

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 **8554**

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 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)

Jubilee Life Insurance Company Limited

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

Phone: (021) 32120201, 35205094, Fax: (021) 35610959, SMS: Your Query to 8554

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

درخواست برائے تراہیم

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۔ بلا ضرورت دیکھیں، منہ نہ کریں، بے توجہی سے نہ لکھیں، تغصیح نہ کریں اور قلم رو نہ کریں اور غصہ، نکات، کالے کالے کے نشانات اور علامات استعمال نہ کریں۔
- ۴۔ اگر اختیار کا انتخاب نہیں کیا گیا ہے تو واضح طور پر ناقابل اطلاق (Not applicable) لکھیں۔
- ۵۔ اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر نو، پو، وہی دستخط تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروفوزل فارم پر دستخط ثبت کئے ہیں۔
- ۶۔ آپ اپنی پالیسی کی تفصیل اپنے رجسٹرڈ موبائل نمبر سے بریلینڈ ہیکسٹریٹ پیغام اس نمبر 8554 پر بھیج کر درج ذیل طریقے سے حاصل کر سکتے ہیں۔

JUBILEELIFE <space> PSD <space> Policy No.

پالیسی نمبر کا اوڑ

میں _____

حالیہ کپیویٹرانڈ ذوقی شناختی کارڈ نمبر _____

اپنی پالیسی میں درج ذیل مخصوص 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	_____ سے _____ تک	

نوٹ: پالیسی کے تحت اصل قدر اور فوائد فارم کے ذریعے دی گئی درخواست برائے تراہیم اور کپیویٹرانڈ کی منظوری کی بنیاد پر تراہیم / تبدیلی کی جائے گی۔

۳۔ وارث / سرپرست میں تبدیلی

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

نام	تاریخ پیدائش	بیمہ دار کے ساتھ رشتہ داری	کپیویٹرانڈ ذوقی شناختی کارڈ نمبر	فیصد حصہ

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

نام	تاریخ پیدائش	بیمہ دار کے ساتھ رشتہ داری	کپیویٹرانڈ ذوقی شناختی کارڈ نمبر	فیصد حصہ

(پ) نامزد کردہ سرپرست

نام	تاریخ پیدائش	نامزد کردہ وارث کے ساتھ رشتہ داری	کپیویٹرانڈ ذوقی شناختی کارڈ نمبر	فیصد حصہ

۴۔ اکاؤنٹ / کریڈٹ کارڈ نمبر میں تبدیلی

کریڈٹ کارڈ کی تاریخ متبہ _____

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 چاہتے ہیں۔

ڈاک ای میل

۶۔ دیگر

آج مورخہ _____ سال _____

گواہ کے دستخط بمع نام / اور رابطہ نمبر _____

بیمہ دار / پالیسی اوز کے دستخط _____

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

پالیسی اوز کا رابطہ نمبر _____

Jubilee Life Insurance Company Limited

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

Phone: (021) 32120201, 35205094, Fax: (021) 35610959, SMS: Your Query to 8554

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