



ব্যক্তিগত তথ্য হালনাগাদের আবেদন

আমেরিকান লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী
মেটলাইফ বিল্ডিং, ১৮-২০ মতিঝিল বা/এ
পোস্ট বক্স ৯, ঢাকা-১০০০, বাংলাদেশ
কল সেন্টার : ০৯৬৬৬৭৯৬৩৪৪
হটলাইন : ১৬৩৪৪

তারিখ

পলিসি নম্বর: _____

বীমাগ্রাহকের নাম: _____

আমি, উপরোল্লিখিত পলিসিটির গ্রাহক, কোম্পানীর রেকর্ডে আমার নিম্নলিখিত ব্যক্তিগত তথ্যাবলি হালনাগাদ করার অনুরোধ করছি।

বর্তমান ডাক যোগাযোগের ঠিকানা (ইংরেজী **BLOCK LETTER**-এ লিখুন):

জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর

মোবাইল নম্বর

টেলিফোন নম্বর

ই-মেইল

বীমাগ্রাহকের স্বাক্ষর (পলিসি এপ্রিকেশনে প্রদত্ত স্বাক্ষর এর অনুরূপ)
ফরমাটি পূরণের সময় সহযোগিতার জন্য যোগাযোগ করুন:

শুধুমাত্র হেড অফিসের ব্যবহারের জন্য
যাচাই করেছেন _____ তারিখ _____
প্রক্রিয়া সম্পন্ন করেছেন _____ তারিখ _____

কল সেন্টার ০৯ ৬৬৬৭ ১৬৩৪৪ (৯টা-৬টা)

হটলাইন ১৬৩৪৪ অপশন-৩ (৯টা-৬টা)

ইমেইল Customer.Services@metlife.com.bd



METCS0701

Personal Information Update Request

American Life Insurance Company

MetLife Building, 18-20 Motijheel C.A.
P.O. Box 9, Dhaka-1000, Bangladesh
Call Center : 09666716344
HotLine : 16344

Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Policy Number: _____

Name of the Policy Owner: _____

I, the owner of above mentioned Policy, hereby request you to update my below mentioned Personal Information in your records.

Updated Mailing Address On BLOCK LETTERS:

NID Number

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mobile No.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telephone No.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-mail

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Signature of the Policyowner as given in the application

Contact for assistance to fill the form:

Call Center : 09 6667 16344 (9am-6pm)

HotLine : 16344 Ext.-3 (9am-6pm)

Email : Customer.Services@metlife.com.bd

For Head Office use only

Verified by _____ Date _____

Processed by _____ Date _____