

আকিজ তাকাফুল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি Akij Takaful Life Insurance PLC



আকিজ তাকাফুল লাইফ ইনস্যুরেন্স পিএলসি
Akij Takaful Life Insurance PLC

পলিসি প্রস্তাবপত্রের সংশোধন

(Amendment To Proposal Form For Policy)

প্রস্তাবপত্র নং (Policy no): _____

আমি _____ এতদ্বারা অনুরোধ করছি যে আমার প্রস্তাব পত্র; তারিখ (hereby request that my proposal Form Dated) _____ নিম্নরূপ সংশোধন প্রযোজ্য হবে (be amended as follows):

পরিকল্পনা নং (Plan No):	পরিকল্পনার নাম (Plan name):
মেয়াদ(Term):	
পেশার বিবরণ (Occupation Details):	
সহযোগী বীমা (Rider):	☐ সংযোজন (Addition) ☐ বিয়োজন (Deletion)
বাসস্থানের ঠিকানা (Residence Address):	
স্থায়ী ঠিকানা (Permanent Address):	
অন্যান্য (যদি থাকে)[Others (If any)]:	

এবং আমি ঘোষণা করছি যে আমার স্বাস্থ্যের অবস্থার কোন পরিবর্তন হয়নি, এবং/অথবা এই প্রস্তাবনা ফর্মের অধীনে বীমাকৃত সকলের, আমি/আমরা উক্ত প্রস্তাবটি সম্পূর্ণ হওয়ার তারিখ থেকে কোনো চিকিৎসা, পরামর্শ বা পরীক্ষা করা হয়নি; এবং উপরের লেখা আমার সমস্ত উত্তর সত্য। এই ঘোষণাটি আমার বীমা চুক্তির একটি অংশ হবে।

(and I declare that there has been no change in my condition of health, and/or that of all insured under this Proposal Form, I/We don't have received any medical attention, consultation or examination since the date of completion of said Proposal Form; further that all of my answers as written above are true. This declaration will be a part of my Insurance Contract.)

স্বাক্ষরিত : _____
(Signed at)

স্বাক্ষর করার তারিখ: _____
(Signing Date) (City/District)

সাক্ষী এফএ/বিএম স্বাক্ষর
(Witness FA/ BM Sign)

এফএ/বিএম কোড
(FA/ BM code)

প্রস্তাবিত বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর
(Signature of proposed insured)

দ্রষ্টব্য: এই UW_PA ফর্মটি সাক্ষী স্বাক্ষর, প্রস্তাবিত বীমাকৃত স্বাক্ষর এবং F.A রিপোর্টের সংশোধনের জন্য প্রযোজ্য হবে না।

[NOTE: This Amendment Form will not be applicable for Amendment of Witness Signature, Proposed Insured Signature and F.A Report.]