

তারিখ : .....

## সহযোগী বীমা সংযোজনের জন্য আবেদন

পলিসি নম্বর : .....

বীমা গ্রাহক/বীমাকৃত ব্যক্তির নাম : .....  
(ইংরেজী বড় অক্ষরে)

### ঘোষণাঃ

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী এই মর্মে অনুরোধ করছি যে, কোম্পানীর নিয়মানুযায়ী আমার উপরোক্ত পলিসিতে নিম্নোক্ত উল্লেখিত সহযোগী বীমা সংযোজনের জন্য আবেদন করছি।

### ▶সহযোগী বীমা সমূহ-

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক দিন (✓)			
দূর্ঘটনা জনিত মৃত্যুতে প্রদেয় সুবিধা (ADB)		স্থায়ী পঙ্গুত্ব ও দূর্ঘটনা জনিত সুবিধা (PDAB)	
দূর্ঘটনা জনিত মৃত্যু, অঙ্গহানী, স্থায়ী অক্ষমতা ও হাসপাতাল সুবিধা (Plus)		জটিল/দুরারোগ্য ব্যাধি (CC)	
প্রিমিয়াম মওকুফ সুবিধা (WP)		মাসিক আয় বীমা সুবিধা (IBR)	
হসপিটাল কেয়া (HC)			

.....  
বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর (আবেদনপত্র অনুযায়ী)

### অফিস কর্তৃক যাচাই/পূরণীয়

যাচাইকারীর স্বাক্ষর ও সিল : .....

স্বাক্ষর (ইনচার্জ/পলিসি সার্ভিস বিভাগ) : .....

\*\* বিশেষ দ্রষ্টব্য : সকল পরিবর্তনের ক্ষেত্রে কোম্পানীর নীতিমালা প্রযোজ্য হবে। কোম্পানী প্রয়োজন মনে করলে বীমাগ্রাহক অতিরিক্ত কাগজপত্র সংযোজন করতে বাধ্য থাকবেন।