

NOMINEE/BENEFICIARY CHANGE APPLICATION FORM

Date: _____

Policy No: _____

Insured Name: _____
(Capital Letter)

Declaration:

I hereby request **CHARTERED LIFE INSURANCE COMPANY** to effect the change(s) under mentioned policy number by any means acceptable to the company.

For Nominee/Beneficiary Change:

| New Beneficiary Name (Capital Letter) | Nationality | Relation | Date of Birth | Share(%) | Signature of Beneficiary |
|--|-------------|----------|---------------|----------|-----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

If Nominee/ Beneficiary

| Name of Guardian | Age | Relationship with Nominee | Signature |
|------------------|-----|---------------------------|-----------|
| | | | |

Cause of Changing Nominee (Explanation)

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 documents with the form:
01. Application Form (CS Form-05)
02. Original Document.

বেনিফিসিয়ারি / নমিনী পরিবর্তনের 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 পলিসি/পলিসি সমূহে নিম্নে উল্লেখিত পরিবর্তন করা হোক।

বেনিফিসিয়ারি / নমিনী পরিবর্তনঃ

| নতুন / পরিবর্তিত বেনিফিসিয়ারির নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে) | জাতীয়তা | সম্পর্ক | জন্ম তারিখ | প্রদত্ত অংশ (%) | বেনিফিসিয়ারির স্বাক্ষর |
|--|----------|---------|------------|--------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

বেনিফিসিয়ারি / নমিনী অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে

| অভিভাবকের নাম | বয়স | মনোনীতকের সাথে সম্পর্ক | স্বাক্ষর |
|---------------|------|------------------------|----------|
| | | | |

নমিনী পরিবর্তনের কারন (ব্যাখ্যা)ঃ

স্বাক্ষীর নাম, স্বাক্ষর এবং কোড নং

ব্রাঞ্চ ম্যানেজারের নাম, স্বাক্ষর এবং কোড নং

বীমাগ্রহীতার নাম ও স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর মোবাইল নম্বর

বীমাগ্রহীতার মোবাইল / ফোন নম্বর

প্রধান কার্যালয়ের ব্যবহারের জন্যঃ

যাচাইকারী: _____ সম্পাদনকারী: _____

উল্লেখিত কাগজপত্র এই ফর্মের সাথে সংযুক্ত করুন।

০১। আবেদন ফর্ম

০২। মূল বীমা দলিল