

CANCELLATION FORM

منسوخی فارم

Adamjee Life Assurance Co. Ltd
3rd Floor, Adamjee House,
I.I. Chundrigar Road, Karachi - 74000 PAKISTAN

Date / تاریخ : _____ Policy Number / نمبر پالیسی : _____ Name of Policy Holder / نام پالیسی ہولڈر کا نام : _____

Plan / پلان کا نام : _____ CNIC / شناختی کارڈ نمبر : _____ Contact Number / رابطہ نمبر : _____

Email Address / ای میل ایڈریس : _____

Cancellation Type / منسوخی کی نوعیت

Free Look Period / فری لک پیریڈ (نظر ثانی کے دورانیے) Out Of Free Look Period / آؤٹ آف فری لک پیریڈ

Cancellation within Free Look Period can be requested within 14 days of receiving the Policy Documents.

پالیسی دستاویزات حاصل کرنے کے 14 دنوں کے فری لک پیریڈ (نظر ثانی کے دورانیے) کے دوران منسوخی کی درخواست کی جاسکتی ہے۔

Business Sales Officer Name / بزنس سیلز افسر _____ Relationship Manager Name / ریلیشن شپ مینجر _____

Cancellation Reason / دستبرداری کا سبب

Financial Reason / معاشی سبب Unsatisfactory Returns / غیر اطمینان بخش منافع Unsatisfactory Services / غیر اطمینان بخش سروسز Others / دیگران

Who did you consult before you requested for Cancellation? / منسوخی کی درخواست کرنے سے پہلے آپ نے کس سے مشورہ کیا تھا؟

Bank / بینک Adamjee Life / آدمجی لائف Family Member / خاندان کے افراد Friends / Others / دوست / دیگران

Pay Out Confirmation / ادائیگی کی تصدیق

Do you want your Pay Out through; / ادائیگی بذریعہ _____

Direct Transfer in IBFT Account / آئی بی ایف ٹی سے بینک اکاؤنٹ میں ٹرانسفر Cheque / چیک

Account Status / اکاؤنٹ اسٹیٹس: Active / ایکٹیو Dormant / ڈورمنٹ

In case of account, status is inactive or dormant a cheque will be dispatched at your provided correspondence address. / اکاؤنٹ ڈورمنٹ / ان ایکٹیو ہونے کی صورت میں چیک متعلقہ پتے پر ارسال کر دیا جائے گا۔

Account Title / اکاؤنٹ ٹائٹل: _____

Account Number / اکاؤنٹ نمبر: _____

Bank Name / بینک کا نام: _____

Declaration / اقرار نامہ

I, _____ holding CNIC # _____ hereby declare that I received my Policy Document (PD) on ___/___/___ (DD/MM/YYYY). I hereby put forward the request for the cancellation of my policy and demand for payment of the resulting value (If any) after adjusting applicable charges**. I am aware of any financial loss that I might incur as a result. I decided that the information above is true to the best of my knowledge and belief.

میں _____ حامل شناختی کارڈ نمبر _____ یہ اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے اپنی پالیسی دستاویزات مورخہ _____ کو وصول کر لی ہے اور پالیسی کی منسوخی کیلئے درخواست ارسال کر رہا / رہی ہوں۔ اور میں مطالبہ کرتا / کرتی ہوں کہ رقم کی ادائیگی (اگر کوئی ہو تو) عائد چارجز ایڈجسٹ کرنے کے بعد کی جائے۔ مجھے معلوم ہے کہ کوئی بھی مالیاتی خسارہ جو اسکے نتیجے میں ہوگا تو میں اسکا / اسکی ذمہ دار ہوں اور میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا معلومات بالکل صحیح اور سچ ہیں۔

The Bank is acting as a corporate insurance agent of Adamjee Life Assurance which underwrites policy and the Bank shall not be held responsible for any liability under the policy in any manner whatsoever to the policyholder(s) or claimant(s). (In Incase of bancassurance policy)

صرف بینک انشورنس کی صورت میں بینک آدمجی لائف کمپنی لمیٹڈ کے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کر رہا ہے جو کہ پالیسی انڈر رائٹر ہے اور بینک لائف انشورنس پالیسی کے تحت بیمہ دار، اسکے نامدار یا ورثاء کو کسی بھی طرح کسی بھی کلیم کی ذمہ داری کا پابند نہیں ہوگا۔

Adamjee Life Approval

آدمجی لائف کی منظوری

Bank Approval

بینک کی منظوری

Signature / Thumb Impression of Policy Owner

دستخط / نشان انگوٹھا حامل پالیسی

Documents Required / مطلوبہ دستاویزات

**Adamjee Life has the right to deduct Medical Examination Expenses + Mortality Charges (If any), and any due charges from the refund process.

آدمجی لائف کو یہ اختیار ہے کہ وہ قابل ادائیگی رقم سے میڈیکل چیک اپ کے اخراجات، بیمہ پالیسی کے تحت لاگو کسی بھی قسم کے اخراجات کی صورت میں چارجز کی کٹوتی کرے۔ فری لک پیریڈ کے بعد منسوخی کی صورت میں کوئی ریفرنڈ فراہم نہیں کیا جائے گا۔

Signature _____

دستخط

Complete Policy Documents / مکمل پالیسی دستاویزات