

মেজর পলিসি অলটারেশনের বা পরিবর্তনের জন্যে আবেদনপত্র

1. অনুগ্রহ করে ফর্মটি ব্লক লোটারে ভর্তি করুন।
2. এই ফর্মটি পলিসিধারক ভর্তি করবেন, যদি পলিসিটি স্থানান্তরিত করা হয়, ফর্মটি অবশ্যই হস্তান্তরকারীর দ্বারা স্বাক্ষরিত করতে হবে।
3. এই ফর্মটি অবশ্যই পাঠাতে হবে এখানে, *দ্য পলিসি সার্ভিসিং ডিপার্টমেন্ট, কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড কোটাক টাওয়ার, 7 ম তলা, জোন IV, বিল্ডিং নং 21, ইনফিনিটি পার্ক, অফ ওয়েস্টার্ন এক্সপ্রেস হাইওয়ে, জেনারেল এ.কে. বৈদ্য মার্গ, মালাড(পূ) মুম্বাই - 400097

পলিসিধারকের বিবরণ

পলিসি নং

পলিসির মালিকের 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

টেলিফোন নম্বর আবাসন মোবাইল

ইমেল:

সবুজ বিশেষের জন্যে কিছু করুন এবং ই-কমিউনিকেশনে স্থানান্তরিত করুন। অনুগ্রহ করে চিহ্নিত করুন আপনি ই-কমিউনিকেশন পেতে চান কিনা ইলেক্ট্রনিক মোডে।

অনুগ্রহ করে যথাযোগ্য বক্সটিতে টিক চিহ্ন দিন অনুরোধের ধরণ অনুসারে

1. হ্রাসপ্রাপ্ত পেড আপ

অনুগ্রহ করে আমার পলিসি পেড আপ করুন। আমি জানি যে পলিসি বেনিফিট প্রিমিয়াম থেকে অনুপাত অনুসারে হ্রাসপাবে। আমি রাইডার বেনিফিট পাওয়ার যোগ্য বিবেচিত হব না এবং আমি কোনও পরবর্তী প্রিমিয়াম পেমেন্ট করতে পারব না। আমি সমস্ত নিয়ম এবং শর্তাবলি মানতে রাজি আছি।

2. রাইডার সংযোজন

রাইডার সংযোজন সাম অ্যাসিওর্ড পরিবর্তন

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত রাইডার/ আমার পলিসির সাম অ্যাসিওর্ডের রাইডার পরিবর্তনে নিম্নলিখিতগুলি সংযোজন করুন

রাইডারের নাম সাম অ্যাসিওর্ড

a)

b)

* রাইডারের সংযোজন আন্ডাররাইটিংয়ের সাপেক্ষে এবং প্রোডাক্ট বৈশিষ্ট্য অনুসারে রাইডারের উপলব্ধতা

3. রাইডার ডিলেশন

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত রাইডার আমার পলিসি থেকে বাদ দিন

রাইডারের নাম সাম অ্যাসিওর্ড

a)

b)

4. সাম অ্যাসিওর্ড/প্রিমিয়াম বৃদ্ধি

অনুগ্রহ করে প্রিমিয়াম বর্ধিত করুনটা. বা অনুগ্রহ করে সাম অ্যাসিওর্ড বর্ধিত করুনটা.

(সাম অ্যাসিওর্ড বৃদ্ধি একটি প্রোডাক্ট বৈশিষ্ট্য হিসাবে বিকল্পের উপলব্ধতার সাপেক্ষে, অতিরিক্ত মেডিক্যাল পরীক্ষা এবং আমাদের আন্ডাররাইটিং টিমের দ্বারা অনুরোধের স্বীকৃতি। যদি সাম অ্যাসিওর্ড বৃদ্ধি লাভ করে, অনুগ্রহ করে একটানতুন প্রস্তাবনা পত্র এবং প্রিমিয়াম গণনার শীট জমা করার ব্যবস্থা করুন।)

5. সাম অ্যাসিওর্ড/প্রিমিয়াম হ্রাস

অনুগ্রহ করে প্রিমিয়াম বর্ধিত করুনটা. বা অনুগ্রহ করে সাম অ্যাসিওর্ড বর্ধিত করুনটা.

পলিসিধারক/অ্যাসাইনী দ্বারা ঘোষণা

আমি এতৎদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি বুদ্ধি এবং স্বীকার করি যে সমস্ত শর্তাবলি এবং তথ্যাবলি উপরে দেওয়া হয়েছে।

তারিখ D D M M Y Y Y Y স্থান পলিসিধারকের/অ্যাসাইনীর স্বাক্ষর

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

আমি এখানে বসবাস করি এই প্রস্তাবককে জানি সময় ধরে, ঘোষণা করছি যে আমি প্রস্তাবককে এই ফর্মের প্রশ্নগুলির প্রকৃতি বিশ্লেষণ করেছি। আমি এছাড়াও এই ফর্মের প্রশ্নের উত্তরগুলি মেজর অলটারেশন অনুরোধ স্বীকারের ভিত্তিতে বিশ্লেষণ করেছি।

তারিখ D D M M Y Y Y Y লেখকের 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 : U6630MH2000PLC128503, রেজি. অফিস: কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, 2য় তলা, প্লট # সি-12, জি-ব্লক,

বিকেসি, বান্দ্রা (পূ), মুম্বাই - 400051 *<http://insurance.kotak.com>

CC\PS\Form\Regional Language\Major Policy Alteration\001

প্রাপ্তিস্বীকার পত্র

আমরা স্বীকার করছি আপনার অনুরোধ প্রাপ্তি জন্যে যার পলিসি নং:

শাখার নাম তারিখ D D M M Y Y Y Y

শাখার কো-ওর্ডিনেটরের নাম শাখার কো-অর্ডিনেটরের স্বাক্ষর

কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজি নং: 107,CIN : U6630MH2000PLC128503, রেজি. অফিস: কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, 2য় তলা, প্লট # সি-12, জি-ব্লক,

বিকেসি, বান্দ্রা (পূ), মুম্বাই - 400051 *<http://insurance.kotak.com>

CC\PS\Form\Regional Language\Major Policy Alteration\001