

Proof of Death موت کا ثبوت

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 انتباہ، اس فارم پر درج ذیل بیان کو ظاہر کرنا آپ کے تحفظ کے لیے قانونی تقاضہ ہے: انشورنس کمپنی کو غلط معلومات یاد ہو کر 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 دعویدار کو تصفیہ کے سلسلے میں غلط معلومات یاد ہو کر 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۔

Date / تاریخ : _____ Deceased's Name in Full / مرحوم کا مکمل نام _____ Policy No(s) _____
(if more than one please specify all) پالیسی نمبر - ایک یا اگر ایک سے زیادہ ہو وضاحت کریں _____

General Information

نام معلومات

Address of Insured (deceased) / بیمہ شدہ کا پتہ (متوفی) _____
Age at the time of death / وفات کے وقت عمر _____ Gender / جنس _____ Date & time of death / وفات کی تاریخ اور وقت _____
Cause of Death / وفات کی وجہ _____ Place of death / وفات کی جگہ _____
Death by Violation of Law? / قانون کی خلاف ورزی سے وفات؟ _____ When did Insured first complaint or Give other indication of last illness and its duration? / بیمہ شدہ نے پہلی شکایت کب کی یا آخری بیماری اور اس کی مدت کا کوئی دوسرا اشارہ بتائیں؟ _____
Occupation at the time of death / وفات کے وقت پیشہ _____ Occupation Name & Address / پیشے کا نام اور پتہ _____
On what date did deceased last attend to his usual work? / مرحوم اپنے معمول کے کام پر آخری بار کس تاریخ کو گئے تھے؟ _____

Details of Family

گھر والوں کی تفصیلات

Next of Kin (Name in Full) / قریبی رشتہ دار (مکمل نام) _____ Contact Number / رابطہ نمبر _____
Relationship with insured (e.g. father, mother, wife, son, daughter, husband etc) / بیمہ شدہ کے ساتھ رشتہ (مثلاً باپ، ماں، بیوی، بیٹا، بیٹی، شوہر وغیرہ) _____

Claimant Details

دعویدار کی تفصیلات

Claimant Name / دعویدار کا نام _____ DOB & CNIC Number / تاریخ پیدائش اور شناختی کارڈ _____
Claimant Address / دعویدار کا پتہ _____ Email / ای میل _____
Claimant Contact Number / دعویدار کا رابطہ نمبر _____ Relationship; in what capacity do you claim (e.g. beneficiary, assignee, executor etc) _____
رشتہ: آپ کس صلاحیت میں دعوئی کرتے ہیں (مثلاً ب فائدہ اٹھانے والا، نامزد کردہ، کام کروانے والا وغیرہ) _____

Claim Details

کلیم کی تفصیلات

Date of Loan Issuance / قرض کے اجراء کی تاریخ _____ Amount of Loan Issued / جاری کردہ قرض کی رقم _____
Principal Outstanding / پرنسپل بقایا _____ Balance at time of Death / وفات کے وقت بقایا حساب _____ Mark Up at the Time of Death / وفات کے وقت مارک اپ _____

Other Insurers

دیگر بیمہ کنندگان

(Has insured other life/personal accident insurance? If yes state:) (کیا دوسری لائف یا ذاتی حادثے کا بیمہ کیا ہے؟ اگر ہاں تو بتائیں)

Name of Company(ies) کمپنی کا نام	Policy Number پالیسی نمبر	Policy Date پالیسی کی تاریخ	Benefit فائدہ	Sum Assured بیمہ کی رقم	Currency کرنسی

I, _____ the claimant hereby notify ADAMJEE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED of the death of the life assured and declare that the afore 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.

میں اس معلومات کے ذریعے آدم جی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کو بیمہ 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 تکمیل 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۔

Authorization

اجازت نامہ

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 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 مرحوم کی چوٹ سے متعلق کوئی تفصیلات یا ایسی معلومات جو اس دعوے پر غور کرنے کے لیے ضروری ہو، پیش کرے۔

Claimant Name / دعویدار کا نام _____ Claimant Signature / دعویدار کے دستخط _____
 Email / ای میل _____ Contact Number / موبائل نمبر _____
 Name of Company Official / کمپنی کا نام _____ Official Stamp / دفتری اسٹامپ _____

adamjee life

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