

ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
POLICY CANCELLATION
REQUEST FORM



عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
پالیسی کی منسوخ کے لئے درخواست فارم

Policy #: پالیسی نمبر: _____ Premium Amount: پرمیئم کی رقم: _____ Adhoc Amount: عبوری رقم: _____
Name of Policy Owner: پالیسی کے مالک کا نام: _____ Plan Name: پلان کا نام: _____
Policy Issuance Date: پالیسی کی تاریخ اجراء: _____ Cancellation Request Date: منسوخ کی درخواست کی تاریخ: _____

REQUEST TYPE

درخواست کی نوعیت

☐ Cancellation within Free Look Period
نور و فکر کے دورانیے کے اندر منسوخ

☐ Cancellation out of Free Look Period
نور و فکر کے دورانیے سے ہٹ کر منسوخ

Charges:

I agree that Company reserves the right to deduct administration and miscellaneous charges on the policy. I also agree that Company may deduct medical and financial expenses occurred on the policy.

اخراجات:

میں اس بات کو تسلیم کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ کمپنی کو اس پالیسی پر انتظامی اور متفرق اخراجات منہاء کرنے کا حق حاصل ہے۔ میں یہ بھی تسلیم کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ کمپنی اس پالیسی کے سلسلے میں اٹھنے والے طبی اور مالی اخراجات بھی منہاء کر سکتی ہے۔

PAYMENT OPTION

ادائیگی کا انتخاب

☐ Direct Transfer براہ راست منتقلی ☐ Cheque/Pay order چیک/پے آرڈر

Account Title: اکاؤنٹ بنام: _____

Account Number: اکاؤنٹ نمبر: _____ Bank Name: بینک کا نام: _____

Verification by Authorized Official of Concerned Bank/Branch:

متعلقہ بینک/شاخ کے مجاز آفیسر کی جانب سے تصدیق:

We do hereby verify that above particulars and signatures of our account holder. ہم تصدیق کرتے ہیں کہ ہمارے اکاؤنٹ ہولڈر کے درج بالا اکاؤنٹ اور دستخط درست ہیں۔

Name of Bank/ Branch/ Authorized Official: بینک/شاخ/مجاز آفسر کا نام: _____ Contact No. رابطہ: _____

Signature & Rubber Stamp: دستخط اور مہر: _____

ACKNOWLEDGEMENT:

اقرارنامہ

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

میں _____ قومی شناختی کارڈ نمبر: _____ اس بات کا اظہار کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ میں نے _____ کو پالیسی دستاویزات وصول کیے۔ میں اپنی پالیسی کی منسوخی کے لئے درخواست پیش کرنا چاہتا ہوں/چاہتی ہوں اور قابل اطلاق اخراجات کا حساب کر کے بقایا رقم کی ادائیگی کا (اگر کوئی پچھتی ہو) مطالبہ کرتا ہوں/کرتی ہوں۔ میں اس کے نتیجے میں ہونے والی مالی نقصان سے آگاہ ہوں/میں یہ بھی اظہار کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ درج بالا معلومات میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق درست ہیں۔

Signed on (Date): دستخط کی تاریخ: _____ Signed on (Date): دستخط کی تاریخ: _____

Policy Owner's Signature: پالیسی کے مالک کے دستخط: _____ Witness Signature: گواہ کے دستخط: _____

Policy Owner's CNIC: پالیسی کے مالک کا قومی شناختی کارڈ نمبر: _____ Witness CNIC: گواہ کا قومی شناختی کارڈ نمبر: _____

Mobile No.: موبائل نمبر: _____ Mobile No.: موبائل نمبر: _____

Email Address: ای میل: _____ Email Address: ای میل: _____