

ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
MATURITY REQUEST FORM



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

Date: تاریخ ____ / ____ / ____ (DD/MM/YY)

Policy #: پالیسی نمبر: _____

Name of Policy Owner: پالیسی کے مالک کا نام: _____ Plan Name: پلان کا نام: _____

REQUEST TYPE

درخواست کی نوعیت

☐ Maturity Claim پالیسی کی تکمیل پر کلیم

ZAKAT DEDUCTION

زکوٰۃ کی کٹوتی

Do you want Zakat to be deducted from your maturity proceeds?

کیا آپ پالیسی کی تکمیل پر حاصل رقم پر زکوٰۃ منہا کرنا چاہتے ہیں/چاہتی ہیں؟

☐ Yes ہاں

☐ No (Provide Zakat Affidavit) (زکوٰۃ کا حلف نامہ منسلک کیجئے)

☐ Not Eligible (Non Muslim) (غیر مسلم)

Note: نوٹ

- In the event of payment Maturity proceeds, 2.5% of the amount payable will be deducted as Zakat.

- پالیسی کی تکمیل پر واجب الادا رقم پر 2.5 فیصد زکوٰۃ کی کٹوتی کی جائے گی۔

- To claim exemption from Zakat deduction, an appropriate affidavit must be submitted with this form.

- زکوٰۃ سے استثنیٰ کلیم کرنے کے لئے، اس فارم کے ساتھ ایک موزوں حلف نامہ داخل کرنا ہوگا۔

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 کوآلف اور دستخط درست ہیں۔

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

Signature & Rubber Stamp: دستخط اور نمبر: _____

ACKNOWLEDGEMENT:

اقرار نامہ

I _____ holding Policy # _____ with Askari Life hereby put forward the request for the Maturity of my policy and payment of the maturity proceeds (less any indebtedness) as per the terms and conditions of the company. I also acknowledge that the payment of the Maturity proceeds will lead towards the cessation of my policy and therefore any rights to claim.

میں _____، کمپنی کے شرائط و ضوابط کے مطابق، اپنی پالیسی کی تکمیل اور اس پر حاصل واجب الادا رقم کے لئے (کوئی بھی قرضہ جات منہا کر کے) درخواست پیش کرتا ہوں/کرتی ہوں۔ میں یہ بھی تسلیم کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ پالیسی کی تکمیل پر رقم کی ادائیگی کے بعد میری پالیسی کا اختتام ہو جائے گا چنانچہ بعد ازاں مجھے کسی کلیم کے حقوق حاصل نہیں ہوں گے۔

CALL BACK CONFIRMATION STATUS (For Head Office Users Only)

تصدیق کے لئے رابطہ کی حیثیت (صرف ہیڈ آفس کے استعمال کے لئے)

Number Called On: نمبر جس پر رابطہ کیا گیا: _____ Called By: رابطہ کرنے والے کا نام: _____

Remarks: تبصرات: _____ Date & Time: تاریخ اور وقت: _____

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: _____