

# REQUEST FOR ENDORSEMENT FOR ASSIGNMENT FORM



### IMPORTANT INSTRUCTIONS FOR FORM COMPLETION

- |   |   |
|---|---|
| 1. Fill the Form completely, answer all questions with single pen.  | 2. Write in Bold Legible Script within the space provided for each option.  |
| 3. If an option is not selected, please neatly write "Not Applicable".  | 4. Do not overwrite, mutilate, scribble, cancel or delete and do not use abbreviation, dots, crosses and dashes.            |
| 5. Use original form only and signatures as per signatures you affixed on proposal form, with date.   | 6. Full names as per CNIC to be mentioned with valid and attested CNIC copies of Assignee and Assignor wherever applicable. |
| 7. If the Assignee is an Organization, the CNIC Number and Contact Details of an Authorized Official must be submitted along with Authorization Letter and contact details. |   |

Policy No: \_\_\_\_\_ Name of Life Assured: \_\_\_\_\_

Name of Policy Owner: \_\_\_\_\_

Reason for Assignment: \_\_\_\_\_

### ENDORSEMENT FOR ASSIGNMENT

I/We, the undersigned being Grantee(s)/Owner(s) of subject Life Insurance Policy of Jubilee Life Insurance Company Limited details of which are as under:

Policy No. _____	Name of Owner. _____
Commencement Date. _____	CNIC No. of Owner. _____
Name of Life Assured. _____	Initial Face Amount of Policy. _____
CNIC No. of Life Assured. _____	Supplementary Benefits, if any. _____

do hereby assign, transfer, and deliver, absolutely and completely, unto Mr./Ms./Mrs./Messrs. \_\_\_\_\_ S/O, D/O, W/O, H/O, Authorized Official of \_\_\_\_\_ and to his/her/their nominee (s), heir(s), administrator(s) and assignee(s) all title, rights, benefits and interests under the said policy, empowering and entitling him/her/them, to receive all payments under every Benefit of the policy, which includes but is not limited to the receipt of payments of Claims, Surrender Value and Withdrawals from Cash Value under the Policy and endowing him/her/them with the authority to provide to Jubilee Life Insurance Company Limited, valid discharge and receipts for any amount paid or benefit rendered by Jubilee life Insurance Company Limited under the said Policy, regardless of whether such amount is paid or benefit is rendered with or without my/our concurrence, consent and wishes and shall absolve Jubilee Life Insurance Company Limited, from all responsibilities and liabilities in respect of the amount paid or benefit rendered.

I/We hereby solemnly affirm that no prior assignment/transfer of the Policy exists or has occurred and that this policy is otherwise free from all encumbrances. Furthermore, I/We do hereby solemnly affirm that no assignment/transfer of the Policy, besides the present, has been made nor would be made till such time as this assignment remains valid and in-force. I/We also agree, understand and acknowledge that this Policy is being assigned by me/us in accordance with Section 71 of the Insurance Ordinance 2000 and that Jubilee Life Insurance Company limited assumes no responsibility as to the validity, effect and sufficiency of this assignment made by me/us in favour of the Assignee(s) above named.

Dated: This _____ day of _____ in the year _____ at _____ (Place)	
Signature of Assignor/Transferor _____	Signature of Assignee/Transferee _____
Name. _____	Name. _____
CNIC No. _____	CNIC No. _____
Address. _____	Address. _____
Telephone No. _____	Telephone No. _____
Signature of Witness 1 _____	Signature of Witness 2 _____
Name. _____	Name. _____
CNIC No. _____	CNIC No. _____
Address. _____	Address. _____
Telephone No. _____	Telephone No. _____

### CALL BACK CONFIRMATION STATUS (FOR HEAD/REGIONAL OFFICE ONLY)

Date & Time: \_\_\_\_\_ Number Called On: \_\_\_\_\_ Called By: \_\_\_\_\_  
 Agree     Disagree     Others \_\_\_\_\_

### ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE FOR ENDORSEMENT FOR ASSIGNMENT

Jubilee Life Insurance Company Limited acknowledges the receipt of the notice for Endorsement for Assignment of Policy No. \_\_\_\_\_ in favour of Mr./Ms./Mrs./Messrs. \_\_\_\_\_, bearing Computerised National Identity Card No. \_\_\_\_\_ as mentioned in the Request for Endorsement for Assignment dated \_\_\_\_\_.

## درخواست برائے تفویض ترمیم فارم

### فارم مکمل کرنے کے لیے اہم ہدایات

- تمام سوالات کے جوابات دیتے ہوئے ایک ہی قلم کے ساتھ فارم کو برحفاظت مکمل کریں۔
- ہر ایک اختیار کے لیے فراہم کردہ خانوں میں نمایاں بڑھی جانے والی دہنی تحریر میں لکھیں۔
- اگر اختیار کا انتخاب نہیں کیا گیا ہے تو واضح طور پر ناقابل اطلاق (Not Applicable) لکھیں۔
- بلا ضرورت لکھیں، مسخ نہ کریں، بے توجہی سے لکھیں، تیشخ نہ کریں یا قلمزد کریں، مختلف نکات، کاٹے کے نشانات اور علامات استعمال نہ کریں۔
- اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر ہو جو وہی دستخط مع تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروپوزل پر دستخط کے لیے کیا ہے۔
- اگر منتقلیہ ایک ادارہ ہے تو جائز ایسے کی تصدیق شدہ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ کی نقل اور رابطی تفصیلات مع اتھارٹی لیسٹریج کریں۔
- جہاں بھی اطلاق ہوں، جمع کریں۔
- تفویض کنندہ اور منتقلیہ (بے تفویض کیا گیا) کی قانونی طور پر جائز اور تصدیق شدہ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ کی نقل میں درج صحیح ناموں کے

پالیسی نمبر \_\_\_\_\_ بیمہ دار کا نام \_\_\_\_\_  
 پالیسی اور کارڈ کا نام \_\_\_\_\_  
 تفویض کرنے کی وجہ \_\_\_\_\_

### ترمیم برائے تفویض

میں/ہم زبردستی جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کی متذکرہ پالیسی کا بحیثیت گرانٹی/اوزر جس کی تفصیلات درج ذیل ہیں۔

پالیسی نمبر \_\_\_\_\_ تاریخ اجراء \_\_\_\_\_  
 بیمہ دار کا نام \_\_\_\_\_ بیمہ دار کا کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_  
 اوزر کا نام \_\_\_\_\_ اوزر کا کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_  
 پالیسی کا بنیادی زریعہ \_\_\_\_\_ ضمنی فوائد اگر کوئی ہوں \_\_\_\_\_  
 محترم/محترمہ/مسما/میسرز \_\_\_\_\_ ولد/بنت/زوجہ/خاوند/بھائی/بھینس

اور اس کے/ان کے نامزد شخص (نامزد اشخاص)، وارث (ورثاء)، منتظم (منتظمین) اور منتقلیہ کو متذکرہ پالیسی کے تحت تمام حقوق، حقوق ملکیت، فوائد اور مفادات بذریعہ ہذا مطلقاً اور کلیہ تفویض کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں، منتقل کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں، حوالے (سپردہ) کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں، اسے/انہیں مجاز کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں اور حق دیتا ہوں/دیتی ہوں ادیتے ہیں۔ پالیسی کے تمام فوائد کے تحت تمام ادا کیگیاں وصول کرنے کے لیے، جو کہ مشتمل ہے لیکن محدود نہیں، پالیسی کے تحت دعویٰ کی ادا کیگیاں، دستبرداری قیمت اور دستبرداری قیمت سے جزیو رقم نکلوانا اور اسے/انہیں اتھارٹی کے ساتھ وقف کرتے ہوئے جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو فراہم کرنے کے لیے، پالیسی کے تحت جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کی طرف سے کسی قسم کی رقم کی ادا کیگیاں یا فائدہ کی حوالگی کے لیے قانونی طور پر پیمانہ کرنا، قطع نظر اس کے کہ یہ رقم کی ادا کیگیاں ہوئی یا فائدہ حوالے کیا گیا ہے، میری/ہماری اتفاق رائے، مرضی اور خواہش کے ساتھ یا بغیر اور جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو تمام ذمہ داریوں اور ادا کیگیوں سے بری الذمہ قرار دینا/دوگی/ادیں گے۔

میں/ہم بذریعہ ہذا حلفیہ اقرار کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں کہ اس سے قبل نہ ہی پالیسی منتقل ہوئی ہے اور نہ ہی تفویض ہوئی ہے یا وقوع پذیر ہوئی ہے اور یہ کہ پالیسی تمام تر قرضہ جات سے آزاد ہے۔ مزید برآں میں/ہم بذریعہ ہذا اقرار کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں کہ موجودہ کے علاوہ پالیسی کی تفویض/منتقلی ہوئی ہے نہ ہی اس وقت تک کوئی تفویض ہوگی جب تک یہ تفویض قانونی طور پر بحال ہے۔ میں/ہم اتفاق کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں، سمجھتا ہوں/سمجھتی ہوں سمجھتے ہیں اور تسلیم بھی کرتا ہوں/کرتی ہوں کرتے ہیں کہ یہ پالیسی انشورنس آرڈیننس 2000 کے سیکشن 71 کے مطابق مجھ/ہم سے تفویض کی جارہی ہے اور یہ کہ جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ پر تفویض جو میں/ہم نے درج بالا منتقلیہ کے تحت میں کی تھی اسکے قانونی طور پر صحیح، کارگر اور کفایت ہونے کی ذمہ داری قبول نہیں کرتی ہے۔

آج مورخہ \_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_ مقام \_\_\_\_\_  
 تفویض کنندہ کے دستخط \_\_\_\_\_ منتقلیہ کے دستخط \_\_\_\_\_  
 نام \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_  
 کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_  
 پتہ \_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_  
 ٹیلیفون نمبر \_\_\_\_\_ ٹیلیفون نمبر \_\_\_\_\_  
 گواہ نمبر ۱ کے دستخط \_\_\_\_\_ گواہ نمبر ۲ کے دستخط \_\_\_\_\_  
 نام \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_  
 کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_  
 پتہ \_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_  
 ٹیلیفون نمبر \_\_\_\_\_ ٹیلیفون نمبر \_\_\_\_\_

کال بیک کنفرمیشن اسٹیٹس (صرف ہیڈ آرہیجٹل آفس کے استعمال کے لئے)

وقت اور تاریخ: \_\_\_\_\_ رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_ رابطہ کار: \_\_\_\_\_  
 متفق  غیر متفق  دیگر: \_\_\_\_\_

### ترمیم برائے تفویض کی وصولیابی کی اطلاع

جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ پالیسی نمبر \_\_\_\_\_ کے تحت ترمیم برائے تفویض محترم/محترمہ/مسما/میسرز \_\_\_\_\_  
 حامل کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ کے تحت میں کرنے کی اطلاع وصول کرتی ہے۔ جیسا کہ ترمیم برائے تفویض مورخہ \_\_\_\_\_ میں درج ہے۔