

ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
SURRENDER REQUEST FORM



عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
پالیسی سے دستبرداری کا درخواست فارم

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

Policy #: پالیسی نمبر: _____

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

SURRENDER TYPE

دستبرداری کی نوعیت

- ☐ Full Surrender مکمل دستبرداری ☐ Adhoc Surrender عبوری دستبرداری
☐ Partial Policy Surrender پالیسی کی جزوی دستبرداری ☐ Partial Adhoc Surrender جزوی عبوری دستبرداری

Amount (In figures): _____

Amount (In words): _____

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

☐ Not Eligible (Non Muslim) اطلاق نہیں ہوتا (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 کا حکم 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 کوائف اور دستخط درست ہیں۔

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

Signature & Rubber Stamp: دستخط اور مہر: _____

ACKNOWLEDGEMENT:

اقرار نامہ

I _____ holding Policy # _____ with Askari Life hereby put forward the request for Surrender/ Withdrawal of/from 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 _____، عسکری لائف سے لی گئی پالیسی کا نمبر _____، اپنی پالیسی سے دستبرداری/کی واپسی کے لئے اور اس کے نتیجے میں حاصل رقم کی ادائیگی کے لئے

(اگر کوئی ہو)، (قابل اطلاق اخراجات منہا کر کے) درخواست پیش کرتا ہوں/کرتی ہوں۔ میں اس کے نتیجے میں ہونے والے کسی بھی مالی نقصان سے آگاہ ہوں۔ میں اقرار کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ درج بالا معلومات میرے بہترین

علم اور یقین کے مطابق درست ہیں۔

Number Called On: نمبر جس پر رابطہ کیا گیا: _____

Called By: رابطہ کرنے والے کا نام: _____

Remarks: تشریحات: _____

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: _____