

## Details of Employer

## آجر کی تفصیلات

Policy Number / پالیسی نمبر \_\_\_\_\_ Name of Policy Holder Company / پالیسی ہولڈر کمپنی کا نام \_\_\_\_\_  
Address of Employer / آجر کا پتہ \_\_\_\_\_  
Contact Number of Employer / رابطہ نمبر آجر کا \_\_\_\_\_ Email / ای میل \_\_\_\_\_ Name of Person  
to be contacted for claim / دعوے کے لیے رابطہ کیا جانے والے کا نام \_\_\_\_\_ Nominee Contact Number / رابطہ نمبر \_\_\_\_\_

## General Information

## عام معلومات

Name of the Deceased / وفات پانے والے کا نام \_\_\_\_\_ DOB / تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_  
CNIC # / شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ Employee Number / ملازم کا نمبر \_\_\_\_\_ Category / قسم \_\_\_\_\_  
Residential Address / رہائشی پتہ \_\_\_\_\_  
Beneficiary Contact Number / سینفیشری رابطہ نمبر \_\_\_\_\_ Occupation at the time of death / وفات کے وقت پیشہ \_\_\_\_\_  
Nature of Job at the time of Death / وفات کے وقت ملازمت کی نوعیت / Permanent / مستقل  Contract / معاہدہ  Full Time / فل ٹائم  Part Time / پارٹ ٹائم   
Job status at the time of Death / وفات کے وقت ملازمت کی حیثیت / Regular / باقاعدگی سے  On leave / چھٹی پر  Terminated / نکل دیئے گئے  Resigned / استعفیٰ   
Date of Joining the Company / تاریخ میں شمولیت کی تاریخ \_\_\_\_\_ Department / شعبہ \_\_\_\_\_ Date when he /she last attended his  
/ her job / کام چھوڑنے کی وجہ \_\_\_\_\_ Reason for Stop Work / اگر ملازم چھٹی پر تھا تو براہ کرم چھٹی کی قسم کی تصدیق کریں \_\_\_\_\_  
If the employee was on leave please confirm the type of leaves /

## Details of Death

## وفات کی تفصیلات

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 \_\_\_\_\_  
Nature of Death / وفات کی نوعیت / Natural / قدرتی  Accidental / حادثاتی  Suicide / خودکشی  Murder / Homicide / قتل عام

## Section to be completed if death is due to accidental causes

## اگر موت حادثاتی وجوہات کی وجہ سے ہوئی ہے تو اس حصے کو مکمل کیا جائے

Date of Accident / حادثے کی تاریخ \_\_\_\_\_ Place of Accident / حادثے کی جگہ \_\_\_\_\_ Brief description of Event  
واقعات کی مختصر تفصیل \_\_\_\_\_  
Was a police report registered / Yes / ہاں  No / نہیں  Post Mortem / Medicolegal exam done / Yes / ہاں  No / نہیں   
پولیس رپورٹ درج کرائی گئی \_\_\_\_\_ پوسٹ مارٹم / میڈیکولیو جی امتحان ہو گیا \_\_\_\_\_

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

Date / : \_\_\_\_\_ Name of Authorized Officer / \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_ مجاز افسر کا نام \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Officer / \_\_\_\_\_ Official Stamp / \_\_\_\_\_  
مجاز افسر کے دستخط \_\_\_\_\_ دفتر کی اسٹامپ \_\_\_\_\_