



AsthLife Insurance Company Limited.

SKS Tower, level-12, 7 VIP Road,

Mohakhali, Dhaka-1206.

Phone: +880255058358-61

পলিসির মেয়াদ/পেমেন্ট মোড/পলিসি পরিকল্পনা/বীমা অংক পরিবর্তনের জন্য আবেদন (Application for alteration of Policy Term/ Payment Mode/Policy Plan/ Sum Assured)

বীমা গ্রাহকের নাম: _____
(Name of the Insured)
বীমা পত্র নম্বর: _____ বীমা অংক: _____
(Policy no) (Sum Assured)

আপনি আপনার পলিসিতে নিম্নে বর্ণিত যে তথ্যটি পরিবর্তন বা স্থানান্তরিত করতে চান তা উল্লেখ করুন।

(Please select from below which information you want to Update/Alter in your policy)

পলিসির মেয়াদ পরিবর্তন (Changing of the Term of Policy)

বীমা পত্রে উল্লেখিত আপনার পলিসির বর্তমান মেয়াদ: বছর
(The current Term mentioned in your policy)

আপনার পলিসির পরিবর্তিত মেয়াদ: বছর
(The altered Term of your policy)

পেমেন্ট মোড পরিবর্তন (Changing of the Payment Mode of Policy)

আপনার পলিসির বর্তমান পেমেন্ট মোড:
(The current Mode of Payment mentioned in your policy)

আপনার পলিসির পরিবর্তিত পেমেন্ট মোড:
(The altered Mode of Payment in your policy)

পলিসি পরিকল্পনা পরিবর্তন (Changing of Policy Plan)

আপনার বর্তমান পলিসি পরিকল্পনা:
(The current Plan mentioned in your policy)

আপনার পলিসির পরিবর্তিত পরিকল্পনা:
(The altered Plan of your policy)

বীমা অংক পরিবর্তন (Changing of Sum Assured)

আপনার পলিসির বর্তমান বীমা অংক:
(The current Sum Assured mentioned in your policy)

আপনার পলিসির পরিবর্তিত বীমা অংক:
(The altered Sum Assured of your policy)

স্বাক্ষর: _____ বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর- প্রস্তাবপত্রে দেয় অনুরূপ: _____
(Signature of the Witness) (Signature of the Insured)

নাম: _____ নাম: _____
(Name) (Name)

তারিখ: _____ তারিখ: _____
(Date) (Date)

সংযুক্তি (Attachment)

এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত দলিল প্রদান করুন (Please provide the below mentioned document along with this Form)

১) মূল বীমা দলিল (Original Policy Document)