

ENDORSEMENT REQUEST FORM



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.
- 6. To know your policy status text **JUBILEELIFE <space> PSD <space> Policy No.** from your registered Mobile No. and send it to **8398**

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 :

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 receive 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)

درخواست برائے تراہیم

فارم مکمل کرنے کے لئے اہم ہدایات

- تمام سوالات کے جوابات دیتے ہوئے ایک ہی قلم کے ساتھ فارم کو ہر لحاظ سے مکمل کریں۔
- اگر اختیار کا انتخاب نہیں کیا گیا ہے تو واضح طور پر ناقابل اطلاق (Not applicable) لکھیں۔
- اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر جو بٹوہ وہی دستخط صحیح تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروپوزل فارم پر دستخط ثبت کئے ہیں۔
- ہر ایک اختیار کے لئے فراہم کردہ خانوں میں نمایاں پڑھی جانے والی دستی تحریریں لکھیں۔
- بلا ضرورت نہ لکھیں، منج نہ کریں، بے توجہی سے نہ لکھیں، تفسیح نہ کریں اور قلمزدہ نہ کریں اور حقیقت، نکات، کالے کالے کے نشانات اور علامات استعمال نہ کریں۔
- آپ اپنی پالیسی کی تفصیل اپنے رجسٹرڈ موبائل نمبر سے بریلوئے مختصر پیغام اس نمبر 8398 پر بھیج کر درج ذیل طریقے سے حاصل کر سکتے ہیں۔

JUBILEELIFE <space> PSD <space> Policy No.

پالیسی نمبر کا اوڑھ

میں _____ حال کیپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر _____ اپنی پالیسی میں درج ذیل مخصوص خدمات/خدمات، تراہیم/تراہیم، تبدیلی/تبدیلیوں کی درخواست کرتا ہوں۔

۱۔ اضافی/بغیر اضافی/جزوی اضافی

مکمل اضافی بغیر اضافی جزوی اضافی فیصد _____ %
(براہ کرم تمام واجب الادا اقساط بیمہ ترسیل کریں۔ پالیسی کا عدم/عدم ضبطگی کی صورت میں براہ کرم صحت، پیشہ اور مشغلہ کا ڈیکلریشن داخل کریں۔)

۲۔ پالیسی فوائد اور اقدار میں اور/یا قسط بیمہ میں تبدیلیاں/تراہیم

فوائد	گزشتہ قدر	موجودہ قدر
بنیادی قسط بیمہ		
گھل قسط بیمہ		
قسط بیمہ کی ادائیگی کا طریقہ کار		

۳۔ وارث/سرپرست میں تبدیلی

(الف) ابتدائی حقدار/حقداران/نامزد کردہ وارث اور ثناء

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

(ب) ثانوی حقدار/حقداران/نامزد کردہ وارث اور ثناء

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

(پ) نامزد کردہ سرپرست

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

۴۔ اکاؤنٹ/کریڈٹ کارڈ نمبر میں تبدیلی

کریڈٹ کارڈ کی تاریخ تینینغ	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۔

ای میل ڈاک

۶۔ دیگر

آج مورخہ _____ سال _____

گواہ کے دستخط صحیح نام اور رابطہ نمبر

بیمہ دار/پالیسی اوزر کے دستخط

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) 35205094-95, Fax: (021) 35610959, SMS: "JUBILEELIFE" to 8398

UAN: (021) 111-111-554, E-mail: info@jubileelife.com, complaints@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com