ENDORSEMENT REQUEST FORM

Jubilee LIFE INSURANCE

IMPORTANT INSTRUCTIONS FOR FORM COMPLETION

1. Complete the form in all respects, answer all questions with a 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 and sign as per signatures you affixed on proposal form, with date.

I, _____, Owner of the Policy Number: _____

bearing CNIC Number : _____, request for the following specified Service(s) / Alternation(s) / Change(s) in my Policy.

☐ **1: Indexation / No Indexation / Partial Indexation**

☐ Full Indexation ☐ No Indexation ☐ Partial Indexation_____ %

(Please remit all due premiums. Kindly submit **Declaration of Health, Occupation & Avocation** in case the Policy is Lapsed/ under Non forfeiture.)

☐ **2: Change / Alteration in Policy Benefits & Values and / or Premium**

Benefits	Previous Value	Changed Value
Basic Premium		
Total Premium		
Premium Payment Mode	From :	To :

Note: The original Values & Benefits under the Policy will be revised / changed on the basis of endorsement request made through this form and if accepted by the Company.

☐ **3: Change in Nomination / Guardian**

(a) Primary Beneficiary (ies)/ Nominee(s) Designated

Names	Date of Birth	Relationship to Life Assured	CNIC Number	Share %

(b) Secondary Beneficiary (ies)/ Nominee(s) Designated

Name(s)	Date of Birth	Relationship to Life Assured	CNIC Number	Share %

(c) Guardian Designated

Name(s)	Date of Birth	Relationship with Nominee	CNIC Number	Share %

☐ **4: Change in Account Number /Credit Card Number**

																		Credit Card Expiry Date	D	D	M	M	Y	Y

☐ **5: Change in Correspondence Address/E-Mail/Contact Number(s)**

_____

_____

Specify us through which medium would you like to recieve letters / Statements of your Policy?

☐ Postal ☐ Email

☐ **6: Others**

_____

Dated: This _____ day of _____ in the year _____.

_____
Signature of Life Assured / Signature of Policyowner

_____
Signature of Witness with Name & Contact Number

Contact Number of Policyowner: _____

_____
Signature of Guardian Designated
(in case option 3(c) is selected)

Jubilee Life Insurance Company Limited
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 , E-mail: info@jubileelife.com, complaints@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com

Jubilee
LIFE INSURANCE

درخواست برائے ترامیم

فارم مکمل کرنے کے لئے اہم ہدایات

۱۔ تمام سوالات کے جوابات دیتے ہوئے ایک ہی قلم کے ساتھ فارم کو ہر لحاظ سے مکمل کریں۔
۲۔ ہر ایک اختیار کے لئے فراہم کردہ خانوں میں نمایاں پڑھی جانے والی دستی تحریر میں لکھیں۔
۳۔ اگر اختیار کا انتخاب نہیں کیا گیا ہے تو واضح طور پر نا قابل اطلاق (Not applicable) لکھیں۔
۴۔ بلاضرورت نہ لکھیں، مسخ نہ کریں، بے توجہی سے نہ لکھیں، تنسیخ نہ کریں اور قلمزد نہ کریں اور مخفف، زکات، کاٹے کے نشانات اور علامات استعمال نہ کریں۔
۵۔ اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر ہُو بہُو وہی دستخط بمع تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروپوزل فارم پر دستخط ثبت کئے ہیں۔

میں _____ پالیسی نمبر _____ کا اونر
حامل کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر _____ اپنی پالیسی میں درج ذیل مخصوص خدمت/خدمات، ترمیم/ترامیم، تبدیلی/تبدیلیوں کی درخواست کرتا ہوں۔

☐ **۱۔ اضافی/بغیر اضافی/جُزوی اضافی**

☐ مکمل اضافی ☐ بغیر اضافی ☐ جُزوی اضافی فیصد _____ %

(براہِ کرم تمام واجب الادا اقساطِ بیمہ ترسیل کریں۔ پالیسی کا لعدم/عدم ضبطگی کی صورت میں براہِ کرم صحت، پیشہ اور مشغلہ کا ڈیکلریشن داخل کریں۔)

☐ **۲۔ پالیسی فوائد اور اقدار میں اور/یا قسطِ بیمہ میں تبدیلیاں/ترامیم**

فوائد	گزشتہ قدر	موجودہ قدر
بنیادی قسطِ بیمہ		
کُل قسطِ بیمہ		
قسطِ بیمہ کی ادائیگی کا طریقہ کار	سے	تک

نوٹ: پالیسی کے تحت اصل قدر اور فوائد اس فارم کے ذریعے دی گئی درخواست برائے ترامیم اور کمپنی کی منظوری کی بنیاد پر ترمیم/تبدیل کی جائے گی۔

☐ **۳۔ وارث/سرپرست میں تبدیلی**

(الف) ابتدائی حقدار/حقداران/نامزد کردہ وارث/ورثاء

نام	تاریخ پیدائش	بیمہ دار کے ساتھ رشتہ داری	کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر	فیصد حصہ

(ب) ثانوی حقدار/حقداران/نامزد کردہ وارث/ورثاء

نام	تاریخ پیدائش	بیمہ دار کے ساتھ رشتہ داری	کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر	فیصد حصہ

(پ) نامزد کردہ سرپرست

نام	تاریخ پیدائش	نامزد کردہ وارث کے ساتھ رشتہ داری	کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر	فیصد حصہ

☐ **۴۔ اکاؤنٹ/کریڈٹ کارڈ نمبر میں تبدیلی**

کریڈٹ کارڈ کی تاریخِ تنسیخ

D	D	M	M	Y	Y

☐ **۵۔ خط و کتابت کا پتہ/برقیاتی ڈاک/رابطہ نمبر/نمبروں میں تبدیلی**

_____

_____

برائے مہربانی واضح کریں کہ آپ اپنی پالیسی کے دستاویزات کن ذرائع سے حاصل کرنا چاہیں گے۔

☐ ڈاک ☐ ای میل

☐ **۶۔ دیگر**

_____

آج مورخہ _____ سال _____

_____
بیمہ دار/پالیسی اونر کے دستخط

_____
گواہ کے دستخط بمع نام/اور رابطہ نمبر

پالیسی اونر کا رابطہ نمبر _____

_____
نامزد کردہ سرپرست کے دستخط
(اگر اختیار نمبر ۳ (پ) کا انتخاب کیا گیا ہے)

Jubilee Life Insurance Company Limited
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 , E-mail: info@jubileelife.com, complaints@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com