

- Kindly take note of the following reminders in filling out this form:
1. This form is used only for HOSPITALIZATION Claims or MEDICAL REIMBURSEMENT Claims.
  2. We are requesting the Claimant to please answer all questions in FULL.
  3. Please attach ORIGINAL FINAL BILLS and RECEIPTS only. If Police Report is filled please submit a Copy of Same
  4. Form should be signed and duly stamped.

برائے مہربانی اس فارم کو پُر کرنے میں درج ذیل باتوں کا دھیان رکھیں  
یہ فارم صرف ہسپتلائزیشن کے دعووں یا طبی معاوضے کے دعووں کے لیے استعمال ہوتا ہے۔  
ہم دعویدار سے درخواست کر رہے ہیں کہ براہ کرم تمام سوالات کا مکمل جواب دیں۔  
براہ کرم صرف اور بجٹل فائنل بلز اور رسیدیں منسلک کریں۔ اگر پولیس رپورٹ کروائی ہوئی ہے تو براہ کرم اس کی ایک کاپی جمع کروائیں۔  
فارم پر دستخط کیے جائیں اور اس پر مہر لگائی جائے۔

## Covered Member Information

## بیہ شدہ ممبر کی معلومات

Date / تاریخ : \_\_\_\_\_ Policy Number / پالیسی نمبر : \_\_\_\_\_ Name of Policy holder / پالیسی ہولڈر کا نام : \_\_\_\_\_  
Name of Life Assured / لائف اشورڈ کا نام : \_\_\_\_\_ CNIC / شناختی کارڈ نمبر : \_\_\_\_\_  
Employee Number / ملازم کا نمبر : \_\_\_\_\_ Email Address / ای میل ایڈریس : \_\_\_\_\_  
Occupation / پیشہ : \_\_\_\_\_ DOB / تاریخ پیدائش : \_\_\_\_\_ Date of Employment / ملازمت کی تاریخ : \_\_\_\_\_

## Details of Accident

## حادثے کی تفصیلات

Date & Time of Accident / حادثے کی تاریخ اور وقت : \_\_\_\_\_ Place of Accident / حادثے کی جگہ : \_\_\_\_\_  
Police Report Filed / پولیس رپورٹ درج ہوئی : Yes / ہاں  No / نہیں  Nature of Accident (details of accident) / حادثے کی نوعیت (حادثے کی تفصیلات) : \_\_\_\_\_

Names and addresses of all doctors or hospitals where person covered sought treatment

ان تمام ڈاکٹروں یا ہسپتالوں کے نام اور پتے جن کا بیہ شدہ کرنے والے شخص نے علاج کی درخواست کی

Name of Doctor / Hospital / ڈاکٹر / ہسپتال کا نام	Address / پتہ	Contact No / رابطہ نمبر

I hereby certify that the foregoing answers are true and correct to the best of my knowledge and HEREBY AUTHORIZE all doctors or other persons who treated me and all hospitals or other institutions to furnish full information (including full copies of their records) regarding this claim. I agree and authorize that a photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

میں اس کے ذریعے تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا جوابات میرے بہترین علم کے مطابق صحیح اور درست ہیں اور اس کے ذریعے تمام ڈاکٹروں یا دیگر افراد کو اجازت دیتا / دیتی ہوں جنہوں نے میرا علاج کیا اور تمام ہسپتالوں یا دیگر اداروں کو اس دعوے کے بارے میں مکمل معلومات (بشمول ان کے ریکارڈ کی مکمل کاپیاں) فراہم کریں۔ میں اس بات سے اتفاق کرتا / کرتی ہوں اور اس کی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ اس اجازت نامہ کی فوٹو کاپی اصل کی طرح موثر اور درست سمجھی جائے گی

## Section to be completed by employer of the covered person

## بیہ شدہ شخص کے آجر کے ذریعے مکمل کیا جائے گا۔

Full name of employee / ملازم کا پورا نام : \_\_\_\_\_ DOB / تاریخ پیدائش : \_\_\_\_\_  
CNIC / شناختی کارڈ نمبر / # : \_\_\_\_\_ Employee Number / ملازم کا نمبر : \_\_\_\_\_ Category / پیشہ : \_\_\_\_\_  
Confirmation Date / تصدیق کی تاریخ : \_\_\_\_\_ Last Working Day / کام کا آخری دن : \_\_\_\_\_ Salary / تنخواہ : \_\_\_\_\_ Job title / ملازمت کا عنوان : \_\_\_\_\_  
if employee on leaves, please mention type of leaves / اگر ملازم چھٹیوں پر ہے تو چھٹیوں کی قسم بتائیں۔ \_\_\_\_\_  
Date / تاریخ : \_\_\_\_\_ Name of HR official / HR کمانڈر کے نام : \_\_\_\_\_ Contact # / ٹیلی فون نمبر : \_\_\_\_\_  
Email / ای میل : \_\_\_\_\_ Signature of HR official / HR کمانڈر کے دستخط : \_\_\_\_\_ Stamp / سٹامپ : \_\_\_\_\_