



Bank Alfalah
The Way Forward

Bancassurance Auto Debit Form

بینک انشورنس آٹو ڈیبٹ فارم

Insurance
Application No. _____
انشورنس درخواست نمبر

Name _____
نام

Contact No. _____
رابطہ نمبر

Plan _____
پلان

Premium Payment Monthly Quarterly Semi-annually Annually
پریمیم پیمینٹ ماہانہ سہ ماہی ششماہی سالانہ

Indexation Yes No (On opting Indexation, your renewal premium will be increased by a rate of 5% every year).
انڈیکسیشن ہاں نہیں (On opting Indexation, your renewal premium will be increased by a rate of 5% every year).
انڈیکسیشن کے انتخاب پر آپ کے تجدید شدہ پریمیم میں سالانہ 5% کی شرح سے اضافہ ہوگا

Premium amount to be debited Rs. _____
ڈیبٹ کی جانے والی پریمیم کی رقم روپے

Amount in Words _____
رقم الفاظ میں

I/We hereby authorise Bank Alfalah Limited to debit my/our
میں / ہم بینک الفلاح لمیٹڈ کو اختیار دیتے ہیں کہ وہ میرے / ہمارے اکاؤنٹ کو ڈیبٹ کر لے

Account No. _____ Branch Name _____
اکاؤنٹ نمبر برانچ کا نام

Account Title _____ Branch Code _____
اکاؤنٹ بنام برانچ کوڈ

For payment of premiums and renewal of premiums and transfer the same to
پریمیم کی ادائیگی کیلئے اور پریمیم کی تجدید کیلئے اور اکاؤنٹ میں منتقل کرنے کیلئے

Effective Date _____
مؤثر تاریخ

I/We understand and acknowledge that Bank Alfalah Limited is acting as a corporate agent for Insurance Company to distribute and sell specified insurance products to Bank Alfalah Limited's Customers through its branches in Pakistan. It is understood and agreed by me/us that Insurance Company shall solely be responsible and liable for settlement/payment of all claims and monies payable under the insurance policy directly to me/us and that Bank Alfalah Limited shall not be liable in any manner whatsoever for settlement/ payment of any claim under the policy nor for any dispute of whatsoever nature arising out of or in relation to or performance of obligations under the policy. I/We agree to indemnify Bank Alfalah Limited against any claim/losses whatsoever.

میں / ہم سمجھتے ہیں اور تسلیم کرتا ہوں / کرتے ہیں کہ انشورنس کمپنی کے لئے بینک الفلاح اپنی شاخوں کے ذریعے پاکستان میں اپنے صارفین کو مخصوص انشورنس مصنوعات کی تقسیم اور فروخت کے لئے بحیثیت کارپوریٹ ایجنٹ کام کر رہا ہے۔ میں / ہم یہ سمجھتے ہیں / اتفاق کرتے ہیں کہ انشورنس پالیسی کے تحت ہمیں / مجھے براہ راست رقم کی ادائیگی اور تمام دعویٰ جات کی ادائیگی / تصفیہ کی انشورنس کمپنی ذمہ دار ہوگی اور بینک الفلاح پالیسی کے تحت کسی بھی دعویٰ کے تصفیہ / یا ادائیگی کا کسی بھی طرح ذمہ دار نہ ہوگا، نہ ہی پالیسی کے تحت کسی جھگڑے یا کارکردگی کی شکایت کا ذمہ دار ہوگا۔ میں / ہم متفق ہو کر بینک الفلاح کو کسی بھی قسم کے دعویٰ / نقصان سے بری الذمہ قرار دیتے ہیں۔

I/We have read, understood and agree to be bound by the Terms and Conditions stated overleaf.

میں / ہم نے پچھلے صفحے پر درج شرائط و ضوابط کو پڑھا / سمجھا لیا ہے اور میں / ہم ان شرائط و ضوابط کی پابندی کرنے کا اقرار کرتا ہوں / کرتے ہیں۔

Customer's Signature
صارف کے دستخط

(1)

Joint Account Holder(s) Signature
مشترکہ اکاؤنٹ ہولڈر (مالکان) کے دستخط

(2)

For Bank Use Only

صرف بینک کے استعمال کے لیے

Customer Signature Verified by _____ صارف/کسٹمر کے دستخط کا تصدیق کنندہ		
Referral Staff Name _____ ارسال کنندہ اسٹاف کا نام	Employee No. _____ ملازمت نمبر	
Branch Manager Employee No. _____ برانچ مینجر کا ملازمت نمبر		
PA No. _____ پی اے نمبر		
Branch Manager Name, Signature and Bank Stamp _____ برانچ مینجر کا نام، دستخط اور برانچ کی مہر		
IRM Name _____ IRM کا نام	Employee No. _____ ملازمت نمبر	
Account Status _____ اکاؤنٹ کی کیفیت	<input type="checkbox"/> Existing موجودہ	<input type="checkbox"/> New نیا