

কনট্যাক্ট ডিটেলস আপডেশন ফর্ম

(নিচে উল্লেখিত বিবরণগুলি আমাদের সিস্টেমে আপডেটেড করা হবে)

পলিসিধারকের বিবরণ

পলিসি নং		ক্লায়েন্ট আইডি	
পলিসিধারকের নাম	S U R N A M E F I R S T N A M E M I D D L E N A M E		
কনট্যাক্ট নম্বর (এসটিডি কোডস সহ)	আবাসন	মোবাইল	
অফিস		ইমেল:	
পিন কোড:			

এই সবুজ পৃথিবীর জন্যে কাজ করুন এবং ই-কমিউনিকেশনে সুইচ করুন। অনুগ্রহ করে চিহ্নিত করুন যদি আপনি আপনার চিঠিপত্র ইলেক্ট্রনিক মোডে পেতে চান।

ঘোষণা

- আমি বুঝি যে এই ফর্মটি জমা দেওয়ার মাধ্যমে আমি কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (দ্য কোম্পানি) অনুমোদন করছি উক্ত পলিসির অধীনে ভবিষ্যৎ সমস্ত চিঠিপত্রের যোগাযোগ যেন উপরে উল্লেখিত যোগাযোগ বিবরণে প্রেরণ করা হয়।
- আমি এছাড়াও বুঝি যে কোম্পানি উক্ত পলিসির সমস্ত তথ্যাবলি এই ফর্মে উল্লেখ করা যোগাযোগ বিবরণে জানাবে।

তারিখ	D D M M Y Y Y Y	স্থান		পলিসিধারকের / অ্যাসাইনীর স্বাক্ষর
				(প্রস্তাবনা ফর্মে যা আছে তার সমান যেন হয়)

যে ব্যক্তি ফর্মটি ভর্তি করেছেন তাঁর দ্বারা ঘোষণা (ফর্মটি লেখক দ্বারা ভর্তি করা হয়েছে বা ফর্মটি মাতৃভাষায় স্বাক্ষরিত হয়েছে)

আমি, _____ (লেখকের পুরো নাম) প্রস্তাবককে বিশ্লেষণ করেছি, যে ফর্মের প্রশ্নের উত্তরগুলি ইন্সিওরেন্সের চুক্তির ভিত্তিতে করা হয়েছে কোম্পানি এবং প্রস্তাবকের মধ্যে এবং যদি কোনও অসত্য স্টেটমেন্ট থাকে তাহলে কোম্পানির বেনিফিটগুলি ভিন্ন করার অধিকার রাখে যা প্রদান করা হবে এবং এছাড়া যদি পলিসির কোনও বিষয়বস্তু অপ্রকাশিত থাকে তা যেন বাতিল বলে ধরা হয় এবং এই পলিসির অধীনে সমস্ত প্রদত্ত প্রিমিয়াম কোম্পানির দ্বারা বাজেয়াপ্ত করা হবে।

লেখকের ঠিকানা:		পলিসিধারকের স্বাক্ষর / ডান বৃদ্ধাঙ্গুলের ছাপ
তারিখ	D D M M Y Y Y Y	লেখকের স্বাক্ষর
স্থান		অ্যাডভাইসার ব্রোকারের সাক্ষী হিসাবে স্বাক্ষর

অফিসের ব্যবহারের জন্যে

তারিখ	D D M M Y Y Y Y	স্থান		শাখার আধিকারিকের স্বাক্ষর
-------	-----------------	-------	--	---------------------------

কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজি. নং. 107, CIN : U66030MH2000PLC128503, রেজি. অফিস: কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, 2য় তলা, প্লট # সি-12, জি-ব্লক, বিকেসি, বান্দ্রা (পূ), মুম্বাই - 400051 • <http://insurance.kotak.com>

প্রাপ্তিস্বীকার

আমরা আপনার অনুরোধের প্রাপ্তিস্বীকার করছি _____ পলিসি নং. _____ জন্যে।		
তারিখ	D D M M Y Y Y Y	শাখার কো-অডিনেটরের স্বাক্ষর
শাখার নাম		
শাখার কো-অডিনেটরের নাম		

কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজি. নং. 107, CIN : U66030MH2000PLC128503, রেজি. অফিস: কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, 2য় তলা, প্লট # সি-12, জি-ব্লক, বিকেসি, বান্দ্রা (পূ), মুম্বাই - 400051 • <http://insurance.kotak.com>

এখন আপনার পলিসি পরিচালনা করুন, একটি বোতাম ক্লিক করে!

অনলাইন পলিসি ম্যানেজারের সঙ্গে আপনি পান

- পলিসির বিবরণ সবসময় অ্যাকসেস করুন
- পলিসির কার্যসম্পাদন ট্র্যাক করুন
- বিভিন্ন ফাঞ্চে আপনার টাকা স্থানান্তরিত করুন
- পলিসির বিবরণ পরিবর্তন করুন
- অনলাইনে পেমেন্ট করুন

লগ অন করুন <http://insurance.kotak.com>

It's fast. It's free. It's convenient!



আপনার প্রয়োজন সাইন আপ করুন নতুন

এসএমএস স্মার্ট মেসেজ সার্ভিস

রেজিস্টার করুন এসএমএস করে **REGL< policy number><date of birth>** লিখে 5676788* নম্বরে, যদি আপনার পলিসি হয় 104790 এবং ডিওবি হয় 7 ই এপ্রিল 1970 তাহলে **REGL 104790 07/04/1970** এবং পাঠান 5676788 নম্বরে এবং পান

- লেনদেনের ঘোষণা
- প্রিমিয়াম প্রদানের রিমাইন্ডার
- আপনার অনুরোধের প্রাপ্তিস্বীকার
- ড্যানু অ্যাডভেড সার্ভিস, আপনি জরুরী তথ্যের জন্যে অনুরোধ করতে পারেন যেমন এনএভি বিবরণ, যখনই



আমাদের লিখুন এখানে:

কাস্টমার কেয়ার, কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড
বিল্ডিং নং 21, ইনফিনিটি পার্ক, অফ ওয়েস্টার্ন এন্ড প্রেস হাইওয়ে, গোবেরগাঁও
মূলদ লিঙ্কড রোড, মালাড (পূ), মুম্বাই- 400097



clientservicedesk@kotak.com



1800 209 8800 (toll free)



Fax: 022 - 66200550