



## AsthLife Insurance Company Limited.

SKS Tower, level-12, 7 VIP Road,

Mohakhali, Dhaka-1206.

Phone: +880255058358-61

### সহযোগী বীমা সংযোজন/ বাতিলকরণের জন্য আবেদন (Application for Rider Addition/ Cancellation)

বীমা গ্রাহকের নাম: \_\_\_\_\_  
(Name of the Insured)

বীমাপত্র নম্বর: \_\_\_\_\_  
(Policy no)

বীমা অংক: \_\_\_\_\_  
(Sum Assured)

**সহযোগী বীমা সংযোজন (Rider Addition):**

নিম্নে উল্লেখিত যে সহযোগী বীমা/বীমা সমূহ আপনার পলিসিতে সংযোজন করতে চান তা উল্লেখ করুন

**(Please select from below which Rider/Riders you want to add in your policy)**

- দূর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ADB)  
 স্থায়ী অক্ষমতা দূর্ঘটনাজনিত সুবিধা (PDAB)  
 স্বাস্থ্য বীমা (HI)  
 গুরুব্যাধী বীমা(CI)  
 প্রিমিয়াম মওকুফ বীমা(WP)

**সহযোগী বীমা বিয়োজন: (Rider Deletion/ Cancellation)**

নিম্নে উল্লেখিত যে সহযোগী বীমা/বীমা সমূহ আপনার পলিসি থেকে বাদ দিতে চান তা উল্লেখ করুন

**(Please select from below which Rider/Riders you want to delete from your policy)**

- দূর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা (ADB)  
 স্থায়ী অক্ষমতা দূর্ঘটনাজনিত সুবিধা (PDAB)  
 স্বাস্থ্য বীমা (HI)  
 গুরুব্যাধী বীমা(CI)  
 প্রিমিয়াম মওকুফ বীমা(WP)

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

নাম: \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_  
(Name) (Name)

তারিখ: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_  
(Date) (Date)

**Attachment (সংযুক্তি):**

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

১) মূল বীমা দলিল (Original Policy Document) 2) স্বাস্থ্য বীমা( HI) নেওয়ার ক্ষেত্রে স্বাস্থ্য বীমা (HI) ফর্ম যথাযথভাবে পূরণ করতে হবে।

Form: Astha\_CRM-004

Any Query:09639999666

সুরক্ষিত জীবনের প্রতিশ্রুতি