

সম্পূর্ণ এছাইনমেন্টৰ ক্ষেত্ৰত আপত্তি নথকাৰ প্ৰমাণপত্ৰ



প্ৰতি,
আই চি আই চি আই ফ্ৰডেৰিয়েল লাইফ ইন্সুৰেন্স কোম্পানী

তাৰিখ
D D M M Y Y Y Y

মাননীয় মহোদয়,

মই/আমি _____ ৰ জীৱনৰ ওপৰত আইচিআইচিআই ফ্ৰডেৰিয়েল লাইফ ইন্সুৰেন্স কোম্পানী
লিমিটেডে প্ৰদান কৰা _____ নং পলিচীৰ একচ্ছত্ৰী এছাইনী হওঁ।

ওপৰোক্ত পলিচীত নিম্নোক্ত লেনদেনসমূহ চলাই নিয়াত এছাইনকৰ্তা _____ ৰ ওপৰত
মোৰ/আমাৰ কোনো আপত্তি নাই।

লেনদেনৰ সবিশেষ	এতিয়া	ভৱিষ্যতে	প্ৰয়োজন নহয়
1) ব্যক্তিগত সবিশেষত সালসলনি (নাম/ঠিকনা/যোগাযোগ নম্বৰসমূহ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) স্থানান্তৰণ বা ছুইচ (বৰ্তমানৰ বিনিয়োগৰ বিতায়নৰ সালসলনি)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) কিস্তিৰ পুনঃলিখন (ভৱিষ্যৎৰ বিনিয়োগৰ বিতায়নৰ সালসলনি)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) টপ আপ (বাৰ্ষিক কিস্তিত বিনিয়োগ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) মুঠ প্ৰাপ্যখনৰ বৃদ্ধি (ডেথ বেনিফিট বৃদ্ধি)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) মুঠ প্ৰাপ্যখনৰ হ্রাস (ডেথ বেনিফিট হ্রাস)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ভৱিষ্যৎৰ কিস্তিসমূহত বৃদ্ধি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ভৱিষ্যৎৰ কিস্তিসমূহত হ্রাস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) কিস্তি পৰিশোধৰ ধৰণ সালসলনি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) কিস্তি পৰিশোধৰ সঘনতাৰ সালসলনি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) 6 মাহৰ পিছত লেপ্ছ হৈ যোৱা পলিচী পুনৰ বাহাল ৰখা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) অন্যান্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

এছাইনীৰ নাম আৰু চহী

এছাইনীৰ চহী
(কৰ্প'ৰেট এছাইনীৰ বাবে প্ৰয়োজন)

তাৰিখ:
D D M M Y Y Y Y

স্থান: _____

আপত্তি নথকাৰ প্ৰমাণপত্ৰৰ প্ৰাপ্তি স্বীকাৰ

পলিচী নং: _____

এছাইনীৰ নাম: _____

প্ৰকৃত পলিচীধাৰীৰ নাম: _____

স্থান: _____

DD / MM / YYYY

স্টাম্প

গ্ৰহণ কৰোতা _____