

To be completed by the claimant company / Bank دعویدار کمپنی / بینک کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

Note: Please complete this form in its entirety to help us process your claim promptly.

نوٹ: آپ کے کلیم پر فوری کارروائی میں ہماری مدد کرنے کے لیے براہ کرم اس فارم کو مکمل طور پر پُر کریں۔

Details of life assured

بیہ شدہ کی تفصیلات

Date / تاریخ : _____ Policy Number / پالیسی نمبر : _____ Deceased's Name / مرحوم کا نام : _____
 Credit Card No / کریڈٹ کارڈ نمبر : _____ Card Issue Date / کارڈ جاری کردہ تاریخ : _____ Card Expiry / میعاد کارڈ کی : _____
 CNIC / شناختی کارڈ نمبر : _____ DOB / پیدائش کی تاریخ : _____ Contact Number / رابطہ نمبر : _____
 Residential / Postal Address / رہائشی / ڈاک کا پتہ : _____
 Name of employer at date of death / وفات کی تاریخ پر آجر کا نام : _____
 Address and tel no of employer / ملازم کا پتہ اور ٹیلی فون نمبر : _____
 Occupation at time of death / وفات کے وقت پیشہ : _____
 Total outstanding balance at the time of death / وفات کے وقت کل بقایا رقم : _____ Total Amount Being Claimed / کل رقم کا دعویٰ : _____

Details of the death of the life assured

بیہ شدہ کی موت کی تفصیلات

Date of death / تاریخ وفات : _____ Time of death / وفات کا وقت : (:) AM / PM Place of death / وفات کی جگہ : _____
 Type of death / موت کی قسم : Natural / طبعی Accidental / حادثاتی Cause of death / موت کی وجہ : _____
 Duration of illness / بیماری کا دورانیہ : _____ to / سے _____
 Address abroad at the time of death (if death occurred abroad) / موت کے وقت بیرون ملک کا پتہ (اگر وفات بیرون ملک ہوئی ہے) : _____

1 - If this claim arises from **illness**, please answer this question and ignore question number 2

1- اگر یہ کلیم / دعوئی بیماری کی وجہ سے واقع ہوا ہے تو براہ کرم اس سوال کا جواب دیں اور سوال نمبر 2 کو نظر انداز کر دیں۔

(a) When did the health of the deceased first begin to be affected? (الف) مرحوم کی صحت سب سے پہلے کب متاثر ہونا شروع ہوئی؟

(b) When did the deceased first consult a doctor for his/her illness? (ب) وفات پانے والے نے اپنی صحت کے لیے پہلے ڈاکٹر سے کب مشورہ کیا؟

(c) Did the deceased use tobacco in any form and/or did the deceased consume alcohol? (ج) کیا وفات پانے والا فرد کسی بھی شکل میں تمباکو کا استعمال کیا تھا اور / یا متوفی نے شراب نوشی کی عادت تھی؟

2 - If this claim arises from an **accident**, please answer this question and ignore question number 1

2- اگر یہ کلیم کی وجہ حادثاتی ہے تو براہ کرم اس سوال کا جواب دیں اور سوال نمبر 1 کو نظر انداز کر دیں۔

(a) When did the accident occur? Date & Time (الف) حادثہ کب ہوا؟ تاریخ اور وقت بتائیں؟

(b) Where did the accident occur? (ب) حادثہ کہاں پیش آیا؟

(c) If FIR was registered, please supply address of the police station to which the accident was reported and case number (ج) اگر پولیس رپورٹ درج کی گئی ہو تو متعلقہ پولیس اسٹیشن کا پتہ اور کیس نمبر فراہم کریں

(d) If possible, please give full details on the nature of the injuries sustained by the deceased

(د) اگر ممکن ہو تو، براہ کرم متوفی کو پہنچنے والے زخموں کی نوعیت کے بارے میں مکمل تفصیلات دیں

3 - Name and address of the deceased's usual family doctor

3- وفات پانے والے کے فیملی ڈاکٹر کا نام اور پتہ

4 - Name and address of all doctors who attended to the deceased during the last five years proceeding his death

4- ان تمام ڈاکٹروں کا نام اور پتہ جنہوں نے پچھلے پانچ سالوں میں اس کی دیکھ بھال کی وفات کے وقت تک

Name of Hospital / Doctor Treated ہسپتال / ڈاکٹر کا نام جہاں علاج کروایا	Name of Disease بیماری کا نام	Treatment Duration علاج کی مدت	Contact No. رابطہ نمبر	Correspondence Address خط و کتابت کا پتہ

5 - Did the deceased have insurance with any other company? Please give details

5- کیا وفات پانے والے کی کسی دوسری کمپنی میں انشورنس تھی؟ براہ کرم تفصیلات بتائیں

Name of Company کمپنی کا نام	Amount رقم	Policy inception date پالیسی کے آغاز کی تاریخ

Declaration

اقرار نامہ

I, _____ the claimant hereby notify ADAMJEE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED of the death of the life assured and declare that the above going answers and full statements are true to the best of my knowledge and belief and that I have withheld no material fact from the company.

I hereby make claim to the benefits of the insurance with ADAMJEE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED and agree that the written statements and affidavits of all the doctors who attended or treated the deceased and all other papers furnished in support of this claim shall constitute and are hereby made a part of this claim and further agree that the furnishing of this form, or any other forms supplemental hereto, by the company shall not constitute or be considered an admission by it that there was any insurance in force on the life in question or a waiver of any of its rights or defenses in law. I hereby authorize any medical practitioner, hospital or any other person to furnish ADAMJEE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED or its representative, any details relating to illness, or injury of the deceased or such information as may be necessary to consider this claim.

میں اس معلومات کے ذریعے آدم جی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو یہ شدہ کی موت سے مطلع کرتا ہوں اور اعلان کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا جوابات اور مکمل بیانات میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق درست ہیں اور میں نے کمپنی سے کوئی بھی حقیقت نہیں چھپائی ہے۔

میں اس کے ذریعے آدم جی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کے ساتھ انشورنس کے فوائد کا دعویٰ کرتا ہوں اور اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ ان تمام ڈاکٹروں کے تحریری بیانات اور حلف نامے جنہوں نے مرحوم کا علاج کیا تھا اور اس دعوے کی حمایت میں پیش کیے گئے دیگر تمام کاغذات تشکیل دیئے جائیں گے۔ اس دعوے کا ایک حصہ اور مزید اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ کمپنی کی طرف سے اس فارم کی فراہمی، یا اس سے متعلق کسی بھی دوسری شکل کو، اس کے ذریعے یہ تسلیم نہیں کیا جائے گا یا اس پر غور نہیں کیا جائے گا کہ زیر بحث زندگی یا چھوٹ پر کوئی بیمہ نافذ ہے۔ قانون میں اس کے کسی بھی حقوق یا دفاع کا۔ میں اس کے ذریعے کسی بھی طبی پریکٹیشنر، ہسپتال یا کسی دوسرے شخص کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ آدم جی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ یا اس کے نمائندے، بیماری، یا موت کی چوٹ سے متعلق کوئی تفصیلات یا ایسی معلومات جو اس دعوے پر غور کرنے کے لیے ضروری ہو، پیش کرے۔

Signature & Seal of authorized officer / مجاز افسر کے دستخط اور مہر _____ Mobile Number / موبائل نمبر _____

Address / پتہ _____ Signature of witness / گواہ کے دستخط _____

Name of witness / گواہ کا نام _____ Contact Number / ٹیلی فون نمبر _____

Address / پتہ _____ NIC Number / شناختی کارڈ نمبر _____

Fraud Warning : This is a legal requirement for your protection to appear the following statement on this form: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to the Insurance Company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the Company. Any person(s) or agent(s) of Insurance Company who knowingly provides false, incomplete or misleading facts or information to a policy-holder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policy-holder or claimant with regard to settlement or award payable from insurance proceeds is guilty of a crime and may be subject to fines, denial of insurance benefits and penalties.

فراڈ وارننگ، اس فارم پر درج ذیل بیان کو ظاہر کرنا آپ کے تحفظ کے لیے قانونی تقاضہ ہے: انشورنس کمپنی کو دھوکہ دینے یا دھوکہ دینے کی کوشش کرنے کے مقصد سے جان بوجھ کر جھوٹے، نامکمل یا گمراہ کن حقائق یا معلومات فراہم کرنا غیر قانونی ہے۔ انشورنس کمپنی کا کوئی بھی شخص یا ایجنٹ جو پالیسی ہولڈر یا دعویٰ ار کو تصفیہ کے سلسلے میں دھوکہ دینے یا دھوکہ دینے کی کوشش کرنے کے مقصد سے جھوٹے، نامکمل یا گمراہ کن حقائق یا معلومات فراہم کرتا ہے۔ یا انشورنس کی آمدنی سے قابل ادائیگی ایوارڈ جرم کا مجرم ہے اور جرمانے، انشورنس فوائد سے انکار اور جرمانے کے تابع ہو سکتا ہے۔

Please return Claim Forms to / براہ کرم دعویٰ کے فارم کو اس ای میل پر بھیجیں : claims-dep@adamjeelife.com

Post Originals documents to / اصلی دستاویزات کو اس پتہ پر ارسال کریں /

The Claims Department Adamjee Life Assurance Co. Ltd. 3rd & 4th Floor, Adamjee House, I.I. Chundrigar Road, Karachi

Head Office: 3rd and 4th Floor, Adamjee House, I.I.Chundrigar Road, Karachi - 74000.

+92 (21) 111-11-5433 | +92 (21) 38677344 EXT: 344 | +92 (21) 38630011 | www.adamjeelife.com