

# POLICY MATURITY FORM



پالیسی میچورٹی کا فارم

Policy No: \_\_\_\_\_

پالیسی نمبر:

Name of Policy's Owner: \_\_\_\_\_

پالیسی اوزر کا نام:

Correspondence Address: \_\_\_\_\_

خط و کتابت کا پتہ:

Telephone No.: \_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

ٹیلی فون نمبر:

موبائل نمبر:

ای میل:

Please provide your personal bank account with IBAN 24 Alpha numeric details; (Mandatory)

Details of Bank Account:

بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات:

Account (with IBAN): \_\_\_\_\_ Title of Account: \_\_\_\_\_

اکاؤنٹ نمبر (آئی بی این نمبر کے ساتھ)

ٹائٹل اکاؤنٹ

Bank Name: \_\_\_\_\_ Bank Branch: \_\_\_\_\_

بینک کا نام

برانچ کا نام

In accordance with the Provisions and Conditions of the above policy, I hereby request IGI Life Insurance to pay the Maturity of the above policy

مذکورہ بالا پالیسی کی دفعات اور شرائط کے مطابق میں آئی جی آئی لائف انشورنس سے درخواست کرتا / کرتی ہوں کہ مجھے مذکورہ بالا پالیسی کی میچورٹی ادا کی جائے۔

**CONSENT ON ZAKAT DEDUCTION:** زکوٰۃ کی کٹوتی کیلئے رضامندی:

☐ I want to claim exemption from deduction of Zakat, the relevant affidavit (CZ-50) form is attached.

میں زکوٰۃ کی کٹوتی سے مستثنیٰ ہونے کا دعویٰ کرتا / کرتی ہوں، متعلقہ حلف نامہ (CZ-50) فارم منسلک ہے۔

☐ I don't want to claim exemption from deduction of Zakat. I understand and agree that a sum equivalent to 2.5% from payment of maturity proceeds will be deducted against Zakat and paid over to the appropriate Authority.

میں زکوٰۃ کی کٹوتی سے مستثنیٰ نہ ہونے کا دعویٰ کرتا / کرتی ہوں۔ میں اس بات سے اتفاق کرتا / کرتی ہوں کہ میچورٹی کی ادائیگی کی صورت میں واجب الادا رقم کا 2.5 فیصد بطور زکوٰۃ منہا کر لیا جائے گا اور متعلقہ اتھارٹی کو بھیج دی جائے گی۔

**ACKNOWLEDGMENT / PRE-DISCHARGE:**

اعتراف نامہ

I hereby understand that the policy will mature on the maturity date mentioned in the policy documents and the amount payable will be based on the cash value prevailing on the date of maturity

میں اس بات کو سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ پالیسی دستاویز میں درج تاریخ پر پالیسی میچور ہو جائے گی اور رقم میچورٹی کی تاریخ پر موجود کیش ویلیو کی بنیاد پر ادا کی جائے گی۔

I agree that the above mentioned payment made in my/our favor, will discharge the Company from any liabilities and claims arising under this policy.

میں اتفاق کرتا / کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا رقم جو میرے / ہمارے نام پر جاری کی گئی، کمپنی کو پالیسی کے تحت تمام ذمہ داریوں اور کلیمز سے سبکدوش کر دے گی۔

I also hereby certify that I am entitled to the proceeds of the policy, and that the policy has neither in any way been assigned or transferred, nor does any other person(s) have any right to the policy.

میں اس بات کی وضاحت کرتا / کرتی ہوں کہ میں ہی پالیسی کی رقم کا حقدار ہوں اور یہ کہ پالیسی نہ کسی کو تفویض / منتقل کی گئی ہے اور اور نہ کوئی دوسرا شخص (اشخاص) پالیسی کا حقدار ہے۔

Signature of Policy Owner: \_\_\_\_\_

پالیسی اوزر کے دستخط

Name of Irrevocable

Beneficiary / Assignee: \_\_\_\_\_

نا قابل دعویٰ حقدار / تفویض کنندہ کا نام

Name of Witness: \_\_\_\_\_

گواہ کا نام:

Date: \_\_\_\_\_

تاریخ:

Signature: \_\_\_\_\_

دستخط

Signature: \_\_\_\_\_

دستخط