

## Application for Rider Addition/ Cancellation (সহযোগী বীমা সংযোজন/ বাতিলকরণের জন্য আবেদন)

Policy no: \_\_\_\_\_

(বীমাপত্র নম্বর)

Name of the Insured: \_\_\_\_\_

(বীমা গ্রাহকের নাম)

Sum Assured: \_\_\_\_\_

(বীমা অংক)

**Rider Addition (সহযোগী বীমা সংযোজন):**

Please select from below which Rider/Riders you want to add in your policy.

(নিম্নে উল্লেখিত যে সহযোগী বীমা/বীমা সমূহ আপনার পলিসিতে সংযোজন করতে চান তা উল্লেখ করুন)

DIAB (দূর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা)

PDAB (দূর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানী বীমা)

CI (Critical Illness) (গুরুব্যাধী বীমা)

HI (Health Insurance) (স্বাস্থ্য বীমা)

New member adding in HI (স্বাস্থ্য বীমাতে নতুন সদস্য সংযোজন)

**Rider Deletion/ Cancellation (সহযোগী বীমা বিয়োজন):**

Please select from below which Rider/Riders you want to delete from your policy.

(নিম্নে উল্লেখিত যে সহযোগী বীমা/বীমা সমূহ আপনার পলিসি থেকে বাদ দিতে চান তা উল্লেখ করুন)

DIAB (দূর্ঘটনাজনিত মৃত্যু বীমা)

PDAB (দূর্ঘটনাজনিত মৃত্যু ও অঙ্গহানী বীমা)

CI (Critical Illness) (গুরুব্যাধী বীমা)

HI (Health Insurance) (স্বাস্থ্য বীমা)

Signature of the Witness: \_\_\_\_\_

(স্বাক্ষর স্বাক্ষর)

Name: \_\_\_\_\_

(নাম)

Date: \_\_\_\_\_

(তারিখ)

Signature of the Insured: \_\_\_\_\_

(বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর- প্রস্তাবপত্রে দেয় অনুরূপ)

Name: \_\_\_\_\_

(নাম)

Date: \_\_\_\_\_

(তারিখ)

**Attachment (সংযুক্তি):**

Please provide the below documents along with this Form (এই ফর্মের সাথে নিম্নলিখিত দলিলাদি প্রদান করুন)

- 1) Original Policy Document (মূল বীমা দলিল)
- 2) In case of adding Health Insurance, properly filled up HI Form needs to be submitted.  
(স্বাস্থ্য বীমা সংযোজনের ক্ষেত্রে নির্ধারিত স্বাস্থ্য বীমা ফর্ম যথাযথ ভাবে পূরন করে দাখিল করতে হবে)
- 3) In case of adding Critical Illness, properly filled up CI Form needs to be submitted  
(গুরুব্যাধী বীমা সংযোজনের ক্ষেত্রে নির্ধারিত গুরুব্যাধী বীমা ফর্ম যথাযথ ভাবে পূরন করে দাখিল করতে হবে)