകളയയ്ക്കുന്നതിനുള്ള പുതിയ വിലാസത്തിനായി പിഎംഐൽഐക്ക് സ്വീകാര്യമായ വിലാസം തെളിയിക്കുന്ന അംഗീകൃതമായ രേഖ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സമർപ്പിക്കുക. (സൊല്യൂഷൻ ഉൽപ്പന്നങ്ങൾക്ക്, മാറ്റങ്ങൾ എല്ലാ പോളിസികൾക്കും ബാധകമായിരിക്കും).

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.

സ്വീകാര്യമായ അഡ്രസ്സ് - പാസ്പോർട്ട്, ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്, വോട്ടർമാരുടെ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്, എൻആർജിഎ ജോബ് കാർഡ്, ദേശീയ പോപ്പുലേഷൻ രജിസ്റ്റർ നൽകിയ ഫോട്ടോയും 'പേരും വിലാസവും' ഉൾക്കൊള്ളുന്ന കത്ത്.

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

*അഥവാ ആധാർ കാർഡ് ആണ് സമർപ്പിക്കുന്നതെങ്കിൽ ആദ്യത്തെ 8 അക്കങ്ങൾ മറയ്ക്കുവാൻ പാടില്ല.

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

പേര് മാറ്റുന്നതിനുള്ള അഭ്യർത്ഥന: ബാധകമാണെന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തുക: (V): പോളിസി ഉടമ / പോളിസി പരിരക്ഷയുള്ളയാൾ അപ്പോയിന്റി / ബെനീഫിഷ്യറി / അച്ഛൻ

Name to be changed from: _____

മാറ്റാനുള്ള പേര്: _____

Name to be changed to: _____

പുതിയ പേര്: _____

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.

ശ്രദ്ധിക്കുക: വിവാഹത്തിന് ശേഷം സർനെയിമിൽ മാറ്റം വരുത്താൻ വിവാഹ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് സമർപ്പിക്കുക. പേരിൽ കാര്യമായ മാറ്റം വരുത്താനുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും അഭ്യർത്ഥനയ്ക്ക്, ഒരു ഗസറ്റ് അറിയിപ്പോ അല്ലെങ്കിൽ പത്ര പരസ്യമോ അഭ്യർത്ഥനയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക. പേരിൽ ചെറിയ തിരുത്തലുകൾ വരുത്താൻ പിഎംഐൽഐക്ക് സ്വീകാര്യമായ അംഗീകൃതമായ തിരിച്ചറിയൽ രേഖ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സമർപ്പിക്കുക.

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

സ്വീകാര്യമായ ഐഡൻറിറ്റി തെളിവുകൾ - ആധാർ കാർഡ്*, പാസ്പോർട്ട്, ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്, വോട്ടർമാരുടെ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്, എൻആർജിഎ ജോബ് കാർഡ്, ദേശീയ പോപ്പുലേഷൻ രജിസ്റ്റർ നൽകിയ കത്ത്, ഫോട്ടോയും പാൻ കാർഡും അടങ്ങിയ 'പേരും വിലാസവും' വിശദാംശങ്ങൾ അടങ്ങിയ കത്ത്.

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

*അഥവാ ആധാർ കാർഡ് ആണ് സമർപ്പിക്കുന്നതെങ്കിൽ ആദ്യത്തെ 8 അക്കങ്ങൾ മറയ്ക്കുവാൻ പാടില്ല.

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

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.

ശ്രദ്ധിക്കുക: പുതിയ ജനനത്തീയതിയ്ക്കായി പിഎംഐൽഐക്ക് സ്വീകാര്യമായ പ്രായം തെളിയിക്കാനുള്ള അംഗീകൃതമായ രേഖ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സമർപ്പിക്കുക. ജനനത്തീയതിയിലുള്ള എന്തെങ്കിലും തിരുത്തിൽ ബന്ധപ്പെട്ട ഇൻഷുറൻസ് ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾക്കും പ്രായം യോഗ്യതാ മാനദണ്ഡത്തിനും വിധേയമായിരിക്കും. ജനനത്തീയതിയിലുള്ള മാറ്റം പ്രീമിയത്തിന്റെയോ സുനിശ്ചിത തുകയുടെയോ വർദ്ധനവിന് / കുറവിന് കാരണമായേക്കാം.

Beneficiary Change Request: I, _____ declare that I am proposing this change of beneficiaries fully understanding the legal implications.

Table with 8 columns: From, To, Relationship, Date of Birth, % share, Gender, Marital Status, Nationality. Includes a note about processing beneficiary change requests.

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.

ശ്രദ്ധിക്കുക: ഒരേ പിഎം പിഒ എന്നിവയും ഇൻഷുറർമാർ ഇൻററസ്റ്റും ഉണ്ടെങ്കിൽ മാത്രമേ ബെനീഫിഷ്യറിയെ മാറ്റാനുള്ള അഭ്യർത്ഥന പ്രോസസ്സ് ചെയ്യാൻ കഴിയൂ. മുന്തിർ കടുത്ത ബെനീഫിഷ്യറികൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഒന്നിലധികം ബെനീഫിഷ്യറി ഫാമുകൾ പൂരിപ്പിക്കണം. പരിപൂർണ്ണമായ അസൈൻമെന്റിലെ ബെനീഫിഷ്യറിയെ/അപ്പോയിന്റിയെ മാറ്റാനുള്ള അഭ്യർത്ഥന പ്രോസസ്സ് ചെയ്യാൻ കഴിയില്ല. ബെനീഫിഷ്യറിയോ നോമിനിയോ പ്രായപൂർത്തിയാവാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, അപ്പോയിന്റ് വിശദാംശങ്ങൾ ചുവടെ പൂരിപ്പിക്കുക.

Appointee Change Request: I, _____ declare that I am proposing this change of appointee fully understanding the legal implications.

Table with 5 columns: From, To, Relationship, Date of Birth, % share. Includes a note about appointee change requests.

Gender: _____ Marital Status: _____ Nationality: _____

Important Information:

- All the supporting proof/s & document/s submitted along with the request and should be self-attested by the Policyholder/Assignee (as applicable)
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
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
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.
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)
Form 60 needs to be in PNB MetLife format if submitted in lieu of PAN Card

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:

ഒപ്പിലുള്ള മാറ്റം/ വിവിധ ഒപ്പുകൾ: പോളിസി ഉടമ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തിയായ, _____ എന്ന ഞാൻ/ഞങ്ങൾ, താഴെ പരാമർശിച്ച സ്പെസിമൻ ബോക്സുകൾ 20____ വർഷം _____, മാസം _____, തീയതിയിലുള്ള എന്റെ /ഞങ്ങളുടെ ഒപ്പുകൾ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതാണ് ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഇനി മുതൽ, ഈ പോളിസികൾക്കായി ഭാവിയിൽ ലഭിക്കുന്ന എല്ലാ അഭ്യർത്ഥനകൾക്കും ചുവടെ ചേർത്തിരിക്കുന്ന ഒപ്പ് പരിഗണിക്കാവുന്നതാണെന്നും ഒപ്പം ഈ പോളിസികൾക്ക് ചുവടെയുള്ള ഒപ്പുകൾ ചേർത്ത് എന്തെങ്കിലും ഭാവി അഭ്യർത്ഥനകൾ ലഭിക്കുന്നത് പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് പ്രോസസ്സുന്നതിന്, എന്തെങ്കിലും സ്റ്റാറ്റ്യൂട്ടറി, ഗവൺമെന്റ് അധീനതയിലുള്ള അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി സ്ഥാപനം ഉൾപ്പെടെയുള്ള ആരേങ്കിലും പി എൻബി മെറ്റ് ലൈഫിനെതിരെ എന്തെങ്കിലും ക്ലെയിം, ബാധ്യത, ആരോപണം, ആവശ്യം പ്രവർത്തനം അല്ലെങ്കിൽ നിയമനടപടികൾ ഉന്നയിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അതിനെ പ്രതിരോധിക്കുമെന്നും പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന് ഉപഭവകരമായി പ്രവർത്തിക്കുകയില്ലെന്നും ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു:

Signature (Old) as per PNB MetLife records പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് റെക്കോർഡുകളിലുള്ള ഒപ്പ് (പഴയത്)	Signature (New) ഒപ്പ് (പുതിയത്)

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)
 ബാങ്കിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ ആവശ്യമാണെങ്കിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്: (മുകളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന ഒപ്പ് ഞാൻ പരിശോധിച്ചുറപ്പിച്ചതാണെന്നും അത് ഞങ്ങളുടെ ബാങ്കിലേയ്ക്കായി പൊരുത്തപ്പെടുന്നതാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു)
Name of the Bank: _____ **Branch Name:** _____ **Name of Bank Employee:** _____
ബാങ്കിന്റെ പേര്: _____ **ശാഖയുടെ പേര്:** _____ **ബാങ്ക് ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര്:** _____
Bank Account No.: _____ **Bank Employee Code:** _____
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നം: _____ **ബാങ്ക് ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ കോഡ്:** _____

Bank Employee
Signature and Bank Seal
ബാങ്ക് ജീവനക്കാരുടെ
ഒപ്പും ബാങ്ക്
മുദ്രയും

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

ശ്രദ്ധിക്കുക: ഇനിപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും ഡോക്യുമെന്റുകളുടെ പകർപ്പ് ഫോട്ടോ പതിച്ച തിരിച്ചറിയൽ രേഖയായി സ്വീകരിക്കും, അത് പുതിയ ഒപ്പ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്നതിന് നൽകേണ്ടതാണ്. പോളിസി ഉടമ നേരിട്ട് ഒപ്പ് മാറ്റാനുള്ള അഭ്യർത്ഥന സമർപ്പിക്കേണ്ടത് നിർബന്ധമാണ്. പഴയ ഒപ്പ് പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് റെക്കോർഡുകളുമായി പൊരുത്തപ്പെടാത്ത സാഹചര്യത്തിൽ പോളിസി ഉടമ | അസ്സൽ പോളിസി ഡോക്യുമെന്റ് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

- Driving License **ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്** Passport **പാസ്പോർട്ട്** Pan Card **പാൻ കാർഡ്** Any Govt. issued ID and signature proof **ഗവൺമെന്റ് പുറത്തിറക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും തിരിച്ചറിയൽ രേഖയും ഒപ്പ് തെളിയിക്കുന്ന രേഖയും**

Section B: Change in Policy Features
സെക്ഷൻ B: പോളിസി സവിശേഷതകളിലെ മാറ്റം

Premium Frequency Change: Please tick as applicable: (V):
 പ്രീമിയത്തിന്റെ ഇടവേളകളിലെ മാറ്റം: ബാധകമാണെന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തുക: (V):
From: **Monthly** **Quarterly** **Semi-Annual** **Annual** **To:** **Monthly** **Quarterly** **Semi-Annual** **Annual**
നിലവിലുള്ളത്: **പ്രതിമാസം** **പാദവാർഷികം** **അർദ്ധവാർഷികം** **വാർഷികം** **പുതിയത്:** **പ്രതിമാസം** **പാദവാർഷികം** **അർദ്ധവാർഷികം** **വാർഷികം**

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.
ശ്രദ്ധിക്കുക: പോളിസി വാർഷിക വർഷത്തിന് 15 ദിവസം മുമ്പ് വരെ മോഡലിൽ മാറ്റം വരുത്താവുന്നതാണ്. പ്രീമിയം അടയ്ക്കൽ മോഡ് കുറഞ്ഞ ഇടവേളയിൽ നിന്ന് കൂടിയ ഇടവേളകളിലേക്ക് മാറ്റുന്നത് അടുത്ത പോളിസി വാർഷികം മുതൽ നിലവിൽ വരും.

Premium Payment Type Change: **Direct Debit** **ACH** **Auto Debit (for Axis Bank Customer Only)**
ഡയറക്ട് ഡെബിറ്റ് **എസിഎച്ച്** **ഓട്ടോ ഡെബിറ്റ് (ആക്സിബാങ്ക് ഉപഭോക്താവാണെങ്കിൽ മാത്രം)**
 പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്ന രീതിയിലെ മാറ്റം:

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.
ശ്രദ്ധിക്കുക: പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിന് തിരഞ്ഞെടുത്ത രീതി ഡയറക്ട് ഡെബിറ്റ് / എസിഎച്ച് / ഓട്ടോ ഡെബിറ്റ് ആണെങ്കിൽ ആവശ്യമായ സാൻഡിംഗ് ഇൻസ്ട്രക്ഷൻ മാൻഡേറ്റ് ചേർക്കേണ്ടതാണ്. മോഡലിലെ മാറ്റം നിലവിൽ വരുമ്പോൾ ബാധകമായ സാഹചര്യങ്ങളിൽ, കീഴിവ് വരുത്തിയ തുക, മാറ്റം വരുത്തിയ പ്രീമിയത്തിന് അനുസൃതമായി മാറുന്നതാണ്.

Change in Sum Assured/ Change in Premium: **Increase** **Decrease** **from Rs.** _____ **to Rs.** _____
 സുനിശ്ചിത തുകയിലെ മാറ്റം / **വർദ്ധനവ്** **കുറവ്** **രൂപയിൽ നിന്ന്** _____ **രൂപയിലേക്ക്** _____
പ്രീമിയത്തിലെ മാറ്റം:

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.
ശ്രദ്ധിക്കുക: പോളിസി വാർഷിക തീയതിയ്ക്ക് 15 ദിവസം മുമ്പ് വരെ സുനിശ്ചിത തുക/ പ്രീമിയത്തിൽ മാറ്റം വരുത്താവുന്നതാണ്. സുനിശ്ചിത തുകയിൽ വർദ്ധനവ് വരുത്താൻ അധിക ഡോക്യുമെന്റുകൾ ആവശ്യമായി വരാം. ബാധകമാണോ എന്നറിയാൻ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും പരിശോധിക്കുക.

Addition/Deletion of Riders: **Addition** **Deletion** **Revised Sum Assured of the Rider (Only in case of Addition):**
 റെഡറുകളുടെ കൂട്ടിച്ചേർക്കൽ / ഇല്ലാതാക്കൽ: **കൂട്ടിച്ചേർക്കൽ** **ഇല്ലാതാക്കൽ** **റെഡറിന്റെ പുതുക്കിയ തുക അപേർഡ് (കൂട്ടിച്ചേർക്കലിന്റെ കാര്യത്തിൽ മാത്രം):**
 Accidental Death Benefit Rider **Critical Illness Rider** **Death Benefit Rider** **Waiver of Premium Rider** **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.
 റെഡറുകൾ **ഗുരുതര രോഗം** **മരണാനന്തര** **പ്രീമിയം ഒഴിവാക്കൽ**
 ചേർക്കൽ/ഇല്ലാതാക്കൽ **ബാധിച്ചാലുള്ള റെഡർ** **ആനുകൂല്യ റെഡർ** **റെഡർ**
ശ്രദ്ധിക്കുക: ബാധകമാണോ എന്നറിയാൻ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും പരിശോധിക്കുക.

Cover Continuance during Premium Discontinuation: **Opt In** **Opt Out**
 പ്രീമിയം അവസാനിപ്പിക്കുമ്പോൾ പരിരക്ഷ തുടരൽ: **തിരഞ്ഞെടുക്കുക** **ഒഴിവാക്കുക**
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.
ശ്രദ്ധിക്കുക: പോളിസി പ്രീമിയം നിർത്തലാക്കൽ നിലയിലാണെങ്കിൽ മാത്രമേ കവർ തുടരാം തിരഞ്ഞെടുക്കാനാകൂ. കവർ തുടരുന്ന കാലയളവിൽ, നിബന്ധനകളിലും വ്യവസ്ഥകളിലും സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന എല്ലാ ചാർജുകളും കുറയ്ക്കും. ടി & സിയിൽ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന മുൻകൂട്ടിപ്പറയൽ വ്യവസ്ഥകൾ അനുസരിച്ച് നയം മുൻകൂട്ടി അറിയിക്കണം.

Change in Non-Forfeiture Option: **Automatic Premium Loan (APL)** **Reduced Paid up** **Note:** Please refer product Terms and Conditions for applicability.
 നോൺ-ഫോർഫെയ്ച്ചർ ഓപ്ഷനിലെ മാറ്റം: **ഓട്ടോമാറ്റിക് പ്രീമിയം ലോൺ (എപിഎൽ)** **കുറച്ച പെയ്ഡ് അപ്പ്** **ശ്രദ്ധിക്കുക:** ബാധകമാണോ എന്നറിയാൻ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും പരിശോധിക്കുക.

Death Benefit Option Change: I wish to change the death benefit option of my mentioned product:
 മരണാനന്തര ആനുകൂല്യ ഓപ്ഷനിലെ മാറ്റം: **പരമാർശിച്ചിരിക്കുന്ന എന്റെ ഉൽപ്പന്നത്തിലെ ആനുകൂല്യ ഓപ്ഷനിൽ മാറ്റം വരുത്തുവാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു:** **Met Smart** **മെറ്റ് സ്മാർട്ട്** **Met Ultimate** **മെറ്റ് ആൾട്ടിമേറ്റ്**

Change from മാറ്റേണ്ടത്		Change to പുതിയത്	
Option Type ഓപ്ഷൻ തരം	Tick the option ഓപ്ഷനിൽ ശരിയടയാളം നൽകുക	Option Type ഓപ്ഷൻ തരം	Tick the option ഓപ്ഷനിൽ ശരിയടയാളം നൽകുക
Option A ഓപ്ഷൻ A		Option A ഓപ്ഷൻ A	
Option B ഓപ്ഷൻ B		Option B ഓപ്ഷൻ B	

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

☐ പെയ്ഡ് അപ്പ് & പുനരുജ്ജീവന അഭ്യർത്ഥന (5 വർഷത്തേക്ക് പ്രീമിയം അടച്ച ഉപഭോക്താവിന്, 2013 ന് ശേഷം പുറത്തിറക്കിയ പുതിയ യുലിപ് പോളിസിക്ൾക്ക് ബാധകമാണ്)

Option upon paying 5 years in New ULIP policy: Opt for 2 years Revival period Opt for reduced paid up
 പുതിയ യുലിപ് പോളിസിയ്ക്ക് 5 വർഷം രണ്ട് വർഷത്തേക്ക് തിരഞ്ഞെടുക്കുക കുറഞ്ഞ പെയ്ഡ് അപ്പ് തിരഞ്ഞെടുക്കുക
 അടയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ:

Note: (Request to be submitted 10 days prior to the discontinuance fund movement date)
ശ്രദ്ധിക്കുക: - (നിർത്തലാക്കൽ ഫണ്ട് മൂവ്മെന്റിന് 10 ദിവസം മുമ്പ് സമർപ്പിക്കുവാനുള്ള അഭ്യർത്ഥന)

☐ **Benefit option (Product Name: _____)**

☐ **ബെനിഫിറ്റ് ഓപ്ഷൻ (ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ പേര്: _____)**

Accrual of Income: Opt in Opt out
 വരുമാനത്തിന്റെ സമാഹരണം: ഓപ്റ്റ് ഇൻ ഓപ്റ്റ് ഔട്ട്

Payment of Income: Opt in Opt out
 ഇൻകം പേയ്മെന്റ്: ഓപ്റ്റ് ഇൻ ഓപ്റ്റ് ഔട്ട്

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.

പോളിസി ഉടമയുടെ പ്രസ്താവന: ഈ കത്തിനൊപ്പം ചേർത്തിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനയും സമ്മതപത്രവും അധികാരപ്പെടുത്തലും മുകളിൽ തന്നിരിക്കുന്ന അഭ്യർത്ഥന പ്രോസസ്സുചെയ്യാൻ പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇഷ്യാൻസ് കമ്പനി - ലിമിറ്റഡിന് ("പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ്") ആവശ്യമായ പ്രസ്താവനകളും അധികാരപ്പെടുത്തലുകളുമായി കണക്കാക്കാവുന്നതാണ്. ഇക്കാര്യത്തിൽ ഭാവിയ്ക്ക് ഞാൻ എതിർപ്പ് ഉന്നയിക്കുന്നതല്ല. ഈ അഭ്യർത്ഥനയ്ക്ക് ബാധകമായവ ഉൾപ്പെടെ, പോളിസിയുടെ മുഴുവൻ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കിയതാണെന്ന് ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും അനുസരിച്ച് എന്റെ അഭ്യർത്ഥന പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുമെന്നും ഒപ്പം ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട്, വിശദാംശങ്ങളിലെ തെറ്റോ അപൂർണ്ണതയോ കാരണം സംഭവിക്കുന്ന - എല്ലാ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾക്കുമുള്ള ഉത്തരവാദിത്തം എനിക്ക് മാത്രമായിരിക്കുമെന്നും താൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇടപാടുകളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ, പണമടയ്ക്കാനുള്ള - ഓർമ്മപ്പെടുത്തൽ തുടങ്ങിയവ പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് സെലഫോൺ കോളുകൾ, SMS, അല്ലെങ്കിൽ ഇമെയിലുകൾ വഴി അറിയിക്കാമെന്നും ആവശ്യപ്പെടാതെയുള്ള കോമേഴ്സ്യൽ പരസ്യങ്ങൾ - ഇമെയിലുകളായി ഇവ കണക്കാക്കാൻ പാടില്ലെന്നും ബന്ധപ്പെടാൻ സാധിക്കാത്ത സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ അഭ്യർത്ഥന നിരസിക്കാവുന്നതാണെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

Signature/Thumb Impression of Policy Holder _____ Signature of Joint Life (Second Life) _____
 പോളിസി ഉടമ/അസൈനറുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം ജോയിന്റ് ലൈഫിന്റെ ഒപ്പ്(സെക്കന്റ് ലൈഫ്)

Signature/ Thumb Impression of Person Insured _____ Signature/Thumb Impression of Assignee _____
 (if different from Policyholder) (Required in case of Absolute/Conditional assignment of Policy)
 ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുടെ വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം അസൈനറുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം
 (പോളിസി ഉടമ തന്നെ അല്ലെങ്കിൽ) (പോളിസിയുടെ പരിപൂർണ്ണമായ/നിബന്ധന സഹിതമുള്ള അസൈൻമെന്റ് ആണെങ്കിൽ ആവശ്യമാണ്)

Date: DD-MM-YYYY Place: _____ **Note: For conditionally assigned policy, Request should be signed both by the Assignee & Assignor**
 തീയതി: DD-MM-YYYY സ്ഥലം: _____ **ശ്രദ്ധിക്കുക:** നിബന്ധനയോടു കൂടി അസൈൻ ചെയ്ത പോളിസിക്ക്, അസൈനിയും അസൈനറും അഭ്യർത്ഥനയിൽ ഒപ്പിട്ടിരിക്കണം.

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.

പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ നടത്തുന്ന പ്രസ്താവന: പോളിസി ഉടമയുടെ ഒപ്പ് വിരലടയാളമായിട്ടോ ഇടതു പെരുവിരൽ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലോ പൂരിപ്പിക്കുക: **ബാധകമല്ലാത്തവ ഒഴിവാക്കുക. എനിക്ക് വ്യക്തിപരമായി അറിയാവുന്നതും അക്ഷരാഭ്യന്തരമായി/ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ മാത്രം സാക്ഷരനായ അപേക്ഷകനെ ഡോക്യുമെന്റിന്റെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ വായിച്ചുകേൾപ്പിക്കുകയും **തുടർന്ന് അയാൾ സ്വന്തമായി ഉള്ളടക്കങ്ങൾ പൂരിപ്പിച്ച് തന്റെ ഒപ്പ് ചേർക്കുകയും ചെയ്തു/ അപേക്ഷകന്റെ എഴുത്തുകാരൻ എന്ന നിലയ്ക്ക് അയാളുടെ നിർദ്ദേശമനുസരിച്ച് ഞാൻ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ പൂരിപ്പിക്കുകയും എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിൽ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കിയ ശേഷം അപേക്ഷകൻ അയാളുടെ **ഇടതു കൈയിലെ പെരുവിരലടയാളം/ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ് ചേർക്കുകയും ചെയ്തു.

Name of Declarant/Witness: _____ Date: DD-MM-YYYY Place: _____ Signature: _____
 പ്രഖ്യാപിതൻ / സാക്ഷിയുടെ പേര്: _____ തീയതി: DD-MM-YYYY സ്ഥലം: _____ ഒപ്പ്: _____

For Branch Use Only: To be filled by Branch Services – Mandatory **Request received from:** Customer Customer Representative Bank Courier
 ശാഖയിലെ ഉപയോഗത്തിന് മാത്രമുള്ളത്: ശാഖയിലെ **അപേക്ഷ ലഭിച്ചിരിക്കുന്നത്:** ഉപഭോക്താവിന്റെ ഉപഭോക്താവിന്റെ ബാങ്ക് കോറിയർ
 ഉദ്യോഗസ്ഥർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത് -നിർബന്ധം ഉപഭോക്താവ് പ്രതിനിധി

Form Received By: Employee Name: _____ Employee ID: _____ Employee Signature: _____
 ഫോം സ്വീകരിച്ച വ്യക്തി: ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര്: _____ ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ ഐഡി: _____ ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ ഒപ്പ്: _____

Request Received date at Branch: DD-MM-YYYY **Request received Time at Branch:** HH:MM
 ശാഖയിൽ അപേക്ഷ സ്വീകരിച്ച തീയതി: DD-MM-YYYY ശാഖയിൽ അപേക്ഷ സ്വീകരിച്ച സമയം: HH:MM



Acknowledgement Slip
സ്വീകരിച്ചതായുള്ള സിപ്പ്

Received a request for _____ against Policy/Solution No: _____ on Date: DD-MM-YYYY at HH:MM
 ഇനിപ്പറയുന്നതിനായി ഒരു അഭ്യർത്ഥന സ്വീകരിച്ചു പോളിസി നമ്പർ/ എൻ സൊല്യൂഷൻ നമ്പർ ഉള്ളതും: ന് തീയതി: DD-MM-YYYY ചെയ്തത് HH:MM

Received By: Employee Code _____ Employee Name _____ Date and Time Stamp / Seal of Branch _____
 സ്വീകരിച്ചത്: ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ കോഡ് ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര് തീയതിയും സമയവും, ശാഖയുടെ മുദ്ര,
 സീൽ