

ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
POLICY ALTERATION FORM



عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
پالیسی میں رد و بدل سے متعلق فارم

Policy Number: پالیسی نمبر _____ Date: تاریخ _____

Name of Applicant: درخواست گزار کا نام _____

CNIC Number: کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر _____ Contact Number: رابطہ نمبر _____ Email: ای میل _____

1. CHANGE/ALTERATION IN POLICY BENEFITS & VALUES AND/OR PREMIUM

۱۔ پالیسی کے فوائد اور مالیتوں اور/یا پرییمیم میں تبدیلی/رد و بدل

Benefits فوائد	Previous Values سابقہ مالیتیں	Changed Values تبدیل شدہ مالیتیں
Basic Premium بنیادی پرییمیم		
Total Premium مجموعی پرییمیم		
Premium Payment Mode پرییمیم ادائیگی کا طریقہ	From: من	To: الی

2. CHANGE IN BENEFICIARY/GUARDIAN NAME AND PERCENTAGE

۲۔ بینیفیشری/سرپرست کے نام میں تبدیلی اور فیصد حصہ

S. No. نمبر شمار	Name of Beneficiary بینیفیشری کا نام	D.O.B تاریخ پیدائش	Relationship رشتہ	Percentage فیصد	Guardian (In case beneficiary is less than 18 years) سرپرست (اگر بینیفیشری کی عمر ۱۸ سال سے کم ہو)
1					
2					
3					
4					

3. CHANGE IN MAILING ADDRESS/CORRESPONDENCE NUMBER/EMAIL

۳۔ خط و کتابت کے پتے/نمبر/ای میل میں تبدیلی

4. CHANGE IN ACCOUNT NUMBER

۴۔ اکاؤنٹ نمبر میں تبدیلی

5. OTHERS

۵۔ دیگر

6. CHANGE OF FUNDS

۶۔ فنڈز کی تبدیلی

Complete this section if you would like to direct premiums to a new portfolio or Fund.

اگر آپ پرییمیم کو کسی نئے پورٹ فولیو یا فنڈ کو منتقل کرنا چاہتے/چاہتی ہیں تو یہ جز مکمل کیجئے

Name of Current Fund موجودہ فنڈ کا نام _____

Name the Fund to which you want to Switch فنڈ کا نام جس پر منتقل کرنا چاہتے ہیں _____

DECLARATION:

I have understood the meaning and scope of the change request form and take complete responsibility of the changes submitted by me. I accept the fact that any changes in the policy /personal details are subject to the policy terms and conditions and the relevant underwriting guidelines. I further declare that apart from the details set above I have not suffered from any illnesses or accident since applying to the company for this policy or since the policy was last reinstated, or altered and that I am otherwise free from any physical or mental impairment or disability. I do hereby declare that the foregoing statements and answers are true and complete in every particular, and agree and declare that these statements and this declaration along with my proposal for insurance shall be the basis of the contract of policy between me and Askari Life Assurance Company Ltd, and that if any untrue averment be contained therein, the said contract shall be absolutely null and void and all moneys which shall have been paid in respect thereof, shall stand forfeited to the Askari Life Assurance Company limited.

اقرارنامہ:

میں نے اس تبدیلی کی درخواست کے معنی اور دائرہ کو سمجھ لیا ہے اور میں میری جانب سے پیش کی گئی تبدیلیوں کی مکمل ذمہ داری لیتا ہوں/ لیتی ہوں۔ میں اس حقیقت کا قبول کرتا/کرتی ہوں کہ پالیسی/ ذاتی تفصیلات میں کوئی بھی تبدیلیاں پالیسی کے شرائط و ضوابط اور متعلقہ بیمہ کاری گائیڈ لائنز سے مشروط ہیں۔ میں مزید اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ پالیسی کے لئے درخواست دائر کرنے، اس کی تجدید یا اس میں کسی تبدیلی کے بعد سے مندرجہ بالا تفصیلات کے علاوہ اب تک مجھے کسی قسم کی بیماری یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے اور میں کسی بھی جسمانی یا ذہنی بیماری یا معذوری میں مبتلا نہیں ہوں۔ میں اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ اوپر درج بیانات اور جوابات ہر اعتبار سے مکمل اور درست ہیں، اور میں اتفاق کرتا/کرتی ہوں اور اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ یہ بیانات اور یہ اقرارنامہ بعد سے کسی لئے میری تجویز، میرے اور عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کے درمیان پالیسی کے معاہدے کی بنیاد بنیں گے اور ان میں کوئی بھی غیر درست توثیق شامل ہوئی، تو متعلقہ معاہدہ مکمل طور کا ابطال ہو جائے گا اور اس کے سلسلے میں کی گئی تمام ادائیگیاں عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کی جانب سے ضبط کر لی جائیں گی۔

Date
تاریخ

Signature of Applicant
درخواست کنندہ کے دستخط

Signature of Witness
گواہ کے دستخط