

Insurance Letter

انشورنس لیٹر

Date: -03Feb-2026

تاریخ: 03-فروری-2026

From:

منجانب:

(Applicant)

(درخواست گزار)

(Co-Appllcant-1)

(شریک درخواست گزار-1)

To:

بطرف:

Cholamandalam Investment and Finance Company Limited,

چولامندلم انویسٹمنٹ اینڈ فنانس کمپنی لمیٹڈ

Chola Crest, C54 & C55 & Super B-4,

Thiru Vi Ka Industrial Estate, Guindy, Chennai - 600032.

،چولا کریسٹ، سی 54 اور سی 55 اور سپر بی-4،
تھرو وی کا انڈسٹریل اسٹیٹ
گنڈی، چنئی - 600032.

Dear Sir,

محترم جناب،

Sub: Availing of insurance facility

مضمون: بیمہ سہولت کا حصول

Ref: Loan Application No:

حوالہ: قرض درخواست نمبر:

I/We have entered into an agreement with you/accepted terms for availing a finance facility. I/We hereby authorize you to deduct from the sanctioned facility amount/undertake to pay the insurance premium for the below insurance products :

میں/ہم نے مالی سہولت حاصل کرنے کے لیے آپ کے ساتھ ایک معاہدہ کیا ہے/شرائط قبول کی ہیں۔ میں/ہم اس کے ذریعے آپ کو اختیار دیتے ہیں کہ منظور شدہ سہولت کی رقم میں سے مندرجہ ذیل انشورنس مصنوعات کے لیے بیمہ پرمیم منہا کر لیں/یا ہم عہد کرتے ہیں کہ مذکورہ بیمہ مصنوعات کے لیے بیمہ پرمیم ادا کریں گے:

Name of Insurer	Insurance Facility	Applicant	Co-applicant
BAJAJ General Insurance Company Limited بجاج جنرل انشورنس کمپنی لمیٹڈ	Personal accidental cover, Recovery Benefit and Health Services, Hospital cash benefit ذاتی حادثاتی تحفظ، صحت یابی کا فائدہ اور صحت کی خدمات ہسپتال میں نقد امدادی فائدہ۔		
HDFC Life Insurance company limited ایچ ڈی ایف سی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔	Life Insurance -Only Death benefit لائف انشورنس - صرف وفات کا فائدہ۔		
BAJAJ LIFE INSURANCE Company Limited بجاج لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔	Life Insurance -Only Death benefit لائف انشورنس - صرف وفات کا فائدہ۔		
BAJAJ LIFE INSURANCE Company Limited بجاج لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔	Life Insurance -Death Benefit+ ACI 11 (11 Illness) لائف انشورنس - وفات کا فائدہ + اے سی آئی 11 (بیماریوں کا احاطہ 11)		

BAJAJ LIFE INSURANCE Company Limited بجاج لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ	Life Insurance -Death Benefit+ ACI 17 (17 Illness) لائف انشورنس - وفات کا فائدہ + اے سی آئی 17 (بیماریوں کا احاطہ 17)		
---	--	--	--

As opted above, I/we request you to submit the insurance proposal with the respective insurer/s. I/We also request you to pay the insurance premium/s and such other amounts directly to the insurer/s on my/our behalf.

جیسا کہ اوپر اختیار کیا گیا ہے، میں/ہم آپ سے درخواست کرتے ہیں کہ متعلقہ بیمہ کنندہ/بیمہ کنندگان کے پاس بیمہ کی تجویز جمع کر دیں۔ میں/ہم آپ سے یہ بھی درخواست کرتے ہیں کہ بیمہ پریمیم/پریمیمز اور اس سے متعلق دیگر رقم میری/ہماری جانب سے براہ راست بیمہ کنندہ/بیمہ کنندگان کو ادا کر دیں۔

I/We am/are aware that mere consent/signing the proposal form does not guarantee the insurance cover/s opted herein. In the event of rejection of my/our insurance proposal by the insurer for whatsoever reasons, or for the losses if any suffered by me/us, I/we shall not hold you responsible for the same under any circumstances. On such rejection of insurance proposal, you may adjust the aforesaid premium amount against the amounts payable under the aforesaid loan account.

میں/ہم اس بات سے آگاہ ہوں/ہیں کہ محض رضامندی دینے یا تجویز فارم پر دستخط کرنے سے یہاں منتخب کردہ بیمہ کوریج کی ضمانت نہیں ملتی۔ اگر کسی بھی وجہ سے بیمہ کنندہ میری/ہماری بیمہ تجویز مسترد کر دے یا مجھے/ہمیں کوئی نقصان ہو جائے تو میں/ہم کسی بھی صورتحال میں آپ کو اس کا ذمہ دار نہیں ٹھہرائیں گے۔ اس طرح کی صورتحال میں جب بیمہ تجویز مسترد ہو جائے، آپ مذکورہ پریمیم کی رقم کو مذکورہ قرض اکاؤنٹ کے تحت قابل ادائیگی رقم میں ایڈجسٹ کر سکتے ہیں۔

I/We, of my/our own volition, have opted for the said insurance cover(s) based on my/our independent assessment of their merit and suitability. I/We confirm that I/we have not relied upon, nor been influenced by, any suggestion or advice from you or any of your employees. I/We further confirm that I/we have received/accessed the relevant product literature and brochures, and have read and understood them for a better understanding of the key features, terms, and benefits of the insurance product(s) prior to selecting the same. I/We am/are fully aware of the provisions relating to Know Your Customer (KYC) and Anti-Money Laundering (AML) norms and confirm that I/we have complied with all such requirements.

میں/ہم نے اپنی مکمل رضا مندی اور آزادانہ فیصلے کی بنیاد پر مذکورہ انشورنس کوریج/کوریجز کا انتخاب کیا ہے، اور اس کی افادیت اور موزونیت کا خود جائزہ لیا ہے۔ میں/ہم تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم نے آپ یا آپ کے کسی بھی ملازم کی کسی تجویز یا مشورے پر انحصار نہیں کیا اور نہ ہی اس سے متاثر ہوئے ہیں۔

میں/ہم مزید تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم نے متعلقہ پروڈکٹ لٹریچر اور بروشرز حاصل کیے/ان تک رسائی حاصل کی، انہیں پڑھا اور سمجھا ہے تاکہ انشورنس پروڈکٹ/پروڈکٹس کی اہم خصوصیات، شرائط و ضوابط اور فوائد کو بہتر طور پر سمجھ سکیں، اور ان کے انتخاب سے قبل مکمل آگاہی حاصل کر سکیں۔

سے متعلق تمام ضوابط و تقاضوں سے (AML) اور انسدادِ منی لانڈرنگ (KYC) "میں/ہم" اپنے صارف کو جانے مکمل طور پر آگاہ ہیں اور تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم نے ان تمام تقاضوں کی مکمل تعمیل کی ہے۔

میں/ہم اپنی مرضی اور خواہش سے مذکورہ بیمہ کوریج کا انتخاب کرتے ہیں، بیمہ مصنوعات کی افادیت اور/یا موزونیت کی بنیاد پر، اور میں/ہم نے آپ یا آپ کے کسی ملازم کے کسی مشورے یا تجویز پر انحصار نہیں کیا ہے اور نہ ہی اس سے متاثر ہوئے ہیں۔ میں/ہم اپنے صارف کو جانیں اور انسدادِ منی لانڈرنگ کے ضوابط سے مکمل طور پر آگاہ ہوں/ہیں اور اس بات کی تصدیق کرتے ہیں کہ ہم نے ان تمام تقاضوں کی تعمیل کی ہے۔

I/We hereby agree that this letter will form the basis of contract between me/us and the insurer/s. I/We agree, abide by and bound by all terms and conditions/ rules and regulations of the insurance contract/s, and you will in no way connected with the merits of any claim lodged by me/us with the insurer/s. If any of my/our claim being repudiated by the insurer for whatsoever reasons, I/we shall take up the same directly with insurer.

میں/ہم اس کے ذریعہ اس بات سے اتفاق کرتے ہیں کہ یہ خط میرے/ہمارے اور بیمہ کنندہ/بیمہ کنندگان کے درمیان معاہدے کی بنیاد بنے گا۔ میں/ہم بیمہ معاہدے/معاہدوں کی تمام شرائط و ضوابط، قواعد و قوانین کو قبول کرتے ہیں، ان کی پابندی کریں گے اور ان کے پابند ہوں گے، اور آپ کسی بھی صورت میں میرے/ہمارے کی جانب سے بیمہ کنندہ/بیمہ کنندگان کے پاس دائر کردہ کسی دعوے کی خوبی یا حیثیت سے متعلق نہیں ہوں گے۔ اگر میرا/ہمارا کوئی دعویٰ کسی بھی وجہ سے بیمہ کنندہ کی جانب سے مسترد کر دیا جائے تو میں/ہم اس معاملے کو براہِ راست بیمہ کنندہ کے ساتھ اٹھائیں گے۔

I/We agree and understand that in the event of any claim under the group policy (excluding critical illness)is/are materialized, the claim will be directly paid to you and on receipt of claim amount and realization of entire amounts payable under the finance facility, you will release no due letter.

میں/ہم اس بات سے اتفاق کرتے اور سمجھتے ہیں کہ گروپ پالیسی (نازک بیماری کے علاوہ) کے تحت کسی بھی دعوے کے قابلِ عمل ہونے کی صورت میں دعوے کی رقم براہِ راست آپ کو ادا کی جائے گی، اور جب دعوے کی رقم وصول ہو جائے اور مالی سہولت کے تحت واجب الادا تمام رقوم کی مکمل وصولی ہو جائے تو آپ "نو ڈیو لیٹر" جاری کریں گے۔