

**PAID UP APPLICATION FORM**

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

Policy No: \_\_\_\_\_

Insured Name: \_\_\_\_\_  
(Capital Letter)

**Declaration:**

I hereby request to **Chartered Life Insurance Company Limited** to effect the change(s) against above mentioned policy number by any means acceptable to the company.

For Paid up:

Present Status: \_\_\_\_\_ Conversion to: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Insured / Policy Owner

\_\_\_\_\_  
Mobile Number of Insured / Policy Owner

Witnessed by : \_\_\_\_\_  
(FA/UM/BM/ASM/SM) Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Code No

For Head Office Use Only:

\_\_\_\_\_  
Sign & Record Verified By

\_\_\_\_\_  
Processed By

Please submit the following documents with the form:

- 01. Application Form (CS Form-08)
- 02. Original Document.

**পলিসি সম্পাদিত (Paid up) করার জন্য আবেদন**

তারিখ: \_\_\_\_\_

পলিসি নং: \_\_\_\_\_

বীমাগ্রহীতা/বীমাকৃত ব্যক্তির নাম: \_\_\_\_\_  
(ইংরেজী বড় অক্ষরে)

**ঘোষণাঃ**

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী উপরে উল্লেখিত বীমাগ্রহীতা এই মর্মে অনুরোধ করছি যে, কোম্পানীর নিয়ম অনুযায়ী আমার উপরে উল্লেখিত পলিসিতে নিম্নে উল্লেখিত পরিবর্তন করা হোক। আমি অবগত যে, এই পরিবর্তন শুধুমাত্র বীমা বার্ষিকী তারিখেই কার্যকর হবে

পলিসি সম্পাদিত (Paid up) করার জন্য :

যা আছে \_\_\_\_\_ যা করতে ইচ্ছুক \_\_\_\_\_

ব্রাঞ্চ ম্যানেজারের (স্বাক্ষী) নাম, স্বাক্ষর এবং কোড নং

বীমাগ্রহীতার নাম ও স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর মোবাইল নম্বর

বীমাগ্রহীতার মোবাইল / ফোন নম্বর

তারিখ

তারিখ

প্রধান কার্যালয়ের ব্যবহারের জন্য

যাচাইকারী: \_\_\_\_\_ সম্পাদনকারী: \_\_\_\_\_

১। বীমাগ্রহীতা ও স্বাক্ষীর স্বাক্ষরসহ যথোপযুক্তভাবে পূরণকৃত সিএস ফর্ম-০৮।

২। মূল বীমা দলিল।