

অটো ডেবিট ইনস্ট্রাকশনের অনুরোধ ডিঅ্যাক্টিভেশনের জন্যে সম্মতি

1. প্রস্তাবকের বিবরণ

উপাধি	পদবি	প্রথম নাম	মধ্যবর্তী নাম
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
মোবাইল	<input type="text"/>	টেলিফোন (এসটিডি কোড সহ)	<input type="text"/>
ইমেল আইডি	<input type="text"/>		

উপরিউক্ত যোগাযোগ বিবরণ এবং ইমেল আইডি আপডেট করতে হবে ক্লায়েন্ট স্তরে সমস্ত ভবিষ্যতের যোগাযোগের জন্যে।

সবুজের কথা ভাবুন: ই-কমিউনিকেশনের জন্যে সম্মতি দিন

কাগজ বাঁচান ই-কমিউনিকেশন শুরু করুন, কোটাক লাইফ ইন্সিওরেন্সকে সহযোগিতা করুন সবুজ পরিবেশের জন্যে এবং আমাদের উদ্যোগের সঙ্গে হাত মিলিয়ে তফাৎ গড়ে তুলুন। ধন্যবাদ সবুজকে। অনুগ্রহ করে আপনার সম্মতি উপরের বক্সে টিক দিয়ে জানান আপনি আপনার সমস্ত পলিসির চিঠিপত্রাদি কেবলমাত্র ইলেক্ট্রনিক মোডের মাধ্যমে প্রাপ্ত হতে চান।

2. পলিসির বিবরণ

পলিসি নং	<input type="text"/>	প্রিমিয়াম ফ্রিকোয়েন্সী	<input type="text"/>
----------	----------------------	--------------------------	----------------------

3. ডিঅ্যাক্টিভেশনের জন্যে সম্মতি

আমি আমার উপরিউক্ত পলিসি নং-টি অটো ডেবিট ইনস্ট্রাকশনের মাধ্যমে ডিঅ্যাক্টিভেট করতে ইচ্ছুক।

আমি স্বীকার করছি যে আমি ভবিষ্যৎ রিনিউয়াল প্রিমিয়াম পেমেন্টের জন্যে দায়িত্বশীল থাকব যাতে কোম্পানি বকেয়া তারিখে রিনিউয়াল প্রিমিয়াম প্রাপ্ত হয় যা প্রাসঙ্গিক পলিসির চুক্তিতে নির্দিষ্ট করা আছে এবং দেবীতে পেমেন্টের ক্ষেত্রে আমি দেবীতে ন্যূনতমের জন্যে লেট পেমেন্ট চার্জ প্রদানে দায়বদ্ধ থাকব এবং কোম্পানির দ্বারা ধার্য করা অন্যান্য অনুসঙ্গিক দায় বহন করব।

পলিসিধারকের নাম:

তারিখ:

স্থান:

বাধ্যতামূলক

পলিসিধারকের স্বাক্ষর
(পলিসির আবেদন অনুসারে)

4. যে ব্যক্তি ফর্ম পূরণ করছেন তার ঘোষণা (সেই সমস্ত ফর্মের জন্য যেগুলি লিপিকার দ্বারা পূরণ করানো হয়েছে অথবা যেগুলিতে আঞ্চলিক ভাষায় স্বাক্ষর করা হয়েছে)

আমি _____, বসবাস করি _____ প্রস্তাবককে জানি _____ সময় ধরে, আমি প্রস্তাবককে এই ফর্মের প্রশ্নগুলির বিষয়বস্তু বিশ্লেষণ করেছি, আমি এছাড়া উত্তরগুলিও বিশ্লেষণ করেছি এই অনুরোধ স্বীকার করার ভিত্তিতে।

তারিখ:

লেখকের স্বাক্ষর

5. অফিসের ব্যবহারের জন্যে

শাখার নাম	<input type="text"/>	শাখার কোড	<input type="text"/>
শাখার কো-অডিনেটরের নাম	<input type="text"/>		
তারিখ	<input type="text"/>	শাখার কো-অডিনেটরের স্বাক্ষর	

6. প্রাপ্তিস্বীকার

আমরা আপনার অনুরোধের প্রাপ্তিস্বীকার করছি _____ পলিসি নম্বর _____ জন্যে।

শাখার নাম এবং কোড	<input type="text"/>	<input type="text"/>
অপারেশন্স এন্সিকিউটিভের নাম	<input type="text"/>	
তারিখ	<input type="text"/>	শাখার আধিকারিকের স্বাক্ষর

কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজি. নং. 107, CIN : U66030MH2000PLC128503, রেজি. অফিস: কোটাক মহিন্দ্রা লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, ২য় তলা, প্লট # সি-12, জি-ব্লক, বিকেসি, বান্দ্রা (পূ), মুম্বাই - 400051
<http://insurance.kotak.com>