

REQUEST FORM FOR POLICY MATURITY PROCEEDS

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. Attach all Bank Statements of Policy Owner for last two (2) years including Bank Statement of Policy Owner from where Premium has been paid by Policy Owner, valid documents supporting the profession/occupation and gross annual income of Policy Owner.

7. Attach attested photocopies of computerized National Identity Cards of Policy Owner, Life Assured and Beneficiary.

8. Attach original Policy Document.

9. Additional information/documents may be required if needed.

10. In case someone else ("Beneficial Owner") has been supporting the Policy Owner financially in the Premium payment then submit all documents in respect of Beneficial Owner too as are applicable to Policy Owner, as mentioned in Instruction Number 6 above.

Policy Number:Policy Owner's Name:

Policy Owner's Place of Residence:Policy Owner's Gross Annual Income:

Policy Owner's Profession:Policy Maturity Date:Maturity Proceeds (Cash Value):

Life Assured's Name:Beneficiary Name:

DECLARATION BY POLICY OWNER

I _____ S/o, D/o, W/o _____ hereby declare that I am the sole Policy Owner of the Policy Number _____ ("Policy") and hereby apply to Jubilee Life Insurance Company Limited to pay Maturity Proceeds in my favour as per the Standard Policy Conditions of the Policy Document. I further acknowledge and agree that the payment of the Maturity Proceeds after all applicable deductions as per the laws of Pakistan will discharge Jubilee Life Insurance Company Limited from all liabilities and claims arising under this Policy. I also hereby certify and declare that I am wholly and solely entitled to the Maturity Proceeds under this Policy and solemnly declare that the said Policy has not been assigned or transferred to anyone else nor does any other person have rights to the said Policy or Maturity Proceeds. I, herewith, return original Policy Document to Jubilee Life Insurance Company Limited. I solemnly declare and agree that in case of any misrepresentation from myself, Jubilee Life Insurance Company Limited reserves every right to recover damages, claim compensation and initiate criminal or civil legal proceedings against me.

ZAKAT SECTION

Zakat Deduction ☐ Yes ☐ No (If 'No' please attach affidavit) ☐ Not Eligible (For Non Muslim)

- NOTE:**
- In the event of the payment of Maturity 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.

PAYMENT SECTION

☐ Direct Transfer into Bank Account from where Premium has been paid by Policy Owner

☐ Via Payorder / Cheque

Name of Payee (Policy Owner)Account Title

Bank Name

Bank Account Number

NOTE: Maturity Proceeds will be directly transferred by Jubilee Life Insurance Company Limited to the Bank Account of Policy Owner from where Premium has been paid by Policy Owner. Kindly provide herewith the details of Bank Account from where Premium has been paid by Policy Owner. In case this option is not opted by Policy Owner then valid reason along with supporting documents have to be provided by Policy Owner.

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 OfficerContact No.

Signature and Rubber Stamp

Policy Owner's Signature:Guardian Name:

Life Assured's Signature:Guardian's Signature:

Beneficiary's Signature:Signature of Witness No.1:

Signed on (Date):Name of Witness No. 1:

Policy Owner's CNIC#:CNIC# of Witness No. 1:

Mobile Number:Signature of Witness No. 2:

Email Address:Name of Witness No. 2:

CNIC # of Witness No. 2:

Jubilee Life Insurance Company Limited

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

Phone: (021) 32120201, 35205094, Fax: (021) 35610959

Registered Office: 26-D, 3rd Floor, Kashmir Plaza, Jinnah Avenue, Blue Area, Islamabad. Phone: (051) 2821903, (051) 2206930-32

SMS: Your Query to 8554, UAN: (021) 111-111-554 (JLI), E-mail: info@jubileelife.com, complaints@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com

درخواست فارم برائے تکمیل میعاد

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۔
- ہر ایک اختیار کے لئے فراہم کردہ خانوں میں نمایاں پڑھی جانے والی دقتی تحریریں لکھیں۔
- اگر اختیار کا انتخاب نہیں کیا گیا ہے تو واضح طور پر ناقابل اطلاق (Not applicable) لکھیں۔
- اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر نوٹو وہی دستخط جمع تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروپوزل فارم پر دستخط ثبت کئے ہیں۔
- پالیسی اوزر کے تحفظ دوسروں کے تمام بینک اسٹیٹمنٹس بشمول وہ بینک جہاں سے پالیسی اوزر نے پرییم کی ادائیگی کی، پیش اور مجموعی سالانہ آمدنی کی درست جماعتی دستاویزات منسلک کریں۔
- پالیسی اوزر، لائف ایشرڈ اور بنیفیشری کے کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈز کی تصدیق شدہ فوٹوکاپیاں منسلک کریں۔
- اگر کوئی دوسرا شخص (فائدہ مند مالک) پرییم کی ادائیگی میں پالیسی اوزر کی مالی معاونت کرتا رہا ہے تو فائدہ مند مالک کے بھی وہ تمام دستاویزات پیش کریں جو پالیسی اوزر کے لئے قابل اطلاق ہیں، جیسا کہ مذکورہ ہدایت نمبر 6 میں ذکر کیا گیا ہے۔
- اصل پالیسی دستاویزات منسلک کریں۔
- ضرورت پڑنے پر اضافی معلومات / دستاویزات طلب کی جاسکتی ہے۔
- لائف ایشرڈ کا نام: _____

پالیسی نمبر: _____ پالیسی اوزر کا نام: _____

پالیسی اوزر ہائیکس کا پتہ: _____ پالیسی اوزر کا مجموعی سالانہ آمدنی: _____

پالیسی اوزر کا پیشہ: _____ پالیسی کی تکمیل میعاد کی تاریخ: _____

لائف ایشرڈ کا نام: _____ بنیفیشری کا نام: _____

پالیسی اوزر کا اعلان

میں _____ ولد / بیو / زوجہ بذریعہ اعلان کرتا / کرتی ہوں کہ میں پالیسی نمبر _____ (پالیسی) کا واحد پالیسی اوزر ہوں اور بذریعہ اعلیٰ لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ سے درخواست کرتا / کرتی ہوں کہ پالیسی دستاویز کی معیادی شرائط و ضوابط کے مطابق تکمیل میعاد پر واجب الادا رقم کی ادائیگی اس پالیسی کے تحت رونما ہونے والے تمام وعوے / مطالبے اور ذمہ داریوں سے جو بلی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو بری الذمہ قرار دے گی۔ میں یہ بھی تصدیق کرتا / کرتی ہوں اور اعلان کرتا / کرتی ہوں کہ میں واحد اور تنہا اس پالیسی کے تحت تکمیل میعاد پر واجب الادا رقم کا حقدار ہوں اور حلیہ اعلان کرتا / کرتی ہوں کہ متذکرہ پالیسی کسی کو بھی تفویض یا منتقل نہیں کی گئی ہے اور نہ ہی کوئی دوسرا شخص متذکرہ پالیسی یا تکمیل میعاد پر واجب الادا رقم پر حق رکھتا ہے۔ میں بذریعہ اعلیٰ لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو واپس کرتا / کرتی ہوں۔ میں حلیہ اعلان کرتا / کرتی ہوں کہ میری طرف سے کسی قسم کی غلط بیانی کی صورت میں جو بلی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو قانونی حق حاصل ہے کہ نقصانات اور دعویٰ کا معاوضہ حاصل کرے اور میرے خلاف دیوانی / فوجداری مقدمات دائر کر کے قانونی کارروائی میں لائے۔

زکوٰۃ سیکشن

زکوٰۃ کی کوئی ☐ ہاں ☐ نہیں (اگر "نہیں" تو حلف نامہ جمع کروائیں) ☐ ناقابل اطلاق (برائے غیر مسلم)

نوٹ: تکمیل میعاد پر پالیسی کی ادائیگی کی صورت میں واجب الادا رقم کا اڑھائی فیصد (2.5%) بطور زکوٰۃ منہا کر لیا جائے گا اور متعلقہ اتھارٹی کو بھیج دیا جائے گا۔

● زکوٰۃ کی کوئی سے مستثنیٰ ہونے کا دعویٰ کرنے کے لئے اس فارم کے ساتھ مناسب حلف نامہ داخل کرنا ہوگا۔

ادائیگی کے اختیارات

☐ براہ راست اُس بینک اکاؤنٹ میں ترسیل (کریڈٹ) جس سے پالیسی اوزر پرییم کی ادائیگی کرتا رہا / کرتی رہی ہے ☐ بذریعہ پے آرڈر / چیک

ادائیگی کرنے والے کا نام: _____ اکاؤنٹ ہولڈر کا نام: _____

بینک کا نام: _____

بینک اکاؤنٹ نمبر: _____

نوٹ: تکمیل میعاد پر واجب الادا رقم جو بلی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ براہ راست پالیسی اوزر کے بینک اکاؤنٹ میں ترسیل کر دے گی جس سے پالیسی اوزر پرییم کی ادائیگی کرتا رہا / کرتی رہی ہے۔ براہ کرم بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات جس سے پالیسی اوزر پرییم کی ادائیگی کرتا رہا / کرتی رہی ہے فراہم کریں۔ اگر اس اختیار کا انتخاب پالیسی اوزر نے نہیں کیا ہے تب قانونی طور پر قابل وجہ ثبوت کے طور پر دستاویزات پالیسی اوزر کو فراہم کرنا پڑے گی۔

متعلقہ بینک کے مجاز آفیسر سے تصدیق

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

بینک مینجر / مجاز آفیسر کا نام _____ رابطہ نمبر _____

دستخط اور ربر بڑ نمبر _____

پالیسی اوزر کے دستخط: _____ سرپرست کا نام: _____

لائف ایشرڈ کے دستخط: _____ سرپرست کے دستخط: _____

بنیفیشری کے دستخط: _____ گواہ نمبر 1 کے دستخط: _____

دستخط کی تاریخ: _____ گواہ نمبر 1 کا نام: _____

پالیسی اوزر کا کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر: _____ گواہ نمبر 1 کا کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر: _____

موبائل نمبر: _____ گواہ 2 کے دستخط: _____

ای میل ایڈریس: _____ گواہ نمبر 2 کا نام: _____

گواہ نمبر 2 کا کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر: _____

Jubilee Life Insurance Company Limited

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

Phone: (021) 32120201, 35205094, Fax: (021) 35610959

Registered Office: 26-D, 3rd Floor, Kashmir Plaza, Jinnah Avenue, Blue Area, Islamabad. Phone: (051) 2821903, (051) 2206930-32

SMS: Your Query to 8554, UAN: (021) 111-111-554 (JLI), E-mail: info@jubileelife.com, complaints@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com