

ALTERATION FORM

درخواست فارم برائے تبدیلی / ترمیم

Date / تاریخ : _____ Policy Number / پالیسی نمبر : _____ Name of Policy Holder / پالیسی ہولڈر کا نام : _____
Plan / پلان کا نام : _____ CNIC / شناختی کارڈ نمبر : _____ Contact Number / رابطہ نمبر : _____
Email Address / ای میل ایڈریس : _____

Change in Spelling of Policy Owner / Life Insured Name/CNIC/Account/Address/Contact/Email لائف انشورڈ پالیسی ہولڈر کے نام اور دیگر کوائف میں تبدیلی

Particulars	Exisiting/Old	Required/New
First Name	پہلا نام	
Middle Name	درمیانہ نام	
Last Name	آخری نام	
Policy Owner	پالیسی کے ملک کا نام	
Life Insured	بیمہ شدہ کا نام	
CNIC	شناختی کارڈ نمبر	
Account #	بینک اکاؤنٹ نمبر	
Address	پتہ	
Contact #	رابطہ نمبر	
Email	ای میل ایڈریس	

Change in Beneficiary /Guardian Details

وارثان / سینیٹیری / سرپرست / کے کوائف میں تبدیلی

Name Of Beneficiary	وارث / سینیٹیری
Date Of Birth	تاریخ پیدائش
Relationship With Life Insured	بیمہ شدہ فرد کے ساتھ رشتہ
Share Percentage	ذریعہ میں حصہ
Guardian	سرپرست
CNIC Number Of Beneficiary	سینیٹیری کا شناختی کارڈ نمبر

Change in Date of Birth

تاریخ پیدائش میں تبدیلی

Policy Owner	پالیسی ہولڈر
Male Life Insured	بیمہ شدہ مرد
Female Life Insured	بیمہ شدہ عورت
Beneficiary	وارث / سینیٹیری
Date Of Birth	تاریخ پیدائش

Change in Premium Mode

پرمیئم کی ادائیگی کے طریقہ کار میں تبدیلی

Premium Mode ☐ پریمیم کی ادائیگی کا طریقہ ☐ Monthly ماہانہ ☐ Quarterly ہر سہ ماہی ☐ Semi Annually ہر ششماہی ☐ Annually سالانہ ☐

Benefits	انشورنس پالیسی کے فوائد	Existing موجودہ			New نیا			Add/Deletion Rider
		Sum Assured	Term	Premium	Sum Assured	Term	Premium	
Basic Plan	بنیادی پلان							
Level Term Insurance Rider	محکمہ تحفظ برائے اضافی بیمہ تحفظ							
Accidental Death & Disability	محکمہ تحفظ برائے حادثاتی موت و معذوری							
Waiver Of Premium Disability	محکمہ تحفظ برائے معافی پریمیم معذوری							
Accidental Death Benefit	محکمہ تحفظ برائے حادثاتی موت							
Critical Illness Benifit	محکمہ تحفظ برائے خطرناک امراض							
Spouse Rider	شریک حیات کا بیمہ تحفظ							
Others	دیگر							
Any Other Change/Desired Alteration	مزید تبدیلی کی ضرورت							

Change Of Funds/Change Of Portfolio Details

فندز / پورٹ فولیو کی تفصیلات میں تبدیلی

(Only Complete this section if you would like to direct contributions/premiums to a new portfolio of Fund)

Name Of Current Fund	موجودہ فندز کا نام	Name Of Fund Required	اس فندز کا نام تحریر کریں جسے آپ حاصل کرنا چاہتے ہوں
***The change of fund strictly depend upon the flexibility and nature of fund.		فندز کی تبدیلی کا انحصار فندز کی نوعیت پر ہو گا۔	***
***The change of fund will be at the entire discretion of the company.		فندز کی تبدیلی مکمل طور پر کمپنی کی صوابدید ہو گی۔	***
For Details of Funds, Please to the refer website: www.adamjeelife.com		www.adamjeelife.com فندز کی مزید تفصیلات کیلئے وزٹ کریں	

Declaration of health

صحت کا اقرار نامہ

Details of change in Health, Occupation and Residence Change in :

صحت، پیشہ اور رہائش میں تبدیلی کی تفصیلات :

Health Status صحت میں تبدیلی

Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

Occupation پیشے میں تبدیلی

Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

Residence رہائش میں تبدیلی

Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

Declaration

اقرار نامہ

I have understood the meaning and scope of the change request form and take complete responsibility of the changes submitted by my self. 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 do hereby declare that the foregoing statement and answers are true and complete in every particular, and agree and declare that these statements and this is declaration along with my proposal for insurance shall be the basis of the contract of policy between Adamjee Life Assurance Company Ltd and my self, and that if any untrue averment be contained therein, the said contract shall be null void and all money which shall have been paid in respect thereof, shall stand forfeited in favour Adamjee Life Assurance Company Ltd.

میر نے تبدیلی کے درخواست فارم میں درج تفصیلات کو سمجھ لیا ہے اور میں ان تبدیلیوں کے حوالے سے مکمل ذمہ دار ہوں اور میں اس حقیقت کو قبول کرتا / کرتی ہوں کہ پالیسی / ذاتی تفصیلات میں تبدیلی پالیسی کے شرائط و ضوابط اور متعلقہ انڈرائٹنگ سے مشروط ہوگی میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ میر نے جو بیانات اور جوابات تحریر کیے ہیں وہ مکمل اور بالکل صحیح ہیں۔ اور میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ بیمہ پالیسی ان بیانات، اقرار نامہ اور پالیسی کے معاہدے کی بنیاد پر ہوگی جو میرے اور آدمجی لائف کے درمیان تحریر کیا گیا ہے۔ اگر میرا بیان غلط ہو تو ایسے صورت میں مذکورہ معاہدے کو منسوخ تصور کیا جائے گا اور جو رقم میر نے ادا کی ہے آدمجی لائف اسے ضبط کرنے کا حق رکھتا ہے۔

The Bank is acting as a corporate insurance agent of Adamjee Life Assurance which underwrites policy and the Bank shall not be held responsible for any liability under the policy in any manner whatsoever to the policyholder(s) or claimant(s). (In Incase of bancassurance policy)

صرف بینکا اشورنس کی صورت میں بینک آدمجی لائف کمپنی لمیٹڈ کے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کر رہا ہے جو کہ پالیسی انڈرائٹر ہے اور بینک لائف انشورنس پالیسی کے تحت بیمہ دار، ان کے نامدار یا ورثاء کو کسی بھی طرح کسی بھی کلیم کی ذمہ داری کا پابند نہیں ہو گا۔

I do hereby, authorize Adamjee Life Assurance Company Limited to extract my verisys from NADRA for my Life Assurance policy.

میں آدمجی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ میری پالیسی کے لئے نادر اسے ویرس نکال سکتے ہیں۔

Signature of Life Assured Policy Owner

پالیسی ہولڈر / لائف اشورڈ کے دستخط

Adamjee Life Approval

آدمجی لائف کی منظوری