

Last Employer details (If applicable):

ਆਖਰੀ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ):

Name of the Company: _____ Name of contact person: _____ Last working day of Life Assured:

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

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਸੰਪਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਜੀਵਨ ਬੀਮੇ ਦਾ ਆਖਰੀ ਕੰਮਕਾਜੀ ਦਿਨ: _____

Nature of work and designation: _____

ਕੰਮ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ ਅਤੇ ਅਹੁਦਾ: _____

Nature of Death: Natural Suicide Accident Murder Medical (If Medical, pls. specify the illness) _____

ਮੌਤ ਦੀ ਕੁਦਰਤ: ਕੁਦਰਤੀ ਖੁਦਕੁਸ਼ੀ ਹਾਦਸਾ ਕਤਲ ਮੈਡੀਕਲ (ਜੇ ਮੈਡੀਕਲ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੱਸੋ) _____

Cause of Death: _____

ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ: _____

SECTION C - NATURE OF ILLNESS AND HABIT OF THE INSURED

ਸੈਕਸ਼ਨ C - ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ

Date of diagnosis of illness

ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ

- Hypertension (ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ)
 Kidney disease (ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ)
 Smoking (ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ)
 Asthma (ਦਮਾ)
 Diabetes (ਸ਼ੂਗਰ)
 Cancer (ਕੈਂਸਰ)
 Tobacco (ਤੰਬਾਕੂ)
 Tuberculosis (ਤਪਦਿਕ)
 Heart disease (ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ)
 Other (ਹੋਰ)
 Drugs (ਨਸ਼ੇ)
If yes, Duration of Consumption & Quantity Consumed (ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ ਅਤੇ ਖਪਤ ਦੀ ਮਾਤਰਾ)

SECTION D - OTHER INSURANCE DETAILS: (LIFE/MEDICLAIM/HEALTH)

ਸੈਕਸ਼ਨ D - ਹੋਰ ਬੀਮੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ: (ਜੀਵਨ/ਮੈਡੀਕਲੇਮ/ਸਿਹਤ)

Table with 4 columns: Policy No. (ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ), Company Name (ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ), Sum Assured (ਬੀਮੇ ਦੀ ਰਕਮ), Status (Active/Lapsed/Applied/Matured) (ਸਥਿਤੀ)

SECTION E - DETAILS OF CLAIMANT

ਸੈਕਸ਼ਨ E - ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

Claimant Name: Mr. Ms. (F I R S T M I D D L E L A S T)

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: ਮਿਸਟਰ ਸ੍ਰੀਮਤੀ

Date of Birth: (D D M M Y Y Y Y)

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:

Address: _____

ਪਤਾ: _____

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

Contact No.: OFFICE: RESIDENCE: MOBILE:
ਸੰਪਰਕ ਨੰ.: ਦਫਤਰ: ਨਿਵਾਸ: ਮੋਬਾਈਲ:

Office &/ or Personal Email id: ਦਫਤਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ:

Relation with the Life Assured: Spouse Children Parents Others (Please specify)
ਜੀਵਨ ਬੀਮੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧ: ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਬੱਚੇ ਮਾਪੇ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰੋ)

Claimant's Title: Nominee Executor Trustee Appointee Employer Assignee Beneficiary
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ: ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਟਰੱਸਟੀ ਨਿਯੁਕਤੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਨਿਯੁਕਤੀ ਲਾਭਪਾਤਰੀ

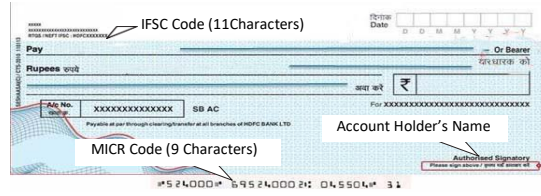
Claimant's PAN details: _____ or Form 60 _____
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਪੈਨ ਵੇਰਵੇ: _____ ਜਾਂ 60 ਤੋਂ

Politically exposed person: Yes No
ਸਿਆਸੀ ਤੌਰ ਤੇ ਬੇਨਕਾਬ ਵਿਅਕਤੀ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ

US Person: Yes No (If Yes, please fill FATCA / CRS Questionnaire)
ਯੂ.ਐੱਸ. ਵਿਅਕਤੀ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਫ ਟੀ ਸੀ ਏ / ਸੀ ਆਰ ਐਸ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਭਰੋ)

SECTION F- CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS
ਸੈਕਸ਼ਨ F - ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨੈਫਟ ਹੁਕਮ/ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

Account No.: _____
 ਖਾਤਾ ਨੰ.: _____
 Account Holder Name: _____
 ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____
 Bank Name & Branch: _____
 ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸ਼ਾਖਾ: _____
 Account Type: Savings Current NRO NRE#
 ਖਾਤੇ ਦੀ ਕਿਸਮ: ਬਚਤ ਮੌਜੂਦਾ ਐਨ.ਆਰ.ਓ ਐਨ.ਆਰ.ਈ#
 IFSC: _____ MICR: _____
 ਆਈ ਐਫ ਐਸ ਸੀ: _____ ਐਮ ਆਈ ਸੀ ਆਰ: _____
 Payout option: Lump sum Regular Payment Annuity
ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ: ਇੱਕਮੁੜ ਰਕਮ ਨਿਯਮਤ ਭੁਗਤਾਨ ਸਲਾਨਾ
 (Options are subject to applicable Terms & Conditions of the Policy.)
 (ਵਿਕਲਪ ਨੀਤੀ ਦੇ ਲਾਗੂ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹਨ।)



SECTION G- NAME, ADDRESS AND CONTACT DETAILS OF ALL DOCTORS / HOSPITALS WHERE THE LIFE INSURED WAS TREATED WITHIN THE LAST 5 YEARS PRECEDING THE DEATH
ਸੈਕਸ਼ਨ G- ਨਾਮ, ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰਾਂ/ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ ਜਿਥੇ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਜੀਵਨ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ

Name of Doctor/ Hospital ਡਾਕਟਰ / ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ	Address and Contact Details ਪਤਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ	Disease /Condition Treated For ਬਿਮਾਰੀ/ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ	Treatment Dates (From- To) ਇਲਾਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ (ਤੋਂ- ਤੱਕ)

***SECTION H- DECLARATION AND AUTHORIZATION**
***ਸੈਕਸ਼ਨ H - ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ**

I/We, the above-named Claimant(s), do solemnly declare that the above answers and statements are true in all respects, and I/ we further agree that in furnishing claim form PNB MetLife has not admitted any liability or waived any of its rights. I/ We understand and agree that the submission of this form does not mean that the request will be processed. I/ We understand that any payout under the policy shall be strictly in accordance with the policy terms and conditions. Any payment shall be subject to realization of the last renewal premium payment. A photocopy of this declaration shall be considered as valid and effective.

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ, ਉਪਰੋਕਤ-ਨਾਮ ਕੀਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ(ਆਂ), ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਵਾਬ ਅਤੇ ਕਥਨ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਸਹੀ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਿੱਚ PNB MetLife ਨੇ ਕੋਈ ਵੀ ਦੋਣਦਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਮੁਆਫ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ, ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੋਈ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਸਖਤੀ ਨਾਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਕੋਈ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਆਖਰੀ ਰੀਨਿਊਲ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਸ ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਨੂੰ ਵੇਧ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

I/We hereby authorize the physicians/doctors or hospitals, medical centers, who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness or other Insurance Companies which issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/ past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnostic centers wherein the life insured underwent personal/ official/ insurance related medical tests, to divulge or share any knowledge or information or documents regarding the deceased's state of health or other details which he/they may have acquire whether before or after the policy was issued by PNB MetLife. A Photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the Original.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ / ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਉਪਰੋਕਤ ਮਿਤ੍ਰਕ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਬੀਮਾਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਬੀਮੇ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਧਿਆਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਚ ਉਪਰੋਕਤ ਮਿਤ੍ਰਕ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮਾ ਸੰਬੰਧਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ। ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ / ਬੀਮੇ ਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਰਾਂ ਜਾਂ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਸਿਹਯੋਗੀਆਂ, ਜਨਮ ਅਤੇ ਮੌਤ ਰਿਜਿਸਟਰਾਰ, ਨਿਦਾਨ ਸੈਂਟਰ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਗਤ ਵਿਅਕਤੀਗਤ / ਸਰਕਾਰੀ / ਬੀਮਾ ਸੰਬੰਧਤ ਮੈਡੀਕਲ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਮਿਤ੍ਰਕ ਦੇ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਹੋਰ ਵੇਰਵਿਆਂ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨਾ ਪੀ.ਐੱਨ.ਬੀ. ਸੇਥਲਾਈਵ ਦੁਆਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਿਹਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿਚ ਉਸ ਨੂੰ ਕੀ ਐਕੁਆਇਰ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਮੂਲ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

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 document to any individual / organization / entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services.

ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਵ, (ਚਾਹੇ ਇਸ ਕਥਨ ਵਿੱਚ ਹੈ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ) ਨਾਲ ਮੇਰੀ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਾਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੇ.ਵਾਈ.ਸੀ. ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ / ਸੰਸਥਾ / ਹਸਤੀ ਜੋ ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਵ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਦੁਬਾਰਾ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਕਰੇਤਾ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗਿਕ ਐਜੰਸੀਏ ਨ / ਫੋਡਰਾ ਨ, ਇਸ ਕਲਾਈ ਪ੍ਰਕਾਰੀਆ ਦੀ ਪ੍ਰਕਾਰਿਆ ਦੇ ਉਦੇ ਲਈ / ਜਾਂ ਅਗਲੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ।

Indemnity/Undertaking/Warranty and Representations by the Claimant in lieu of original policy bond and document
ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਂਡ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਬਦਲੇ ਵਿੱਚ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ/ ਵਚਨਬੱਧਤਾ/ ਵਾਰੰਟੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾਵਾਂ

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy contract is not pledged, mortgaged, assigned, or otherwise created any adverse lien, title, interest over it either by the policyholder or by the legal heirs and I further undertake to destroy it as a null and void document post receipt of the full and final payment of the claim under the policy from the Company. I further undertake that the Company stands indemnified by me against all losses, claims whatsoever arising out of anything in relation to the dispensation of original policy contract or the representations/warranties herein. I completely understand and agree with the Company that it shall stand conclusively discharged from all the obligations arising out of this policy/ies upon making the payment to me, nominee, legal heir, or successor of the policyholder/life assured. I hereby acknowledge and agree that any incorrect, false, or misleading or deficit information furnished by me may result in the rejection of claim or the recovery of claim proceeds with cost and compensation as the case may be apart from civil and criminal liability on me and my assets.

ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਨਾ-ਬਦਲਣਯੋਗ ਪੱਖ ਲੈਣ/ਲੈਣੀ ਹਾਂ, ਮੰਨਦਾ/ਮੰਨਦੀ ਹਾਂ, ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਸਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਇਕਰਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਗਿਰਵੀ ਨਹੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ, ਅਸਾਇਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਸਾਂ ਰਾਹੀਂ ਇਸ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਗਲਤ ਅਧਿਕਾਰ, ਮਾਲਕੀ, ਇਸ 'ਤੇ ਵਿਆਜ ਨਹੀਂ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਅਤੇ ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਪਾਲਿਸੀ ਤਹਿਤ ਕਲੇਮ ਦਾ ਪੂਰਾ ਅਤੇ ਅੰਤਿਮ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਨਜਾਇਜ਼ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਜੋਂ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਦਾ ਵਚਨ ਵੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਵਚਨ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਸਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਜਾਂ ਇਸ ਦੀਆਂ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀਆਂ/ ਵਾਰੰਟੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਲਤੀਆਂ, ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਮੇਰੇ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਮੇਰੇ, ਮਨੋਨੀਤ ਵਿਅਕਤੀ, ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਿਸ ਜਾਂ ਉਤਰਾਧਿਕਾਰੀ/ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਸ ਪਾਲਿਸੀ/ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਕਾਰਣ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਫਰਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਮੁਕਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਰਾਹੀਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਅਸ਼ੁੱਧ, ਗਲਤ, ਜਾਂ ਗੁੰਮਰਾਹਕੁੰਨ ਜਾਂ ਘੱਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਮੇਰੇ ਜਾਂ ਮੇਰੀਆਂ ਸੰਪਤੀਆਂ 'ਤੇ ਸਿਵਲ ਅਤੇ ਅਪਰਾਧਕ ਜੁਆਬਦੇਹੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਜਿਹੇ ਜਿਹੇ ਸਥਿਤੀ ਹੋਵੇ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਨਾਲ ਕਲੇਮ ਜਾਂ ਕਲੇਮ ਦੀ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Date / ਤਾਰੀਖ:

Place / ਸਥਾਨ: _____

SIGN HERE
 ਇੱਥੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ
 Signature of Claimant
 ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

DECLARATION TO BE MADE BY A THIRD PERSON

ਘੋਸ਼ਣਾ ਇੱਕ ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in _____ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਣੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ/ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ/ਬਿਨੈ ਪੱਤਰ ਨਹੀਂ ਭਰਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੂੰ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਮੇਰੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਣੇ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ/ਸਿੱਧਕਾਏ ਹਨ।

Name of the Declarant: _____ Claimant relation with Declarant: _____

ਘੋਸ਼ਣਾਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਘੋਸ਼ਣਾਕਰਤਾ ਨਾਲ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਸਬੰਧ: _____

Address: _____ Contact Number of Declarant: _____

ਪਤਾ: _____ ਘੋਸ਼ਣਾਕਰਤਾ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: _____

Date / ਤਾਰੀਖ:

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

Place / ਸਥਾਨ: _____

SIGN HERE
ਇੱਥੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ

**Signature of Third person
ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ**

Terms and Conditions:

ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ:

1) 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.

ਲੋੜੀਂਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਭਰੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਾਉਣਾ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਤਿਹਤ ਸਾਡੀ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਣਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਏਜੰਟ / ਵਿਚਲਗੀਰ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

2) 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.

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਕੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਹੋਵੇਗੀ। ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਅਧੂਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਾ ਜਮਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗੀ।

Important Note: In case of any demand or favor asked by anyone including a company representative towards claim processing or settlement, the same should not be entertained and must be reported to the company immediately on the company's Email id: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨੋਟ: ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਾਂ ਨਿਪਟਾਰੇ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਮੰਗ ਜਾਂ ਪੱਖ ਮੰਗਾਂ ਜਾਂ ਵੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਇਸਦਾ ਮਨੋਰੰਜਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ ਤੇ ਤੁਰੰਤ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ: claimshelpdesk@pnbmetlife.com

INSTRUCTION FOR FILLING UP THE FORM

ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ ਹਦਾਇਤਾਂ

IMPORTANT INFORMATION (Please read before filling the form)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੜ੍ਹੋ)

1. The form should be filled by the claimant only. In case the claimant is a minor, the guardian/appointee may fill the form.

ਫਾਰਮ ਸਿਰਫ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

2. Claims under multiple policies may be registered by filling a single form & providing all applicable policy numbers.

ਮਲਟੀਪਲ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਦਾਅਵੇ ਇੱਕ ਸਿੰਗਲ ਫਾਰਮ ਭਰ ਕੇ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

3. In case of more than one claimant, separate forms need to be filled for each claimant.

ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਹਰੇਕ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

4. Please read the declarations carefully and the claimant should sign the claim form in the same manner as you normally sign your cheque.

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘੋਸ਼ਣਾਵਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਉਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਆਪਣੇ ਚੈੱਕ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ।

5. Claim is payable subject to fulfillment of all terms and conditions of the policy.

ਦਾਅਵਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੈ।

6. No fee or commission should be paid to anyone to process this claim.

ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਫੀਸ ਜਾਂ ਕਮਿਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

7. Make sure your address, phone numbers and email ID are current and active as the correspondence will happen through this only.

ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪਤਾ, ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ ਸਿਰਫ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਹੀ ਹੋਵੇਗਾ।

8. Asterisk (*) refers to mandatory information.

ਤਾਰਾ (*) ਲਾਜ਼ਮੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY-INDIVIDUAL DEATH CLAIM FORM

ਗ੍ਰਾਹਕ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਕਾਪੀ-ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮੌਤ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

Policy No.: _____

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ:

Branch Name / Intimation Number: _____

ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ / ਸੂਚਨਾ ਨੰਬਰ:

Employee Name: _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ:

Employee Signature: _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:

IRDAI Registration No. _____

ਆਈ ਆਰ ਡੀ ਏ ਆਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ

Claimant Name: _____

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:

Claimant Client ID: _____

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਕਲਾਇੰਟ ਆਈ.ਡੀ.:

Date: _____

ਤਾਰੀਖ:

Employee Code: _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਕੋਡ:

Branch Stamp
ਬ੍ਰਾਂਚ ਸਟੈਂਪ

LIST OF VALID IDENTITY & ADDRESS PROOFS (Please tick the document submitted)**ਵੈਧ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਪਤੇ ਦੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)****PHOTO IDENTIFY PROOF (ANY ONE)****ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਵੀ)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Claimant's PAN CARD
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪੈਨ ਕਾਰਡ | <input type="checkbox"/> Valid Passport
ਵੈਧ ਪਾਸਪੋਰਟ |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ* | <input type="checkbox"/> Valid Driving License
ਵੈਧ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old) ID
ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੋਹਰ ਲੱਗੀ ਫੋਟੋ (6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੁਰਾਣੀ ਨਾ ਹੋਵੇ) ਆਈ.ਡੀ | |
| <input type="checkbox"/> Card Issued by Central/State Govt. to employees
ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਕੇਂਦਰ/ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕਾਰਡ। | |
| <input type="checkbox"/> Any other Central/State Govt. issued ID
ਕੋਈ ਹੋਰ ਕੇਂਦਰੀ/ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਆਈ.ਡੀ | |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
ਵੋਟਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ | |

ADDRESS PROOF (ANY ONE)**ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਵੀ)**

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Valid Passport
ਵੈਧ ਪਾਸਪੋਰਟ |
| <input type="checkbox"/> Voter ID Card
ਵੋਟਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card*
ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ* |
| <input type="checkbox"/> Valid Driving License
ਵੈਧ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ |
| <input type="checkbox"/> Bank Passbook with stamped photograph (not more than 6 months old)
ਸਟੈਂਪ ਵਾਲੀ ਫੋਟੋ ਵਾਲੀ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ (6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੁਰਾਣੀ ਨਹੀਂ) |

*I voluntarily provide my consent to use my Aadhar to conduct identity check towards KYC compliance by PNB MetLife Insurance Co. Ltd

*ਮੈਂ ਪੀ.ਐਨ.ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਭਾਰਤੀ ਬੀਮਾ ਸੀ ਓ. ਐਲ ਟੀ ਡੀ ਦੁਆਰਾ ਕੇ.ਵਾਈ.ਸੀ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਲਈ ਪਛਾਣ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਧਾਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਸਵੈ-ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

NOTE: CLAIMANT NEFT MANDATE/ BANK ACCOUNT DETAILS**ਨੋਟ: ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨੈੱਟ ਆਏਜ਼/ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ**

- A cancelled personalized cheque with the account no. and IFSC should be submitted along with the NEFT mandate. If the cheque is not personalized, a latest bank statement or copy of passbook (where account number and IFSC is mentioned) needs to be submitted with the mandate.

ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਚੈੱਕ। ਅਤੇ ਆਈ ਐੱਫ ਐੱਸ ਸੀ ਨੂੰ ਐਨ ਈ ਐੱਫ ਟੀ ਆਏਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਚੈੱਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਨਵੀਨਤਮ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ (ਜਿੱਥੇ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਆਈ ਐੱਫ ਐੱਸ ਸੀ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਹੈ) ਨੂੰ ਆਏਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

- This mandate, upon processing, will override any of the previously tagged NEFT mandates for all policies, held by the client with PNB MetLife Insurance Co.Ltd.

ਇਹ ਹੁਕਮ, ਪ੍ਰੋਸੈਸਿੰਗ ਤੇ, ਪੀ.ਐਨ.ਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਭਾਰਤੀ ਬੀਮਾ ਸੀ ਓ. ਐਲ ਟੀ ਡੀ ਕੋਲ ਗਾਹਕ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਟੈਗ ਕੀਤੇ ਗਏ ਐਨ ਈ ਐੱਫ ਟੀ ਆਏਜ਼ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਓਵਰਰਾਈਡ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ।

- In case of NEFT failure or any further requirements pending on the mandate, payout will be kept on hold till fresh NEFT mandate is received. Intimation will be sent to you for the same.

ਐਨ ਈ ਐੱਫ ਟੀ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਜਾਂ ਆਏਜ਼ ਤੇ ਹੋਰ ਲੋੜਾਂ ਲਿਬਿਟ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਤਾਜ਼ਾ ਐਨ ਈ ਐੱਫ ਟੀ ਆਏਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਤੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਨੂੰ ਰੋਕਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਸਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ।

*Refund to NRE account (full or proportionate) will be subject to ratio of premium(s) paid through NRE Account. Please submit a Bank Statement or Bank Confirmation letter as evidence for premium(s) paid through NRE account.

*ਐਨ ਆਰ ਈ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਰਿਫੰਡ (ਪੂਰਾ ਜਾਂ ਅਨੁਪਾਤਕ) ਐਨ ਆਰ ਈ ਖਾਤੇ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਨ ਆਰ ਈ ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਬੈਂਕ ਪੁਸ਼ਟੀ ਪੱਤਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

In case of proportionate payout, please provide two NEFT mandates i.e. for NRE account and Non-NRE account.

ਅਨੁਪਾਤਕ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੋ ਐਨ ਈ ਐੱਫ ਟੀ ਆਏਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਐਨ ਆਰ ਈ ਖਾਤੇ ਅਤੇ ਗੈਰ- ਐਨ ਆਰ ਈ ਖਾਤੇ।

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ, ਦਫਤਰ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਪੱਛਮੀ ਵਿੰਗ ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰ, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001. ਕਰਨਾਟਕ. ਭਾਰਤ ਦਾ ਆਈਆਰਡੀਏ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, ਸਾਨੂੰ ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-425-6969, ਵੈਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ- ਪਹਿਲੀ ਮੰਜਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ-1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਆਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ ਦੇ ਨੀਚੇ ਗੋਰੇਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, ਫੋਨ: 91-22-41790000, ਫੈਕਸ: 91-22-41790203

BEWARE OF SPURIOUS / FRAUD PHONE CALLS: IRDAI is not involved in activities like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums. Public receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint.

ਜਾਅਲੀ / ਧੋਖਾਧੜੀ ਵਾਲੇ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਵਧਾਨ: ਆਈ ਆਰ ਡੀ ਏ ਆਈ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਵੇਚਣ, ਬੋਨਸ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਜਾਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਰਗੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਅਜਿਹੀਆਂ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੁਲਿਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।