ADAMJEE LIFE ASSURANCE CO. LTD
Cancellation form

آدم جی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
منسوخی فارم

adamjeelife

Date: D D M M Y Y (تاریخ) Policy Number: (پالیسی نمبر) Plan: (پلان کا نام)

Policyholder Name (پالیسی ہولڈر کا نام) First Name Middle Name Last Name

Contact No: + (رابطہ نمبر) CNIC: - - (شناختی کارڈ نمبر)

Cancellation Type (Please tick the applicable option براہ کرم قابل اطلاق آپشن پر نشان لگائیں) منسوخی کی نوعیت

☐ Free Look Period (نظر ثانی کے دورانیہ) ☐ Out Of Free Look Period آؤٹ آف فری لُک پیریڈ

Cancellation within Free Look Period can be requested within 14 days of receiving the Policy Documents.
پالیسی دستاویزات حاصل کرنے کے 14 دنوں کے فری لک پیریڈ (نظر ثانی کے دورانیے) کے دوران منسوخی کی درخواست کی جاسکتی ہے۔

Business Sales Officer Name _____ (بزنس سیلز آفیسر کا نام)

Relationship Manager Name _____ (ریلیشن شپ مینجر کا نام)

Cancellation Reason (Please tick the applicable option براہ کرم قابل اطلاق آپشن پر نشان لگائیں) منسوخی کا سبب

☐ Financial Reason معاشی سبب ☐ Unsatisfactoy Returns غیر اطمینان بخش منافع ☐ Unsatisfactory Services غیر اطمینان بخش سروسز ☐ Others: _____ دیگر

Payout Confirmation

Direct Transfer through IBFT ☐ آئی بی ایف ٹی سے بینک اکاؤنٹ میں ٹرانسفر Cheque ☐ چیک

Account Status: ☐ Active ایکٹو ☐ Dormant ڈورمنٹ

In case of account, status is inactive or dormant a cheque will be dispatched at your respective bank/branch.
اکاؤنٹ ڈورمنٹ / ان ایکٹو ہونے کی صورت میں چیک متعلقہ بینک / برانچ پر ارسال کر دیا جائے گا۔

Account Title: _____ (اکاؤنٹ ٹائٹل) Bank Name: _____ (بینک کا نام)

IBAN No: (آئی بین نمبر)

Reason For Change of Account(if any): _____
(اکاؤنٹ تبدیل کرنے کی وجہ (اگر کوئی ہو تو))

USE BLUE INK & BLOCK LETTERS

Declaration (Please read the below declaration carefully before signing this form)

I hereby declare that I received my Policy Document (PD) on D D M M Y Y I hereby put forward the request for the cancellation of my policy and demand for payment of the resulting value (If any) after adjusting applicable charges**.I am aware of any financial loss that I might incur as a result. I decided that the information above is true to the best of my knowledge and belief.

Incase of bancassurance, 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).

***Adamjee Life has the right to deduct Medical Examination Expenses + Mortality Charges (If any), and any due charges from the refund process. No Refund will be provided in case cancellation is outside Free Look Period(FLP). (Subject to approval)*

I additionally do hereby undertake and declare that:

1. The bank account details provided by me in this form, whether existing or newly provided/updated, are correct, valid and belong to me. I confirm that I am the lawful account holder and have full authority and control over such bank account.
2. I shall be solely responsible for the accuracy, completeness and validity of the bank account details provided or confirmed by me. Adamjee Life shall not be responsible for any loss, dispute, delay, miscredit, non-receipt of funds or any claim arising due to incorrect, incomplete or inaccurate bank account information provided or confirmed by me.
3. I hereby indemnify and hold harmless Adamjee Life from any claims, liabilities, losses, damages, disputes, costs or tax obligations arising out of or relating to the bank account details provided, confirmed or authorized by me. I further undertake responsibility for payment of any applicable taxes, duties or dues to the relevant authorities.
4. I authorize Adamjee Life to verify, process, use, disclose or report the bank account information provided by me to any bank, institution, authority or regulatory body wherever required under applicable laws, rules or regulations.

(براہ کرم اس فارم پر دستخط کرنے سے پہلے درج ذیل اعلامیہ کو غور سے پڑھیں)

میں یہ اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے اپنی پالیسی دستاویزات مورخہ D D M M Y Y کو وصول کر لی ہے اور پالیسی کی منسوخی کیلئے درخواست ارسال کر رہا / رہی ہوں. اور میں مطالبہ کرتا / کرتی ہوں کہ رقم کی ادائیگی (اگر کوئی ہو تو) عائد چارجز ایڈجسٹ کرنے کے بعد کی جائے۔ مجھے معلوم ہے کے کوئی بھی مالیاتی خسارہ جو اسکے نتیجے میں ہوگا تو میں اسکا / اسکی ذمہ دار ہوں اور میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا معلومات بالکل صحیح اور سچ ہیں۔

صرف بینکاشورنس کی صورت میں بینک آدم جی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ جو کہ پالیسی کا انڈرائٹر ہے، کے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کر رہا ہے اور بینک لائف انشورنس پالیسی کے تحت بیمہ دار، انکے نامزد یا ورثاء کو کسی بھی طرح کسی بھی کلیم کی زمیداری کا پابند نہیں ہوگا۔

* * آدم جی لائف کو یہ اختیار ہے کہ وہ قابل ادائیگی رقم سے میڈیکل چیک اپ کے اخراجات، بیمہ پالیسی کے تحت لاگو کسی بھی قسم کے اخراجات کی صورت میں چارجز کی کٹوتی کرے۔ فری لک پیریڈ کے بعد منسوخی کی صورت میں کوئی ریفنڈ فراہم نہیں کیا جائیگا۔

میں مزید یہ اقرار اور اعلان کرتا / کرتی ہوں کہ:

۱۔ اس فارم میں میرے فراہم کردہ بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات، خواہ وہ پہلے سے موجود ہوں یا نئی فراہم / اپ ڈیٹ کی گئی ہوں، درست، مؤثر اور میری ملکیت ہیں۔ میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میں مذکورہ بینک اکاؤنٹ کا قانونی اکاؤنٹ ہولڈر ہوں اور اس اکاؤنٹ پر مکمل اختیار اور تصرف رکھتا / رکھتی ہوں۔

۲۔ میں اس بات کا مکمل ذمہ دار ہوں کہ میرے فراہم کردہ یا تصدیق شدہ بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات درست، مکمل اور مؤثر ہیں۔ میرے فراہم کردہ یا تصدیق شدہ بینک اکاؤنٹ کی غلط، نامکمل یا غیر درست معلومات کے باعث ہونے والے کسی بھی نقصان، تنازع، تاخیر، غلط اکاؤنٹ میں رقم کی منتقلی، رقم موصول نہ ہونے یا کسی بھی دعوے کی صورت میں آدم جی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ ذمہ دار نہیں ہوگی۔

۳۔ میں اس کے ذریعے آدم جی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو میرے فراہم کردہ، تصدیق شدہ یا مجاز قرار دیے گئے بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات کے نتیجے میں پیدا ہونے والے یا ان سے متعلق کسی بھی دعوے، ذمہ داری، نقصان، ہرجانے، تنازع، اخراجات یا ٹیکس واجبات سے بری الذمہ قرار دیتا / دیتی ہوں۔ مزید برآں، میں متعلقہ حکام کو قابلِ اطلاق تمام ٹیکس، ڈیوٹیز یا دیگر واجبات کی ادائیگی کی مکمل ذمہ داری قبول کرتا / کرتی ہوں۔

۴۔ میں آدم جی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو اختیار دیتا / دیتی ہوں کہ وہ میرے فراہم کردہ بینک اکاؤنٹ کی معلومات کی تصدیق، پراسیسنگ، استعمال، افشاء یا رپورٹنگ کسی بھی بینک، ادارے، مجاز اتھارٹی یا ریگولیٹری ادارے کے ساتھ، جہاں قابلِ اطلاق قوانین، قواعد و ضوابط کے تحت ضروری ہو، کر سکے۔

Signature/Thumb impression of Policyholder
پالیسی کے مالک کے دستخط / انگوٹھے کا نشان

Bank Validation
بینک کی توثیق

Adamjee Life Sales Validation
آدم جی لائف سیلز کی توثیق

Documents Required (Incomplete information or missing documents may delay the processing of the request) مطلوبہ دستاویزات (نامکمل معلومات یا مطلوبہ دستاویزات کی عدم فراہمی درخواست پر کارروائی میں تاخیر کا باعث بن سکتی ہے)

☐ Complete Original Policy Documents پالیسی کے اصل اور مکمل دستاویزات ☐ Copy of active CNIC ایکٹو سی این آئی سی کی کاپی

Head Office: 3rd and 4th Floor, Adamjee House, I.I.Chundrigar Road, Karachi - 74000.
+92 (21) 111-11-5433 | +92 (21) 38677100 | +92 (21) 38630011 | www.adamjeelife.com

V06082026