

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 **8554**
7. For Surrender, kindly attach copy of your CNIC, Policy Documents and Account Maintenance Certificate with 24 Digits IBAN Number.
8. For Partial Withdrawal, kindly attach copy of your CNIC & Account Maintenance Certificate with 24 Digits IBAN Number.

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(The maximum and minimum limits of the amount of Cash Value that can be partially surrendered (withdrawn) is determined and may be changed by the Company from time to time).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

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

- 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 SECTION

Direct Transfer Into IBAN

Account Title _____

Bank Name _____

IBAN

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 and the below mentioned cell number is my new contact for official proceeds.

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

Number Called: _____ Called By: _____ Recording Channel: _____ Date: _____

Conserved: Yes, Partial Amount: _____ No **CBC Status:** Agree Disagree Time: _____

Signed on (Date): _____

Policy Owner's Signature: _____

Policy Owner's CNIC#: _____

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

Mobile Number: _____

Email Address: _____

Name of Witness: _____

Signature of Witness: _____

Witness's CNIC#: _____

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

Mobile Number: _____

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) 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

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۔
- بلا ضرورت نہ لکھیں، مسخ نہ کریں، بے توجہی سے نہ لکھیں، تہنخ نہ کریں یا قلمزد نہ کریں اور تحفظ، نکات، کانے کے نشانات اور علامات نہ استعمال کریں۔
- اصل فارم استعمال کریں اور فارم پر ہبہ ہو وہی دستخط مع تاریخ ثبت کریں جیسا کہ آپ نے پروپوزل فارم پر دستخط ثبت کئے ہیں۔
- آپ اپنی پالیسی کی نقد قیمت (Cash Value) اپنے رجسٹرڈ موبائل نمبر سے بذریعہ مختصر پیغام اس نمبر 8554 پر بھیج کر درج ذیل طریقے سے معلوم کر سکتے ہیں۔ JUBILEELIFE <space> CV <space> Policy No.
- دستبرداری کے لئے اپنے شناختی کارڈ کی کاپی، پالیسی دستاویزات اور اکاؤنٹ مینٹیننس سرٹیفکیٹ بمعہ 24 ہندسوں والا آئی بین نمبر فراہم کریں۔
- جزوی دستبرداری کے لئے اپنے شناختی کارڈ کی کاپی اور اکاؤنٹ مینٹیننس سرٹیفکیٹ بمعہ 24 ہندسوں والا آئی بین نمبر فراہم کریں۔

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

جزوی / مکمل دستبرداری کی درخواست کے لئے براہ کرم دئے 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 حدود کا تعین کیا جاتا ہے اور کمپنی 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 یونٹ اکاؤنٹ (نقد قیمت) سے مبلغ _____ روپوں کی ادائیگی کریں (لفظوں میں)

کوئی بھی اخراجات جس کا کمپنی نے 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 زریعہ 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 دستبرداری 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

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

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 مستثنی ہونے کا دعویٰ کرنے کے لئے اس فارم کے ساتھ مناسب حلف نامہ داخل کرنا ہوگا۔

۴۔ ادائیگی کا سیکشن

براہ راست آئی بین میں ترسیل (کریڈٹ)

اکاؤنٹ ہولڈر کا نام _____

بینک کا نام _____

آئی بین

۵۔ متعلقہ بینک کے مجاز آفیسر سے تصدیق

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

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

۶۔ وصولی کا اعتراف نامہ ابرخائگی

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 تسخیر 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 نہ کسی کو تقویض / منتقل کی گئی ہے اور نہ ہی کوئی دوسرا شخص پالیسی کا حقدار ہے۔

۷۔ کال بیک کنفرمیشن ایٹنس (صرف ہیڈ رجنٹل آفس کے استعمال کے لئے)

رابطہ کار: _____ رابطہ کار: _____ ایکسٹینشن نمبر: _____

متفق غیر متفق دیگر: _____ وقت اور تاریخ: _____

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

برانچ مینیجر / سبڈ 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 ایکسپریٹس ڈیپارٹمنٹ کا مجاز آفیسر اس فارم پر بحیثیت گواہ دستخط کرے گا۔