

INSTRUCTIONS:

The claim form has to be filled up by the attending physician / hospital where the participant patient was admitted for treatment.

ہدایات

کلیم فارم کو حاضری دینے والے ڈاکٹر / ہسپتال کے ذریعے پُر کرنا ہو گا جہاں مریض کو علاج کے لیے داخل کیا گیا تھا۔

Insured Person information

بیہ شدہ کی معلومات

Full Name of Insured Patient: بیمہ شدہ مریض کا پورا نام _____ CNIC شناختی کارڈ نمبر _____
 Name of Hospital where Admitted: ہسپتال کا نام جہاں داخل کیا گیا تھا _____
 Hospital Address: ہسپتال کا پتہ _____
 Hospital Admission No: ہسپتال داخلہ نمبر _____ Patient No: مریض کا نمبر _____
 Date of Admission: داخلے کی تاریخ _____ Date of Discharge: ڈسچارج کی تاریخ _____

Claim Information

دعویٰ کی معلومات

Describe Injury / Diagnosis: چوٹ / تشخیص بیان کریں _____ Date of accident: حادثے کی تاریخ _____
 Place of Accident: حادثے کی جگہ _____ If injury, please detail the circumstances of the accident

if the patient was referred to you by another doctor, please provide the referring doctor's name and address _____
 اگر مریض کو کسی دوسرے ڈاکٹر نے آپ کے پاس ریفر کیا ہے، تو براہ کرم ریفر کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ فراہم کریں

Details of Treatment: علاج کی تفصیلات _____
 اگر مریض کو کسی دوسرے ڈاکٹر نے آپ کے پاس ریفر کیا ہے، تو براہ کرم ریفر کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ فراہم کریں

Prognosis / Future Treatment Plan: تشخیص / مستقبل کے علاج کا منصوبہ _____

Has the patient ever seen a doctor for this or any similar condition in the past? Yes / ہاں No / نہیں
 اگر ہاں، تو براہ کرم اس کی تفصیلات بتائیں

was the condition due to or associated with the following (please tick mark the right answer)?

Self Inflicted Injury / Attempted Suicide

خودکشی کی چوٹ / خودکشی کی کوشش

Violation of Law

قانون کی خلاف ورزی

Psychiatric Illness / Mental Defect

نفسیاتی بیماری / دماغی خرابی

Under Influence of Alcohol

شراب کے زیر اثر

Total medical expenditure at the hospital: ہسپتال میں کل طبی اخراجات _____

Declaration

اقرارنامہ

I hereby declare that the information provided by me are true and to the best of my knowledge and belief.

میں اقرار کرتا ہوں کہ میرے ذریعہ فراہم کردہ معلومات درست ہیں اور میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق ہیں۔

Physician's Name: ڈاکٹر کا نام _____

Name of Hospital / clinic: ہسپتال / کلینک کا نام _____

Date: تاریخ _____ Seal & Signature: مہر اور دستخط _____

Note : Please attach copies of the itemized hospital bill. The claim form will be considered incomplete if the bills are not attached

نوٹ: براہ کرم آئٹمائزڈ ہسپتال کے بل کی کاپیاں منسلک کریں۔ بل منسلک نہ ہونے کی صورت میں کلیم فارم کو نامکمل سمجھا جائے گا۔