

EFU LIFE ASSURANCE LTD
ای ایف یو لائف اشورنس لمیٹڈ
APPLICATION FOR POLICY SURRENDER
درخواست برائے پالیسی سرینڈر



Policy Number _____ Name of Policy Holder _____
پالیسی نمبر _____ بیمہ دار کا نام _____

In accordance with the Provisions and Conditions of the above policy, I / We hereby request EFU Life to pay:

میں رہم ای ایف یو لائف سے درخواست کرتا ہوں / کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا پالیسی کے قوانین کے مطابق ادائیگی کر دے۔

Regular Unit

ریگولر یونٹ

The full cash value of the policy through surrender. پالیسی کو سرینڈر کر کے پالیسی کی مکمل کیش ویلیو ادا کی جائے۔

A sum of Rs. _____ by surrendering appropriate number of units. مساوی پنشن کو سرینڈر کر کے مبلغ _____ روپے ادا کئے جائیں۔

OR / یا

_____ number of units attached to the above policy through their surrender. کل _____ پنشن مندرجہ بالا پالیسی میں سے سرینڈر کر دئے جائیں۔

Fund Acceleration Premium (FAP)

فٹڈ ایکسلیریشن پریمیم (ایف اے پی)

The full cash value of FAP units through surrender. ایف اے پی کے تمام پنشن کو سرینڈر کر کے اگلی کیش ویلیو ادا کی جائے۔

A sum of Rs. _____ by surrendering appropriate number of FAP units. مساوی ایف اے پی کے پنشن کو سرینڈر کر کے مبلغ _____ روپے ادا کئے جائیں۔

OR / یا

_____ number of FAP units through surrender. کل ایف اے پی کے پنشن کو سرینڈر کیا جائے۔

Consent on Zakat deduction

رضامندی برائے کٹوتی زکوٰۃ

I/We wish to claim exemption of Zakat. The relevant sworn statement is attached. میں رہم چاہتا ہوں / چاہتے ہیں کہ سرینڈر کی رقم میں سے زکوٰۃ کی کٹوتی نہ کی جائے۔ زکوٰۃ سے استثنیٰ کا حلف نامہ منسلک ہے۔

I/We do not wish to claim exemption from deduction of Zakat. I/We understand that a sum equivalent to 2.5% of amount payable has to be deducted as zakat. میں رہم زکوٰۃ کی کٹوتی سے استثنیٰ کا حکم نہیں کرنا چاہتا / چاہتے۔ میں / ہم جانتا ہوں / جانتے ہیں کہ سرینڈر کی رقم میں سے 2.5% زکوٰۃ کی مدت میں کٹے جائیں گے۔

Reason for Surrender:

وجہ سرینڈر:

I/We agree that the payment made in my/our favor and sent by online or post/courier service to the address mentioned below, will discharge the Company from all the liabilities and claims arising under this policy.

میں / ہم اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں / ہیں کہ ادا کی جانے والی رقم میرے / یا ہمارے نام سے ادا کی جائے گی اور بذریعہ آن لائن یا ڈاک / کوڈیز سروس مندرجہ ذیل پتے پر ارسال کر دی جائے گی جس کے بعد کوئی مندرجہ بالا پالیسی میں کسی بھی قسم کی ادائیگی کی ذمہ داری نہیں ہوگی۔

I/We also hereby certify that I am/We are entitled to the proceeds of the policy; and that the policy has not in any way been assigned or transferred nor does any company or other person(s) has (have) any right to the policy.

میں/ہم اس امر کی تصدیق کرتا کرتی کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا پالیسی کے جملہ حقوق میرے/ہمارے پاس محفوظ ہیں اور پالیسی کے حقوق کسی کو بھی منتقل نہیں کئے گئے ہیں اور نہ ہی اس پالیسی پر کسی فرد (افراد) کو کبھی کسی بھی قسم کے کوئی حقوق ہیں۔

I/We understand that surrender processing fee of Rs.500/- will be deducted from the payment on surrender.

میں/ہم اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں/ہیں کہ ادا کی جانے والی رقم میں سے مبلغ 500/- روپے سرینڈر پروسیجرنگ فیس کی مد میں کٹے جائیں گے۔

IMPORTANT NOTE

اہم نوٹ:

Amount for Online Payment Transfer cannot exceed Rs. 1,000,000/- . In case surrender amount exceeds Rs. 1,000,000/- payment will be made through cheque

رقم کی آن لائن منتقلی کی حد 1,000,000/- روپے سے زائد نہ ہوگی۔ سرینڈر کی رقم 1,000,000/- روپے سے زائد ہونے کی صورت میں ادا کی جائے گی بڈریو چیک کی جائے گی۔

FOR ONLINE PAYMENT

I request EFU Life Assurance Limited to online transfer surrender proceeds in my **personal** IBAN , the details of which are mentioned below.

میں ای ایف یو لائف اشورنس لمیٹڈ سے درخواست کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ میری سرینڈر کی رقم میرے ذاتی آئی بی اے این میں (جس کی تفصیل مندرجہ ذیل ہے) آن لائن منتقل کر دی جائے۔

Account Title (Policy Holder) _____ CNIC # _____

اکاؤنٹ ٹائٹل (بیمہ دار)

کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر

IBAN # _____

آئی بی اے این نمبر

(For Example: PK36JSBL0000183912022222)

Bank Name: _____ Branch Name/Code _____

بینک کا نام

برانچ کا نام / کوڈ

Disclaimer:

The payment made to me/us will be according to the details of IBAN # provided by me/us. EFU Life Assurance Limited will not be responsible in any way for any mistake on my/our part or the bank in this connection.

استثنیٰ۔
مجھ کو/ہم کو کی جانے والی ادا کی گئی کو میرے/ہمارے فراہم کردہ آئی بی اے این کی تفصیلات کے مطابق کی جائے گی۔ اس سلسلے میں میری/ہماری یا بینک کی غلطی کی صورت میں ای ایف یو لائف اشورنس لمیٹڈ کسی طور ذمہ دار نہیں ہوگی۔

Date _____ Month _____ Year _____ Place _____

تاریخ

مہینہ

سال

جگہ

Signature of life(s) assured: _____ : دستخط بیمہ دار (بیمہ داران):

(In case of a joint life policy, both lives need to sign)

(مشترکہ پالیسی کی صورت میں دونوں بیمہ دار دستخط کریں)

(In case the signature has been changed, please provide both old and new signatures)

(اگر آپ کے دستخط تبدیل ہو گئے ہوں تو نئے اور پرانے دونوں دستخط کریں)

Correspondence Address: _____ خط و کتابت کرنے کا پتہ

E-mail: _____ Tel No: _____ Mobile No: _____

ای۔میل

ٹیلیفون نمبر

موبائل نمبر

Witness:

Name of witness : _____ گواہ کا نام :

Signature of witness : _____ گواہ کے دستخط :

C.N.I.C # _____ کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر:

Note: Please enclose a void cheque leaf of the account number mentioned above.

نوٹ۔ براہ مہربانی درج بالا اکاؤنٹ نمبر کا ایک منسوخ شدہ چیک منسلک کریں

Please ensure to fill in complete IBAN #

براہ مہربانی اس بات کا خیال رکھیے کہ آپ عمل آئی بی اے این نمبر درج کریں