

REQUEST FOR PARTIAL SURRENDER/FULL SURRENDER 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 Cash Value type **JUBILEELIFE <space> CV <space> Policy No.** from your registered Mobile No. and send it to **8398**

Policy No: _____ Name of Life Assured: _____

Name of Policy Owner: _____

To make request for Partial Surrender/Full Surrender (withdrawal), please select one of the given options

A: PARTIAL SURRENDER (WITHDRAWAL) SECTION

(The maximum and minimum limits of the amount of Cash Value that can be partially surrendered (withdrawn) is determined and may be changed by the Company from time to time.)

I request Jubilee Life Insurance Company Limited. to partially surrender my policy and pay an amount of Rs. _____ (in figures) _____ (In words) from Unit Account (Cash Value) of this policy. Any expenses as determined by the Company may also be deducted from the amount payable to me. I also agree that in order to maintain the sum at risk, Jubilee Life Insurance Company Limited, if required, may reduce the Sum Assured by the amount of partial surrender.

B: FULL SURRENDER SECTION

I request Jubilee Life Insurance Company Limited that my Policy be surrendered and the benefits under the Policy be terminated forthwith. I also request that the Cash Value of this Policy be paid to me after deduction of expenses as determined by the Company. I, herewith, return (have already returned) the Policy Documents to Jubilee life Insurance Company Limited.

C: ZAKAT SECTION

I do not claim exemption from deduction of Zakat. I claim exemption from deduction of Zakat.

- NOTE:**
- In the event of the payment of Partial Surrender/Full Surrender (withdrawal) proceeds, 2.5% of the amount payable will be deducted as Zakat and paid over to the appropriate authority.
 - To claim an exemption from Zakat deduction, an appropriate affidavit must be submitted with this form.

D: PAYMENT OPTIONS

Direct Transfer Into IBFT Account Via Payorder / Cheque

Account Title _____

Bank Name _____ Branch Name/Code _____

Account Type: Current Savings IBFT Account Number

E: VERIFICATION BY AUTHORIZED OFFICIAL OF THE CONCERNED BANK

We do hereby verify the above particulars and signature of our above account holder.

Name of Bank Manager / Authorized Officer _____ Contact No. _____

Signature and Rubber Stamp _____

F: ACKNOWLEDGEMENT/PRE-DISCHARGE

I, as Policy Owner, hereby acknowledge that the transaction processed and payment made through the option selected by me in Section D here-above, will discharge Jubilee Life Insurance Company from all liabilities and responsibilities whatsoever in this regard. In case of Full Surrender, in lieu of the Surrender Value paid to me, the Policy would be irrevocably terminated, and all Privileges and Benefits of the Policy would stand cancelled. I, as Policy Owner, solemnly declare that I am entitled to the Proceeds of the Policy and that the Policy has not been assigned / transferred to anyone whomsoever, nor does any other person whomsoever has any right to the Policy.

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

Date & Time: _____ Number Called On: _____ Called By: _____

Agree Disagree Others _____

Signed on (Date): _____ Name of Witness: _____

Policy Owner's Signature: _____ Signature of Witness: _____

Policy Owner's Computerized NIC# _____ Witness's Computerized NIC# _____

Tel # (Res): _____ (Office): _____ Tel # (Res) : _____ (Office): _____

Mobile Number: _____ Mobile Number: _____

Email Address: _____ Email Address: _____

The Branch Incharge/Sales Manager should sign this request form as a witness. If a client comes directly to the Head Office for Partial Surrender / Full Surrender (withdrawal), the Authorised Official of Customer Experience Department will witness this form.

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

فارم مکمل کرنے کے لئے اہم ہدایات

- ۱۔ تمام سوالات کے جوابات دیتے ہوئے ایک ہی قلم کے ساتھ فارم کو برحفاظ سے مکمل کریں۔
- ۲۔ ہر ایک اختیار کے لئے فراہم کردہ خانوں میں نمایاں پڑھی جانے والی دستخطیں لکھیں۔
- ۳۔ اگر اختیار کا انتخاب نہیں کیا گیا ہے تو واضح طور پر ناقابل اطلاق (Not applicable) لکھیں۔
- ۴۔ بلا ضرورت نہ لکھیں، مسخ نہ کریں، بے توجہی سے نہ لکھیں، تضحیح نہ کریں یا قلمزدندہ کریں اور تحفظ، نکات، کاٹے کے نشانات اور علامات نہ استعمال کریں۔
- ۵۔ اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر ہو بہو وہی دستخط جمع تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروپوزل فارم پر دستخط ثبت کئے ہیں۔
- ۶۔ آپ اپنی پالیسی کی نقد قیمت (Cash Value) اپنے رجسٹرڈ موبائل نمبر سے بذریعہ مختصر پیغام اس نمبر 8398 پر بھیج کر درج ذیل طریقے سے معلوم کر سکتے ہیں۔ JUBILEELIFE <space> CV <space> Policy No.

پالیسی نمبر _____ بیمہ دار کا نام _____ پالیسی آؤز کا نام _____

جزوی / مکمل دستبرداری کی درخواست کے لئے براہ کرم دیئے گئے اختیارات میں سے کسی ایک اختیار کا انتخاب کریں۔

۱۔ جزوی دستبرداری (کلوانا) سیکشن

(نقد قیمت کی رقم جو کہ جزوی طور پر دستبرداری کی جاسکتی ہے کی زیادہ سے زیادہ اور کم از کم حد دو کا تعین کیا جاتا ہے اور کاپی وقتاً فوقتاً تبدیل کر سکتی ہے)

میں اپنی پالیسی سے جزوی طور پر دستبرداری کے لئے جو بلی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ سے درخواست کرتا کرتی ہوں کہ میری پالیسی کے پونٹ اکاؤنٹ (نقد قیمت) سے مبلغ _____ روپوں کی ادائیگی کریں (لفظوں میں)

کوئی بھی اخراجات جس کا تعین کیا ہے میری واجب الادا رقم میں سے منہا بھی کئے جاسکتے ہیں۔ میں اس سے بھی اتفاق کرتا کرتی ہوں کہ تحفظ بیمہ کا تعین کرنے کے لئے جو بلی

لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ، اگر ضروری ہو، جزوی دستبرداری کی رقم کے مساوی زیر بیمہ کی رقم کم کر سکتی ہے

۲۔ مکمل دستبرداری سیکشن

میں جو بلی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ سے درخواست کرتا کرتی ہوں کہ میری پالیسی کو دستبردار کر دیا جائے اور پالیسی کے تحت تمام فوائد فی الفور ختم کر دیئے جائیں۔ میں یہ بھی درخواست کرتا کرتی ہوں کہ اس پالیسی کی نقد قیمت (Cash Value) سے تمام اخراجات جن کا تعین کمپنی نے کر لیا ہے منہا کرنے کے بعد مجھے ادا کر دی جائے۔ میں اس کے ساتھ جو بلی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو پالیسی دستاویزات واپس کرتا کرتی ہوں (پہلے ہی واپس کر چکا ہوں)

۳۔ زکوٰۃ سیکشن

میں زکوٰۃ کی کوٹھی سے مُستثنی ہونے کا دعویٰ نہیں کرتا کرتی ہوں۔ میں زکوٰۃ کی کوٹھی سے مُستثنی ہونے کا دعویٰ کرتا کرتی ہوں۔ حلف نامہ جمع شدہ ہے

نوٹ: ● دستبرداری کی ادائیگی کی صورت میں واجب الادا رقم کا 2.5% بطور زکوٰۃ منہا کر لیا جائے گا اور متعلقہ تھارٹی کو بھیج دیا جائے گا۔ ● زکوٰۃ کی کوٹھی سے مُستثنی ہونے کا دعویٰ کرنے کے لئے اس فارم کے ساتھ مناسب حلف نامہ داخل کرنا ہوگا۔

۴۔ ادائیگی کے اختیارات

براہ راست اکاؤنٹ میں ترسیل (کریڈٹ) بذریعہ پے آرڈر / چیک

اکاؤنٹ ہولڈر کا نام _____

بینک کا نام _____

برانچ کا نام / کوڈ نمبر _____

اکاؤنٹ کی قسم: کرنٹ سیویگ اکاؤنٹ نمبر _____

۵۔ متعلقہ بینک کے مجاز آفیسر سے تصدیق

ہم اپنے درج بالا کھاتے دار (اکاؤنٹ ہولڈر) کے درج بالا اکاؤنٹ اور دستخط کی تصدیق کرتے ہیں۔

بینک مینیجر / مجاز آفیسر کا نام _____ رابطہ نمبر _____ دستخط اور ربر بڑ نمبر _____

۶۔ وصولی کا اعتراف نامہ / برخواستگی

میں، بحیثیت پالیسی آؤز، تسلیم کرتا کرتی ہوں کہ اس سلسلے میں درج بالا سیکشن "D" میں درج میرے منتخب کردہ اختیار کے ذریعہ جو بھی معاملہ عمل میں لایا گیا اور ادائیگی کی گئی ہے کمپنی کو تمام ادائیگیوں اور ذمہ داریوں سے سبکدوش کر دے گا چاہے جو کچھ بھی ہو۔

مکمل دستبرداری کے صورت میں پالیسی کی دستبرداری رقم جو مجھے ادا کی گئی ہے کے عوض پالیسی کے تضحیح ہوجانے کی اور تمام مراعات اور فوائد منسوخ ہو جائیں گے۔ میں، بحیثیت پالیسی آؤز، حلفیہ اعلان کرتا ہوں کہ میں ہی پالیسی کی رقم کا حقدار ہوں اور یہ کہ

پالیسی نہی کسی کو چاہے جو کوئی بھی ہوتو فیض / منتقل کی گئی ہے اور نہ ہی کوئی دوسرا شخص جو کوئی بھی ہو پالیسی کا حقدار ہے۔

۷۔ کال بیک کنفرمیشن اسٹیٹس (صرف ہیڈ آر بچل آفس کے استعمال کے لئے)

وقت اور تاریخ: _____ رابطہ نمبر: _____ رابطہ کار: _____

متفق غیر متفق دیگر: _____

مورخہ	گواہ کا نام
پالیسی آؤز کے دستخط	گواہ کے دستخط
پالیسی آؤز کا کمپیوٹر آئزڈ شناختی کارڈ نمبر	گواہ کا کمپیوٹر آئزڈ شناختی کارڈ نمبر
ٹیلیفون نمبر (رہائش)	ٹیلیفون نمبر (رہائش)
موبائل نمبر	موبائل نمبر
برقیاتی پتہ	برقیاتی پتہ

برانچ مینیجر / سلیز مینیجر بحیثیت گواہ اس درخواست فارم پر دستخط کرے گا۔ اگر بیمہ دار جزوی / مکمل دستبرداری کے لئے براہ راست ہیڈ آفس آجاتا ہے تو کسٹمر ایکسپیرینس ڈیپارٹمنٹ کا مجاز آفیسر اس فارم پر بحیثیت گواہ دستخط کرے گا۔