

Critical Illness Claim Form

সংকটজনক অসুস্থতায় বীমা দাবীর ফর্ম

POLICY NUMBER / পলিসির
নম্বর/এস

Important instructions:
গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশাবলী:

- The submission of the filled-up claim form, along with the required mandatory documents, is not to be construed as an admission of liabilities of our Company under the policy. No agent/intermediary has been or is authorized to admit any liabilities on behalf of the Company.
প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক নথিপত্রসহকারে এই ফর্ম জমা দেয়ার অর্থ এই নয় যে, পলিসির অধীনে আমাদের কোম্পানি দায় স্বীকার করে নিয়েছে। কোনো এজেন্ট/মধ্যস্থতাকারী কোম্পানির পক্ষ থেকে কোনো দায় স্বীকার করার জন্য অনুমোদিত নয়।
- Early submission of this form along with the required mandatory documents, as provided below, will enable us to process your claim faster. PNB MetLife shall not be responsible for any delay in the processing of the claim on account of submission of incomplete claim form and/or non-submission of the mandatory documents.
নীচে প্রদত্ত প্রয়োজনীয় বাধ্যতামূলক নথিপত্রসহকারে এই ফর্মটি তাত্ক্ষণিক জমা দেওয়া হলে আমাদেরকে আপনার দাবীটি দ্রুততার সাথে প্রক্রিয়া করতে সহায়তা করবে। অসম্পূর্ণ বীমা দাবীর ফর্ম জমা দেওয়া এবং/ অথবা বাধ্যতামূলক নথিপত্র জমা না দেওয়ার কারণে দাবী প্রক্রিয়াকরণে যেকোনো বিলম্বের জন্য পিএনবি মেটলাইফ দায়ী থাকবে না।
- This form is to be filled in completely in BLOCK letters.
এই ফর্মটি সম্পূর্ণ বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করতে হবে।
- Please Counter-sign where amendments/alterations are made in the form.
ফর্ম কোনো সংশোধন/পরিবর্তন করা হলে দয়া করে সেখানে কাউন্টার সাইন দিন।
- Witness signature of a Gazetted Officer/Notary Public/Magistrate or Person of local standing is mandatory.
গেজেটেড কর্মকর্তা/নোটারি পাবলিক/ম্যাজিস্ট্রেট বা স্থানীয় স্বনামধন্য কোনো ব্যক্তির স্বাক্ষর থাকা বাধ্যতামূলক।
- Forms & all requirements to be submitted at the nearest branch office of PNB MetLife or the address mentioned above.
ফর্মসমূহ এবং সমস্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্র পিএনবি মেটলাইফের নিকটস্থ শাখা অফিসে বা উপরে উল্লেখিত ঠিকানায় জমা দিতে হবে।

Section A: DETAILS OF THE LIFE INSURED

বিভাগ A: বীমা এহীতা সম্পর্কে বিস্তারিত বিবরণ

Name: _____		Age: _____	
নাম: _____		বয়স: _____	
Address (Current Residential Address): _____			
ঠিকানা (বর্তমান আবাসিক ঠিকানা): _____			
City _____	Pin Code _____	State _____	
শহর _____	পিন কোড _____	রাজ্য _____	
Contact Number: Landline _____		Mobile _____	
যোগাযোগের নম্বর: ল্যান্ডলাইন _____		মোবাইল _____	
E-mail Address: _____		PAN No./ Form 60: _____	
ই-মেইল ঠিকানা: _____		প্যান (PAN) নং/ফর্ম 60: _____	
*Aadhaar No: _____	*Only last 4 digits to be mentioned.		
*আধার নং: _____	*উল্লেখ করার জন্য কেবল শেষ 4 টি সংখ্যা।		

Section B: MEDICAL HISTORY OF LIFE INSURED

বিভাগ B: বীমা এহীতার চিকিৎসা সম্পর্কিত বিবরণ

Name of Illness/Disease/Injury Sustained: _____	
অসুস্থতার নাম/রোগ/আঘাতের টিকে থাকা: _____	
Symptoms: _____	
লক্ষণ: _____	
Duration of symptoms: _____	Date of Diagnosis: _____
লক্ষণগুলির সময়কাল: _____	রোগ নির্ণয়ের তারিখ: _____
When were these symptoms first evident/occurred: _____	
এই লক্ষণগুলি প্রথম কখন দেখা গিয়েছিল: _____	
Date and Time of Admission _____	Date and Time of Discharge _____
হাসপাতালে ভর্তি তারিখ এবং সময় _____	হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার তারিখ এবং সময় _____
Name of hospital: _____	
হাসপাতালের নাম: _____	
Have you ever had the similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "yes," provide details) _____	
আপনি কি অতীতে কখনও অনুরূপ অবস্থার সম্মুখীন হয়েছিলেন: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না (যদি "হ্যাঁ" থাকে তবে বিশদ সরবরাহ করুন) _____	

CRITICAL ILLNESS ACKNOWLEDGEMENT SLIP
ক্রিটিকাল ইলনেস বা গুরুতর অসুস্থতা সংক্রান্ত প্রাতিশ্রুতিকার স্লিপ

Policy number(s) _____
পলিসির নম্বর/এস _____

Name of claimant _____
ক্লেইম কর্তার নাম _____

Branch name & code _____
শাখার নাম ও কোড _____

Date: _____
তারিখ: _____

Employee name & Code _____
কর্মচারীর নাম ও কোড _____

Company Seal &
Stamp with Date
and time
তারিখ এবং সময়
সহ কোম্পানী সীল
ও স্ট্যাম্প

- Documents Submitted: নথিপত্র জমাকৃত:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Original Policy Document
আসল পলিসি নথি | <input type="checkbox"/> Claimant's photo identity proof
যৎকৎত খৎফ খনড় ঙ্গওত্ৰ্ত | <input type="checkbox"/> Family physician certificate
পারিবারিক চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র |
| <input type="checkbox"/> Cancelled cheque / Copy of bank passbook
ক্যানসেলকৃত চেক/ব্যাঙ্ক পাসবুকের কপি | <input type="checkbox"/> Attending physician certificate
বর্তমান চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র | |
| <input type="checkbox"/> PAN Card/ Form 60 of the nominee
নামিনির প্যান (PAN) কার্ড/ ফর্ম 60 | <input type="checkbox"/> Medical Documents (if any)
মেডিকেল ডকুমেন্টস (যদি থাকে) | <input type="checkbox"/> All past medical records for any treatment taken
নগো কোনও চিকিৎসার জন্য অতীতের সমস্ত
মডেকিলে রর্কেড |
- Complete medical records for diagnosis and treatment of the illness diagnosed i.e. all test/investigation reports, discharge summary, indoor case paper
রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার জন্য সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ডগুলি সনাক্ত করা হয়েছে অর্থাৎ সস্ত পরীক্ষা / তদন্ত রিপোর্ট, দ্রাবের সারাংশ, ইনডোর কেস পেপার

This acknowledgement slip should not be construed as acceptance of the claim. The Company reserves its right to call additional documents, information and any further requirements necessary in order to decide on processing of the claim.
এই স্বীকৃতি স্লিপটি দাবি হিসাবে গ্রহণযোগ্যতা হিসাবে তৈরি করা উচিত নয়। দাবিটি প্রক্রিয়াজাতকরণের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত নথি, তথ্য এবং প্রয়োজনীয় যে কোনও প্রয়োজনীয়তা কল করার জন্য সংশ্লিষ্ট তার অধিকার সংরক্ষণ করে।

Nature of Illness and Habits অসুস্থতা ও অভ্যাসের একটি		Date of diagnosis of Illness রোগ নির্ণয়ের তারিখ
<input type="checkbox"/> Hypertension হাইপারটেনশন	<input type="checkbox"/> Diabetes ডায়াবেটিস	<input type="checkbox"/> Asthma হাঁপানি
<input type="checkbox"/> Tuberculosis যক্ষ্মা	<input type="checkbox"/> Heart হৃদয়	
	<input type="checkbox"/> Cancer ক্যান্সার	
<input type="checkbox"/> Smoking ধূমপান	<input type="checkbox"/> Alcohol আলকোহল	<input type="checkbox"/> Tobacco তামাক
	<input type="checkbox"/> Drugs মাদকদ্রব্য	
If yes, Duration of Consumption _____ & Quantity Consumed _____ পৃষ্ঠা যদি হ্যাঁ, ব্যবহারের সময়কাল _____ & পরিমাণ খরচ _____		
Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for Paralysis, Parkinsons Disease, Stroke, Muscular Dystrophy, Major Head Trauma, and Doctor's Certificate for Neurological condition for Alzheimer's Disease, Deafness, Multiple Sclerosis, Loss of Speech, Loss of Limbs, Motor Neuron Disease, Blindness, Loss of Independent Existence		
দ্রষ্টব্য: অনুগ্রহ করে পারালাইসিস, পারকিনসন ডিজিজ, স্ট্রোক, মাসকুলার ডিস্ট্রফি, মেজর হেড ট্রমা জন্ম উপলব্ধ অতিরিক্ত ডাক্তারের সার্টিফিকেট এবং আলঝাইমার্স ডিজিজ, বধিরতা, মাল্টিপল স্কেলোসিস, বাকশক্তি হ্রাস, হাত-পা নড়াচড়ার সমস্যা, মোটর নিউরন ডিজিজ, অন্ধত্ব, স্বাধীন অস্তিত্ব হানির মত স্নায়ুগত স্বাস্থ্যসমস্যার জন্য ডাক্তারের সার্টিফিকেট পূরণ করুন।		

Information about the Critical Illness (Please tick the illness diagnosed)
মারাত্মক অসুস্থতা সম্পর্কিত তথ্য (দয়া করে চিকিৎসাকৃত অসুস্থতায় টিক চিহ্ন দিন)

<input type="checkbox"/> Heart attack হাট আঘাত	<input type="checkbox"/> Cancer ক্যান্সার	<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) সিএবিজি (করোনারি আর্টারি বাইপাস সার্জারি)
<input type="checkbox"/> Stroke স্ট্রোক	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome আপলিক সিনড্রোম	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor বিপাক্ষক নয় এমন ব্রেন টিউমার
<input type="checkbox"/> Blindness অন্ধত্ব	<input type="checkbox"/> Brain Surgery এবং অপারেশন	<input type="checkbox"/> Coma কোমা
<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease সাংঘাতিক পর্যায়ের লিভার ডিজিজ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery হাটে ভালভ সার্জারি	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma মাথায় জটিল আঘাত
<input type="checkbox"/> Angioplasty আ্যাঞ্জিওপ্লাস্টি	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant জটিল অঙ্গ প্রতিস্থাপন	<input type="checkbox"/> Paralysis পক্ষাঘাত
<input type="checkbox"/> Aplastic Anemia তাপ্লাস্টিক এনিমিয়া	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কার্ডিওমাইওপ্যাথি	<input type="checkbox"/> Deafness কানে শুনতে না পাওয়া
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease পারকিনসন রোগ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis পলিওমাইলাইটিস	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis লুপাস নেফ্রাইটিস সহযোগে এসএলই
<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension প্রাথমিক পালমোনারি হাইপারটেনশন	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy মাংসপেশীর পুষ্টিহীনতা	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis একাধিক স্কেলোসিস
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease মোটর নিউরন ডিজিজ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease মেডুলারি সিস্টিক ডিজিজ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech বাকশক্তি হারানো
<input type="checkbox"/> Kidney Failure কিডনি নষ্ট হয়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease আলঝাইমার রোগ	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ধমনী সার্জারি
<input type="checkbox"/> Major Burns অনেক বেশী পুড়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> Terminal Illness মারাত্মক অসুস্থতা	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs অজহানি
<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence স্বাধীনভাবে চলাফেরা করতে অসমর্থ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের রোগ	

Section C: PAYMENT – NEFT
বিভাগ C: পেমেন্ট – NEFT

Bank Account no: _____ ব্যাংক আ্যাকাউন্ট নম্বর: _____
Name of bank: _____ ব্যাংকের নাম: _____
IFSC code: _____ আই এফ এস সি কোড: _____

Section D: DECLARATION & AUTHORIZATION
বিভাগ D: ঘোষণা ও অনুমোদন

I do hereby declare that all the above statements are true and complete and that nothing has been suppressed or with - held from my side. I understand that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted liability or waived any of its rights under the policy. I hereby authorize the physician or hospital who has attended upon or examined or treated me for any ailment or illness to divulge any knowledge or information or furnish the records regarding my state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by PNB MetLife.

আমি এইমর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরের বর্ণিত সমস্ত বক্তব্য সত্য ও সম্পূর্ণ এবং তার একটুও আমার দ্বারা কোনোভাবে গোপন করা হয়নি। আমি বুঝেছি যে দাবীপত্র দাখিলের ফলে পিএনবি মেটলাইফ দায় স্বীকার করেনি বা উক্ত প্রান্তিষ্টান বীমা পলিসির অধীনে তার কোনো অধিকার পরিত্যাগ করেনি। আমি এইমর্মে পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক আমাকে বীমা পলিসি ইস্যু করার আগে বা পরে আমার কোনো রোগ বা অসুস্থতার জন্য যে ডাক্তার বা হাসপাতাল আমার স্বাস্থ্য পরীক্ষা করেছে, আমার চিকিৎসা করেছে তার/তারের নিকট আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত রেকর্ডসমূহ থাকলে তা পেশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the personal and sensitive information of mine/our collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include KYC documents to any individual / organisation / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife, including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry association / federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent service.

আসামি/আমরা আরো সম্মতি জ্ঞাপন করছি ও অনুমোদন দিচ্ছি যে, পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক সংগ্রহকৃত বা পিএনবি মেট লাইফ এর নিকট থাকা আমার/আমাদের যে কোনো ব্যক্তিগত ও সংবেদনশীল তথ্য (এই বিবৃতিতে অন্তর্ভুক্ত থাকুক অথবা অন্য কোনো ভাবে সংগৃহীত হউক না কেনো) এবং এর মধ্যে কেওসাইসি নথিপত্রও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, এই দাবী প্রক্রিয়া করতে এবং অথবা পরবর্তী পরিষেবা এদানের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করতে পারবে এবং পুনঃবীমাকারী প্রতিষ্ঠান, বীমা দাবী সম্পর্কিত তদন্তকারী সংস্থা, বিক্রেতা এবং শিল্প সমিতি/ফেডারেশনসহ পিএনবি মেটলাইফ এর সাথে সংশ্লিষ্ট বা পিএনবি মেটলাইফ কর্তৃক নিয়োজিত যেকোনো পিত্ত/সংস্থা/প্রতিষ্ঠান এর নিকট প্রকাশ করতে পারবে।

Signature/Left Thumb impression _____ Date _____
স্বাক্ষর/বাম আঙুলের ছাপ _____ তারিখ _____

Declaration by the person filling in the Critical Illness Claim form. (in case the Critical Illness Claim form is filled up / signed in a language different from that of application form)

দাবী ফর্ম পূরণকারী ব্যক্তির দ্বারা ঘোষণা। (যদি আবেদন ফর্মের চেয়ে আলাদা ভাষায় দাবী ফর্মটি পূরণ করা / স্বাক্ষরিত হয়)

I hereby declare that I have fully explained the contents of the Critical Illness Claim form to the claimant in the language understood by him/her. The same have been fully understood by him/her and the replies have been recorded as per the information provided by the claimant and the replies have been read out to, fully understood and confirmed the claimant.

আমি এখানে ঘোষণা করছি যে আমি সমালোচনামূলক অসুস্থতা দাবী ফর্মের বিষয়বস্তু দাবিদারকে তার / তার দ্বারা বোঝানো ভাষায় সম্পূর্ণ ব্যাখ্যা করেছি। এটি তার / তার দ্বারা পুরোপুরি বোঝা গিয়েছে এবং দাবিগুলি দাবার প্রদত্ত তথ্য অনুযায়ী জবাবগুলি রেকর্ড করা হয়েছে এবং উত্তরগুলি পুরোপুরি বোঝা গেছে এবং দাবিদারকে নিশ্চিত করেছে।

The content of the form and document have been fully explained to me and that I have fully understood the content mentioned herein and its significance for the proposed Claim

দস্তাবেজের সামগ্রী এবং ফর্মটি আমাকে পুরোপুরি শমাস্যা করা হয়েছে এবং আমি এখানে উল্লিখিত সামগ্রী এবং প্রস্তাবিত দাবির জন্ম এর তাৎপর্য পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি।

PNB MetLife India Insurance Company Limited
Registered office: Unit No 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore - 560001, Karnataka. IRDA of India Registration number 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor, Techniplex-1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062, Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড
রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্ডিয়া রেগুলেটরি অ্যান্ড ভেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117,
CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পার্টাল

এখানে 1ম তলা,
টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাত্তারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোবর্গাও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Date তারিখ	Place স্থান	Signature of Declarant/ Witness সাক্ষীর স্বাক্ষর/ঘোষণাকারী	Signature / Left thumb Impression Claimant/ Nominee দাবীকারী/উত্তরাধিকারীর স্বাক্ষর/বৃহদঙ্গুলের ছাপ
Name of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকারী/সাক্ষীর নাম: _____	Address of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকারী/সাক্ষীর ঠিকানা: _____	Contact No. of Declarant/ Witness: _____ ঘোষণাকারী/সাক্ষীর যোগাযোগের নম্বর: _____	Claimant relation with Declarant/ Witness: _____ সাক্ষী/ঘোষণাকারীর সাথে দাবিদারের সম্পর্ক: _____
Date: _____ তারিখ: _____	Place: _____ স্থান: _____		

Mandatory Documents to be submitted along with this form:

বাধ্যতামূলক নথিগুলি এই ফর্মের সাথে জমা দিতে হবে:

- Doctor's Certificate (From the family physician or treating doctor) preferably in the standardized PNB MetLife format
ডাক্তারের সার্টিফিকেট (পারিবারিক ডাক্তার বা চিকিৎসাকারী ডাক্তারের কাছ থেকে), স্ট্যান্ডার্ডকৃত PNB মেটলাইফের ফরম্যাটে হলে ভালো হয়
- Discharge Summary confirming the surgery undergone
সম্পন্নকৃত অস্ত্রোপচার নিশ্চিতকারী ডিসচার্জ সামারি
- All past medical records for any treatment taken
কোনো পূর্বে চিকিৎসার জন্য অর্জিত সমস্ত মেডিক্যাল রেকর্ডস
- Cancelled cheque / Copy of bank passbook
ক্যানসেলড চেক/ব্যাঙ্কের পাসবইয়ের কপি
- PAN Card/ Form 60 of the life assured
প্যান কার্ড / জীবন নিশ্চিত ফর্ম 60
- Current address proof
বর্তমান ঠিকানার প্রমাণ
- Photo identity proof
সচিত্র পরিচয় পত্র
- Hospital Cash Benefit Claim Form to be attested by concerned doctor
হাসপাতালের ক্যাশ বেনেফিট ক্লেইম ফর্ম সংশ্লিষ্ট ডাক্তারের দ্বারা প্রত্যয়িত করতে হবে
- Authorization letter from the claimant in case the claim intimation is received through third party for claims received at the Branch/GPH
শাখা/GPH-এ প্রাপ্ত ক্লেইমের ক্ষেত্রে তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে ক্লেইমের জানান প্রাপ্ত হলে, দাবীকারীর কাছ থেকে অথরাইজেশন চিঠি

Note: Please mask first 8 digits of Aadhaar number if Aadhaar Card is submitted as KYC proof with the request

মনে রাখবেন: অনুরোধটির সাথে KYC প্রমাণ হিসেবে আধার কার্ড দেওয়া হলে, অনুগ্রহ করে, আধার কার্ডের প্রথম ৪টি অংক ঢেকে রাখুন

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore - 560001, Karnataka. IRDA of India Registration number 117, CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us at Toll - free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor, Techniplex-1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062, Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্ডিয়া বেক্সের অ্যাডভান্সড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পার্তাণ এখানে 1ম তলা,

টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাবারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোরেগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203