



PSA000101

পলিসি/আপ্লিকেশনের নম্বর তারিখ / /

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য

গ্রহণ করেছেন _____

স্বাক্ষর

(অনুগ্রহ করে উপরে উল্লেখ করুন কর্মী ব্যাঙ্ক কর্মচারী নাম ও পদ)

প্রাপ্তির তারিখ ও সময়/ _____

অনুরোধ প্রেরণের তারিখ ও সময় _____

প্রাপ্তির সীল

অনুগ্রহ করে আপনার সাম্প্রতিক ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিশদ বিবরণ সম্পর্কে আমাদের জানান।

যোগাযোগের বিশদ বিবরণের পরিবর্তন

① মোবাইল ☎ বাড়ির ফোন নম্বর যদি আপনি চান যে ভবিষ্যতে আমরা আপনাকে উপরে উল্লিখিত নম্বরে যোগাযোগ করি তাহলে এই বাক্সে টিক দিন।

✉ ইমেল _____

সিকিওয়াইসি
নম্বর A) বিমাকৃত রাশি বৃদ্ধির অনুরোধ মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থেকে কী আপনি অনুরোধটি করছেন? হ্যাঁ না

(নির্বাচিত প্ল্যানগুলির জন্য বিকল্প রয়েছে। পরের বছরের পলিসি বার্ষিকী থেকে পরিবর্তন কার্যকরী হবে। অনুগ্রহ করে আপনার শর্তাবলী পড়ুন।) আমি (পলিসি ধারক) উপরে উল্লিখিত পলিসির জন্য আমার বিমাকৃত রাশি বাড়িয়ে এই পরিমাণ করতে বলেছি: _____

B) পলিসি পুনর্বহালের অনুরোধ

আমি (পলিসি ধারক) উপরে উল্লিখিত যে পলিসিটির মেয়াদ ফুরিয়ে গেছে সেটিকে পুনর্বহাল করার অনুরোধ করছি। আমি এই পরিমাণ পেমেন্ট প্রদান করেছি বলে নিশ্চিত করছি: _____ (যে চেক/ডিডির মাধ্যমে পেমেন্ট করা হয়েছে তার বিবরণ) _____

উপযুক্ত বাক্সে টিক দিয়ে পলিসি পুনর্বহাল/বিমাকৃত রাশির বৃদ্ধির জন্য "বিমাকৃত ব্যক্তির" জন্য নিচের প্রশ্নাবলী সম্পূর্ণ করুন। (যদি আপনার পলিসির প্রিমিয়াম ফান্ডিং বেনিফিট/প্রিমিয়াম বিকল্প ছাড়া থাকে, তাহলে একটি আলাদা ফর্ম জমা দিতে হবে)।

1. প্রস্তাব ও এই ঘোষণার দিনের মধ্যে কী কখনও আপনার পেশা পরিবর্তন করেছেন? হ্যাঁ না
2. প্রস্তাব ও এই ঘোষণার দিনের মধ্যে কী কখনও আপনার আবাদিক স্থিতির পরিবর্তন করেছেন? হ্যাঁ না
3. আপনি কী অন্য কোনও জীবন বিমা পলিসির জন্য আবেদন করেছেন বা আপনার জীবনের কোনও মেয়াদোত্তীর্ণ পলিসির পুনর্বহালের প্রস্তাব পেয়েছেন/অনুরোধ করেছেন যেটি মূলতবি করা হয়েছে, প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে, প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে বা অতিরিক্ত প্রিমিয়াম বদলে গৃহীত হয়েছে অথবা কানাডা এইচএসবিসি ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অব কমার্স লাইফ ইন্সুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড বা অন্য কোনও জীবন বিমা কোম্পানির থেকে আসল প্রস্তাবের তারিখের পরে জীবন/স্বাস্থ্য বিমার পলিসির অধীনে ক্লেইম করেছেন? হ্যাঁ না

প্রস্তাব মানে হলো এই পলিসি ইস্যুর জন্য আবেদন করা হয়েছে।

যদি উপরের প্রশ্নগুলির কোনও একটির ক্ষেত্রে "হ্যাঁ" চিহ্নিত করা থাকে তাহলে নতুন পেশার প্রকৃতি, জীবন বিমা পলিসির বিশদ বিবরণ (যে বছরে ইস্যু করা হয়েছে, জীবন বিমা কোম্পানির নাম, বিমাকৃত রাশি, বার্ষিক আয়, কোনও রাইডার থাকলে তার বিবরণ, গ্রহণযোগ্য শর্ত (এসটিডি/অতিরিক্ত প্রিমিয়ামের বদলে গৃহীত); আবাসনের ঠিকানা পরিবর্তন হলে তার বিবরণ ইত্যাদি সহ সম্পূর্ণ বিবরণ প্রদান করতে অতিরিক্ত পাতা সংযুক্ত করুন।

স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ঘোষণা

4. আসল প্রস্তাব ও এই ঘোষণার দিনের মধ্যে কী কখনও আপনার স্বাস্থ্যের কোনও পরিবর্তন হয়েছে? হ্যাঁ না
 5. অস্ত্রোপচারের জন্য কী কোনও ডাক্তারের সঙ্গে আলোচনা করেছিলেন বা কোনও ডিজঅর্ডারের জন্য হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন বা কোনও চিকিৎসা অনুসন্ধান/চিকিৎসা/পরামর্শ নিয়েছেন বা কাশি, ঠান্ডা লাগা বা ফ্লু এর মতো ছোটখাট সমস্যা ছাড়া অন্য কোনও চিকিৎসা/উপসর্গ আবার দেখা গেছে? হ্যাঁ না
 6. আপনার কী কখনও নিম্নলিখিত স্বাস্থ্যবিস্তার মধ্যে কোনও একটি ধরা পড়েছে বা তার অনুসন্ধান করা হয়েছে/চিকিৎসা করা হয়েছে? হ্যাঁ না
- | | | | |
|---|--|---|--|
| হাইপারটেনশন/ উচ্চ রক্তচাপ | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | বুকে ব্যাথা/হার্ট অ্যাটাক | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |
| অন্য কোনও হার্টের রোগ/সমস্যা | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | এইচআইভি সংক্রমণ/এইডস বা এইচ নার্তাসের | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |
| ডায়াবেটিস/হাই ব্লাড সুগার/মূত্র সুগারের পরিমাণ | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | পজিটিভ টেস্ট, মানসিক বা মানসিক ব্যাধি | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |
| স্ট্রোক/প্যারালাইসিস | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | টিউবারকিউলিস বা অন্য কোনও ফুসফুসের রোগ | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |
| লিভারের সমস্যা/জন্ডিস/হেপাটাইটিস বি বা সি | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | কিডনির সমস্যা বা জননাঙ্গের রোগ | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |
| ক্যান্সার/টিউমার বা তার বৃদ্ধি, যে কোনও রকম সিস্ট | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | রক্তের সমস্যা (যেমন হেমোফিলিয়া, থ্যালাসেমিয়া) | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |
7. আবেদনের মেয়াদোত্তীর্ণের থেকে এই আবেদন পুনর্বহালের মধ্যে কী আপনার কখনও দুর্ঘটনা হয়েছিল বা আঘাত পেয়েছিলেন? হ্যাঁ না
 8. যদি উপরের 1 থেকে 7 এর কোনও প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে বিশদ বিবরণ প্রদান করুন অথবা একই ফর্মটিতে যথাযথভাবে স্বাক্ষরিত একটি আলাদা পাতা সংযুক্ত করুন (প্রয়োজন হলে)।



PSA000101

ঘটনা/রোগনির্ণয়ের তারিখ	রোগনির্ণয়	অনুসন্ধান সম্পন্ন	চিকিৎসার বিশদ বিবরণ	ডাক্তার/হাসপাতালের নাম, ঠিকানা, যোগাযোগের নম্বর	বর্তমান স্থিতি (বর্তমান ওষুধপত্র সহ)

9. অনুগ্রহ করে 5 এ যেমন বলা আছে সেই অনুসারে রিপোর্ট/ডিসচার্জের সারসংক্ষেপ সংযুক্ত করুন।

10. আবেদনের মেয়াদোত্তীর্ণের থেকে এই আবেদন পুনর্বহালের মধ্যে স্বাস্থ্য সমস্যার কারণে আপনি কী পরপর 7 বা তার বেশি দিন কাজে যোগ দিতে পারেন নি? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে তার বিশদ দিন

হ্যাঁ না

11. আপনি কী এখন গর্ভবতী? (কেবলমাত্র মহিলাদের জন্য প্রযোজ্য)

হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, এবং সপ্তাহের হিসেবে সময়সীমা _____

পলিসি পুনর্বহাল/ বিমাকৃত রাশি বৃদ্ধির ফর্ম

আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে আমি/আমরা এই ফর্মের প্রসঙ্গের প্রকৃতি এবং এই প্রসঙ্গের উত্তর দেওয়ার সময় সমস্ত তথ্য প্রকাশের গুরুত্ব সম্পূর্ণভাবে বোঝার পর উত্তর দিয়েছি। আমি/আমরা আরও ঘোষণা করছি যে আমি/আমরা এই ফর্মের সমস্ত প্রশ্নের যে উত্তর দিয়েছি তা সবদিক থেকে সত্য ও সম্পূর্ণ এবং আমি/আমরা কোনও বস্তুগত তথ্য বা তথ্য চেপে রাখিনি।

আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে এই পলিসি পুনর্বহাল/বিমাকৃত রাশির বৃদ্ধির ফর্মও বিমা চুক্তির ভিত্তি হবে এবং এই ফর্মে যদি কোনও মিথ্যা তথ্য থাকে তাহলে কোম্পানির কাছে সুবিধার পরিবর্তন করার অধিকার থাকবে, যার জন্য অর্থপ্রদান করতে হতে পারে এবং যদি পলিসি অবৈধ বলে গণ্য হতে পারে এমন বস্তুগত তথ্য প্রকাশ না করা হয় এবং পলিসির জন্য প্রদত্ত সমস্ত প্রিমিয়াম কোম্পানি বাজেয়াপ্ত করতে পারে।

যদি পলিসি পুনর্বহালের এক বছরের বিমাধারী ব্যক্তি কোনও কারণে আত্মহত্যা করেন তাহলে এই পলিসির কোনও সুবিধা দেওয়া হবে না, তবে মৃত্যুর দিন পর্যন্ত হওয়া ফান্ড ভ্যালু দেওয়া হবে।

এরপর যে কোনও সময়ে আমার পলিসির ঝুঁকি কোম্পানিকে মূল্যায়ন করতে দিতে, এতদ্বারা আমি আমার আগের ও বর্তমান নিয়োগকর্তার(দের) ডাক্তার/হাসপাতাল/যে কোনও জীবন বিমা কোম্পানি বা অন্য বিমা কোম্পানি/বা সংস্থা বা জীবন বিমা সমিতির মেডিক্যাল রেজিস্টারকে কোম্পানি এবং কোম্পানির কাছে, কোনও চিকিৎসা উৎস/যে কোনও জীবন বিমা কোম্পানি বা অন্য বিমা কোম্পানি/বা জীবন বিমা সমিতির মেডিক্যাল রেজিস্টার বা সরকারি কর্মকর্তাদের এই ধরনের বিশদ বিবরণ এবং আমার কর্মসংস্থানের রেকর্ড/ব্যবসা বা অন্যান্য বিবরণ যা প্রয়োজনীয়/প্রাসঙ্গিক বলে বিবেচ্য তা প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি কোম্পানি বা তার এজেন্টদেরকে আমার পলিসি পুনর্বহাল/বিমাকৃত রাশি বৃদ্ধির মূল্যায়নের জন্য প্রয়োজনীয় চিকিৎসাগত পরীক্ষা করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি বুঝেছি যে এর মধ্যে এইচআইভি অ্যান্টিবডি সহ রক্ত পরীক্ষা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আমি ঘোষণা করছি যে কোম্পানির দ্বারা চিকিৎসাগত পরীক্ষা, কোম্পানির অনুমোদিত চিকিৎসা পরীক্ষককে প্রদত্ত উত্তর এবং কোম্পানির প্রদত্ত প্রসঙ্গের মতো বিষয় এই আবেদনে প্রদত্ত উত্তর এবং বিবৃতির অংশ বলে বিবেচনা হবে। আমি/আমরা বুঝতে পেরেছি যে আমি/আমাদের পলিসি এই আবেদন কোম্পানি পেয়েছে তা লিখিতভাবে না জানানো অবধি পলিসি পুনর্বহাল/বিমাকৃত রাশির বৃদ্ধির জন্য বিবেচনা করা হবে না। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে পলিসি পুনর্বহাল/ বিমাকৃত রাশি বৃদ্ধির ফর্ম বিমা ধারক ও পলিসি ধারক উভয়ের দ্বারা স্বাক্ষর হওয়া হতে হবে।

আমি/আমরা কোম্পানিকে আমার (i) সরকারি এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষ, (ii) বিমা সংগ্রহস্থল (iii) সিইআরএসএআই/ইউআইডিএআই (iv) পুনর্নির্মাণকারী/ গোষ্ঠী সংস্থা/ হাসপাতাল বা ডায়াগনস্টিক কেন্দ্র/ অন্যান্য বিমা সংস্থা বা তৃতীয় পক্ষদের থেকে/সঙ্গে দায়গ্রস্ত মূল্যায়ন, দাবির অনুসন্ধান/সম্পত্তি, কেওয়াইসি যাচাইকরণ, পলিসি সেবা এবং এই ধরনের উদ্দেশ্যে কেওয়াইসি-এর বিশদ বিবরণ শেয়ার করার ও সঞ্চয় করার অনুমতি দিচ্ছি।

বিমাধারী ব্যক্তির নাম

জীবন বিমাধারীর স্বাক্ষর/বুডো আঙ্গুলের ছাপ
(বর্তমান স্বাক্ষর আগের আসল স্বাক্ষরের থেকে বদলে গেলে নিচের
নির্দেশনা বিভাগের 7 নং পয়েন্ট দেখুন)

পলিসি ধারকের/ অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধির নাম:

(পলিসির সম্পূর্ণ নিয়োজন করার ক্ষেত্রে অধিকারপ্রাপ্ত

প্রতিনিধির বিশদ বিবরণ প্রয়োজনীয়)

পলিসি ধারকের/অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধির স্বাক্ষর/

বুডো আঙ্গুলের ছাপ

তারিখ

DD / MM / YYYY

(আবশ্যিক)

স্থান

(আবশ্যিক)



PSA000101

ইলেকট্রনিক মাধ্যমে পেআউট

আমি এতদ্বারা আপনাকে অনুরোধ করছি যে নিচে প্রদত্ত বিবরণ অনুসারে আপনার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট আপডেট করুন:

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের ধারকের নাম:

ব্যাঙ্কের নাম:

ব্যাঙ্কের শাখার ঠিকানা:

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের ধরন:

সেভিং কারেন্ট হলো নির্বাচিত এনআরই অ্যাকাউন্ট: হ্যাঁ না

এনআরই অ্যাকাউন্টের ক্ষেত্রে, পলিসির জন্য প্রদত্ত প্রতিটি প্রিমিয়ামের জন্য গ্রাহকের থেকে উৎস নেওয়া আবশ্যিক; গ্রাহক তার সমগ্র অর্থ এনআরই অ্যাকাউন্টে জমা করতে চাইতে পারে অথবা এনআরই ও এনআরও অ্যাকাউন্টের মধ্যে ভাগ করতে পারে।)

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর:

এমআইসিআর কোড:

(আপনার চেক বইতে থাকা 9 সংখ্যার নম্বর। যদি '000' দিয়ে শুরু হওয়া বাতিল করা চেকের প্রতিলিপিতে 9 সংখ্যার নম্বর থাকে তাহলে সঠিক কোড প্রদান করা হবে)

আইএফএসসি কোড:

(আপনার চেক বইতে থাকা 11 সংখ্যার নম্বর; যদি তা বাতিল করা চেকে প্রিন্ট করা না থাকে সেক্ষেত্রে ব্যাঙ্ক দ্বারা প্রত্যাসনকৃত)

প্যান কার্ড নম্বর:

(প্যান কার্ডের স্ব-প্রত্যায়িত প্রতিলিপি প্রদান করা বাধ্যতামূলক)*

*2014 সালের আর্থিক বিলে উল্লিখিত নতুন ধারা 194DA অনুসারে ধারা 10(10D)-এর অধীনে অব্যাহতিপ্রাপ্ত না হলে করের জন্য প্যান কার্ডের বিশদ বিবরণ প্রয়োজন। যদি প্যান-এর বিশদ বিবরণ না প্রদান করা হয় তাহলে 20% এর বেশি হারে কর কেটে নেওয়া হবে।

আবাসিক স্থিতি।

আবাসিক অনাবাসী

(অনাবাসী স্থিতির জন্য প্রদান করা বাধ্যতামূলক ও আবাসিক দেশের উপর নির্ভর করে পরবর্তী নম্বর চাওয়া হতে পারে/প্রযোজনীয়)

বসবাসের দেশ:

এই ফর্মের সঙ্গে যে সমস্ত নথি জমা দিতে হবে তার তালিকা (প্রযোজ্য অনুসারে চিক দিন)

'বাতিল করা' চেকের প্রতিলিপি পাসবইয়ের স্ব-প্রত্যায়িত প্রতিলিপি

(অ্যাকাউন্টের নম্বর এবং অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম 'প্রিন্ট করা' হতে হবে)

(পাসবইতে অ্যাকাউন্টের নম্বর এবং অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম 'প্রিন্ট করা' হতে হবে)

অথবা

স্ব-প্রত্যায়িত ব্যাঙ্ক বিবৃতি

(এনআরই পেমেন্টের ক্ষেত্রে আবশ্যিক; এনআরই অ্যাকাউন্ট থেকে প্রিমিয়াম প্রদান করা হয়েছে তা যেন বিবৃতিতে থাকে)

- এতদ্বারা আমি ঘোষণা করছি যে প্রদত্ত ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিশদ বিবরণ সত্য, সঠিক সমস্ত দিক থেকে সম্পূর্ণ।
- আমি বুঝেছি এবং আমি সম্মত হচ্ছি যে এই ফর্মের জমা দেওয়া মানেই এই নয় যে অনুরোধ গৃহীত হয়েছে।
- যদি অসম্পূর্ণ বা ভুল তথ্য দেওয়ার কারণে লেনদেন দেরী হয় তাহলে এর জন্য দেখে যে কোনো পরিস্থিতিতেই কোম্পানিকে দায়ী বলব না।
- আমি বুঝেছি এবং সম্মত যে, প্রযোজ্য আইন অনুসারে যে পরিস্থিতিতে ইলেকট্রনিক পেমেন্ট সম্ভব নয় সেখানে অন্য বিকল্প পদ্ধতিতে পেমেন্ট দেওয়ার বিকল্প কোম্পানির আছে।

দেশীয় ঘোষণা, (যদি এই ফর্মটি দেশীয় ভাষায় স্বাক্ষর/বুডো আঙুলের ছাপ দেওয়া হয় তাহলে পূরণ করতে হবে)

তখন প্রযোজ্য হবে যদি প্রোপোজার নিরক্ষর বা প্রতিবন্ধী হন, যার কারণে লিখতে পারবেন না অথবা যদি তার মাতৃভাষায় স্বাক্ষর করেন। যদি এই ঘোষণা প্রযোজ্য হয় এ বং যদি তা পূরণ না করা হয়, তাহলে আমরা এই অনুরোধের ফর্ম প্রত্যখ্যানের অনুরোধ করব। দ্রষ্টব্য: ব্যাঙ্কের কর্মী বা কোম্পানির প্রতিনিধি ছাড়া অন্য কারও দ্বারা ঘোষণা করা আবশ্যিক।

এতদ্বারা আমি ঘোষণা করছি যে আমি পলিসি ধারক স্ত্রী/প্ৰীমতি _____ কে _____ ভাষায় এই ফর্মের বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করেছি এবং আমার উপস্থিতিতে পলিসি ধারক বিষয়বস্তু সম্পূর্ণ বুঝে ইংরেজি ব্যতীত অন্য ভাষায় স্বাক্ষর করেছেন/বুডো আঙুলের ছাপ দিয়েছেন।

তারিখ: _____

স্থান: _____ ঘোষণাকারীর নাম _____ ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর _____



PSA000101

নির্দেশনা ও দাবি পরিত্যাগ:

- আমরা যাতে পলিসি পুনর্বহাল/বিমাকৃত রাশি বৃদ্ধির অনুরোধ বিবেচনা করতে পারি তাই ফর্মটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ করা আবশ্যিক।
- আমাদের কোম্পানির অফিসে পৌঁছালে অনুরোধসমূহের প্রক্রিয়াকরণ করা শুরু হবে। আমাদের কোম্পানির অফিসে এই ফর্ম পাওয়ার পর আপনাকে প্রাপ্তিস্বীকারের ক্লিপ পাঠানো হবে। ভবিষ্যতের প্রয়োজনের জন্য অনুগ্রহ করে এই প্রাপ্তিস্বীকারের ক্লিপ রেখে দিন।
- কোম্পানির কোম্পানির নির্দেশ অনুসারে সংশোধিত শর্তাবলী অনুযায়ী পলিসি পুনর্বহাল বা প্রত্যাহ্যান বা পেছানোর বিষয়ে উপযুক্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার আছে।
- এই আবেদন পত্র ছাড়া, প্রয়োজন হলে বিমা ধারককে নিচের খরচায় কোম্পানির নির্ধারিত ডায়াগনস্টিক সেন্টারে মেডিক্যাল পরীক্ষা করাতে হবে। এই ধরনের মেডিকেলের খরচ পলিসি পুনর্বহাল/বিমাকৃত রাশি বৃদ্ধির আবেদনের ক্ষেত্রে কোম্পানির সিদ্ধান্ত নির্বিশেষ কোম্পানি কর্তৃক ফেরত দেওয়া হবে না।
- পলিসি ইউনিট লিকুইড গ্ল্যান হলে, ইউনিট বিদ্যমান ফান্ড বরাদ্দ অনুসারে ক্রয় করা হবে। এনএভি এর কার্যকর হওয়ার তারিখ হবে সুদ (যদি থাকে) সহ বাকি থাকা সমস্ত প্রিমিয়াম পাওয়ার তারিখ অথবা পুনর্বহালের আবেদনে লিখিত সিদ্ধান্তের, এর মধ্যে যেটি পরে হবে। ব্যবসায়িক দিবসে দুপুর 3.00টার আগে অনুরোধ পেলে, সেইদিনের এনএভি প্রযোজ্য হবে। দুপুর 3.00টার পর অনুরোধ করা হলে, সমস্ত প্রয়োজনীয়তা সম্পূর্ণের শর্ত অনুসারে পরবর্তী ব্যবসায়িক দিবস প্রযোজ্য হবে।
- অটো ভেস্টিং চুক্তির পরিবর্তে, বিমা ধারক সর্বাধিক অর্জিত করে, তাহলে আমাদের ওয়েবসাইটে যে অটো-ভেস্টিং এর জন্য পলিসি সার্ভিসিং ফর্ম এবং সংশ্লিষ্ট নথি জমা দেওয়ার পর আপনার অনুরোধ প্রক্রিয়া করা হবে।
- স্বাক্ষরের পরিবর্তনের ক্ষেত্রে, নিম্নলিখিত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তার জন্য এগুলি করুন:
 - আমাদের ওয়েবসাইটে যেমন পলিসি সার্ভিসিং ফর্ম সি (পুরনো ও নতুন স্বাক্ষর থাকতে হবে) উপলভ্য তেমনই আবশ্যিক।
 - প্যান কার্ড/ পাসপোর্ট/ ড্রাইভিং লাইসেন্স সমর্থনকারী প্রমাণপত্র/ যে ব্যাঙ্কে আপনার অ্যাকাউন্ট আছে সেই ব্যাঙ্ক দ্বারা অনুমোদিত স্বাক্ষর যথাযথভাবে পদাধিকারী কর্মকর্তা দ্বারা প্রত্যয়িত
 - a) আসল নথির প্রতিলিপি প্রত্যয়নের জন্য পদাধিকারী কর্মকর্তা
 - ভারত সরকারের নির্ধারিত একজন গেজেটেড অফিসার / আমাদের কোম্পানির অনুমোদন প্রাপ্ত (আমাদের কর্পোরেট এজেন্ট সহ) কর্মী/ রাষ্ট্রায়ত্ত্ব ব্যাঙ্কের ব্রাঞ্চ ম্যানেজার।
- টপআপ, বিমাকৃত রাশির ট্রাস ও বৃদ্ধি, ফান্ড পরিবর্তন (ফান্ড সুইচ ও পুনঃনির্দেশনা সহ), পলিসির পুনর্বহালের ক্ষেত্রে, গ্রাহক মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকার সময় কোনও অনুরোধ যার জন্য প্রিমিয়াম বা পলিসি বৈশিষ্ট্যের পরিবর্তন হবে সেই ক্ষেত্রে বিধিনিষেধ আছে। প্রযোজ্য মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের আইনের অনুরোধের ভিত্তিতে অন্য পলিসি প্রদান সীমিত করার অধিকার আমাদের আছে। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে আমাদের কল সেন্টারে যোগাযোগ করুন।
- পণ্য নির্দিষ্ট অনুরোধ/ফান্ড তখনই অনুমোদন হবে যখন তা পলিসির অধীনস্থ শর্তাবলীর অধীনে প্রযোজ্য হবে। অনুগ্রহ করে বিশদ বিবরণের জন্য পলিসির শর্তাবলী দেখুন। অতিরিক্ত নথির ফর্মটি আমাদের ওয়েবসাইট থেকে ডাউনলোড করা যাবে।
- আপনার পলিসির অনলাইনে বিভিন্ন সুবিধা পেতে আমাদের ওয়েবসাইটে রেজিস্টার করুন।
- ডিস্ট্রিবিউটর অ্যাপের মাধ্যমে অনুরোধ নেওয়া হলে আসল ফর্মটি আবার গ্রাহকের কাছে ফেরত পাঠানো হবে।
- দয়া করে শুধুমাত্র বাংলা ভাষায় ফর্মটি পূরণ করুন।
- ভাষাগত ব্যাখ্যা পরিষ্কার না হলে ইংরেজী সংস্করণটিকেই বিবেচনা করা হবে।