

# REQUEST FOR ENDORSEMENT FOR RE-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.

Membership No: \_\_\_\_\_ Name of Person Covered: \_\_\_\_\_

Name of Member: \_\_\_\_\_

Reason for Re-Assignment: \_\_\_\_\_

## ENDORSEMENT FOR RE-ASSIGNMENT

I/We, the undersigned being Assignee(s) of subject Family Takaful Membership of Jubilee Life Insurance Company Limited - Window Takaful Operations details of which are as under:

Membership No. \_\_\_\_\_ Commencement Date \_\_\_\_\_

Name of Person Covered \_\_\_\_\_ CNIC No. of Person Covered \_\_\_\_\_

Name of Member \_\_\_\_\_ CNIC No. of Member \_\_\_\_\_

Name of Assignee \_\_\_\_\_ CNIC No. of Assignee \_\_\_\_\_

Initial Face Amount of Membership \_\_\_\_\_ Supplementary Benefits, if any \_\_\_\_\_

do hereby re-assign all my/our rights title and interest in Membership No. \_\_\_\_\_ to  
Mr./Ms./Mrs./Messrs. \_\_\_\_\_,  
S/O, D/O, W/O, H/O, Authorized Official of \_\_\_\_\_,  
bearing CNIC No. \_\_\_\_\_,

the Member of the said Membership, and declare that the receipt or receipts of the said amount by his/her/their successors, representative or assignees by any sum of money to be received by him/her/them on account of the said Membership, regardless of whether such amount is tendered with or without my/our concurrence or wishes shall absolve Jubilee Life Insurance Company Limited - Window Takaful Operations, from all responsibilities in respect of the application of the said money effectually and to all intents and purposes as if such receipt or receipts were signed by me/ourselves, my/our heir(s), executor(s) or administrator(s).

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. \_\_\_\_\_

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

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

### Jubilee Life Insurance Company Limited

Window Takaful Operations

74/1-A, Lalazar, M.T. Khan Road, Karachi - 74000, Pakistan.

Phone: (021) 32120201, 35205094, Fax: (021) 35610959, WhatsApp: (021) 111-111-554  
UAN: (021) 111 111 554 (11), E-mail: info@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com/takaful

### فارم مکمل کرنے کے لیے ہدایات

- 1- تمام سوالات کے جوابات دیتے ہوئے ایک ہی قلم کے ساتھ فارم کو ہر لحاظ سے مکمل کریں۔
- 2- ہر ایک اختیار کے لیے فراہم کردہ خانوں میں نمایاں پٹی جانے والی دہی تحریریں لکھیں۔
- 3- اگر اختیار کا انتخاب نہیں کیا گیا ہے تو واضح طور پر ناقابل اطلاق (Not Applicable) لکھیں۔
- 4- بلا ضرورت لکھیں، مسخ نہ کریں، بے توجہی سے لکھیں، تیش نہ کریں یا قلم نہ کریں، مختلف نکات، کاٹے کاٹے کے نشانات اور علامات استعمال نہ کریں۔
- 5- اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر بُو بُو وہی دستخط جمع تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروپوزل فارم پر دستخط ثبت کئے ہیں۔
- 6- تفویض کنندہ اور منتقل الیہ (جسے تفویض کیا گیا) کی قانونی طور پر جائز اور تصدیق شدہ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ کی انٹول میں درج صحیح ناموں کے جہاں بھی اطلاق ہوں، جمع کریں۔
- 7- اگر منتقل الیہ ایک ادارہ ہے تو مجاز آفیسر کی تصدیق شدہ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ کی نقل اور رابطہ کی تفصیلات جمع اتھارٹی یلبرج کریں۔

ممبر شپ نمبر \_\_\_\_\_ پارٹنر کا نام \_\_\_\_\_

ممبر کا نام \_\_\_\_\_

دوبارہ تفویض کرنے کی وجہ \_\_\_\_\_

### ترمیم برائے دوبارہ تفویض

میں/ ہم زبردستی جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈ ونکافل آپریشنز کی متذکرہ ممبر شپ کا بحیثیت منتقل الیہ جس کی تفصیلات درج ذیل ہیں۔

ممبر شپ نمبر \_\_\_\_\_ تاریخ اجراء \_\_\_\_\_

پارٹنر کا نام \_\_\_\_\_ پارٹنر کا کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_

ممبر کا نام \_\_\_\_\_ ممبر کا کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_

منتقل الیہ کا نام \_\_\_\_\_ منتقل الیہ کا کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_

ممبر شپ کا بنیادی زر نکافل \_\_\_\_\_ ضمنی فوائد اگر کوئی ہوں \_\_\_\_\_

محترم/ محترمہ/ مسما/ میسرز \_\_\_\_\_ ولد/ بنت/ زوجہ/ خاندان/ مجاز آفیسر \_\_\_\_\_

حالیہ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_

متذکرہ ممبر شپ کے ممبر کو تمام میرے/ ہمارے حقوق، ملکیت اور مفادات بذریعہ ہذا دوبارہ تفویض کرتا ہوں/ کرتی ہوں/ کرتے ہیں اور اعلان کرتا ہوں/ کرتی ہوں/ کرتے ہیں کہ متذکرہ رقم کی وصولی یا وصولیاں متذکرہ ممبر شپ کی مد میں اُس کے/ انکے جائینوں، نمائندوں یا منتقل الیہ کی طرف سے کوئی بھی وصول ہونے والی رقم، قطع نظر اسکے کہ میری/ ہماری اتفاق رائے یا خواہش کے مطابق یا بغیر یہ رقم حوالے کی گئی ہے، متذکرہ رقم کا استعمال مؤثر طریقے سے ہوا ہے، تمام ارادے اور مقاصد کے ساتھ، جیسا کہ ایسی وصولی یا وصولیوں پر میں/ ہم خود نے، میرے/ ہمارے وارث (ورثاء)، تعین کنندہ (تعین کنندگان) یا منتظم (منتظمین) نے دستخط ثبت کئے ہیں۔ جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈ ونکافل آپریشنز کو ان تمام ذمہ داریوں سے بڑی الذمہ قرار دونا/ دوگی/ دیں گے۔

آج مورخہ \_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_ مقام \_\_\_\_\_

تفویض کنندہ کے دستخط \_\_\_\_\_ منتقل الیہ 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 \_\_\_\_\_

### ترمیم برائے دوبارہ تفویض کی وصولیابی کی اطلاع

جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈ ونکافل آپریشنز ممبر شپ نمبر \_\_\_\_\_ کے تحت ترمیم برائے دوبارہ تفویض محترم/ محترمہ/ مسما/ میسرز \_\_\_\_\_

حالیہ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ کے تحت میں کرنے کی اطلاع وصول کرتی ہے۔ جیسا کہ درخواست برائے دوبارہ تفویض ترمیم مورخہ \_\_\_\_\_ میں درج ہے۔