

(This Form is to be completed by the Last Attending Physician of the Deceased)

(یہ فارم مرحوم کے آخری حاضری والے ڈاکٹر کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا)

Name of the Life Assured بیمہ شدہ کا نام \_\_\_\_\_ S/O, W/O, D/O  
بیٹا، بیٹی، زوجہ \_\_\_\_\_ شناختی کارڈ نمبر CNIC \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش DOB \_\_\_\_\_

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   
Cause of Death / وفات کی وجہ \_\_\_\_\_  
Place of Death / وفات کی جگہ : Home گھر  Hospital ہسپتال  Others کوئی اور \_\_\_\_\_  
If death in hospital mention the name of the hospital اگر ہسپتال میں وفات ہو تو ہسپتال کا نام بتائیں \_\_\_\_\_  
Hospital Admission / Registration No ہسپتال میں داخلہ / رجسٹریشن نمبر \_\_\_\_\_ Date of Admission داخلہ کی تاریخ \_\_\_\_\_

Please check if the cause of death is related to any of the below

براہ کرم چیک کریں کہ آیا وفات کی وجہ درج ذیل میں سے کسی سے متعلق ہے

Poison / زہر  Gases / گیسوں  Fumes / دھوئیں  Physical Defect / جسمانی نقص  Mental Defect / ذہنی خرابی  Heat Stroke / ہیٹ سٹروک   
Was the deceased suffering from HIV/Aids متوفی ایچ آئی وی / ایڈز میں مبتلا تھا Yes / ہاں  No / نہیں   
Date and Place When Hiv / Aids Test Was Conducted تاریخ اور جگہ جب ایچ آئی وی / ایڈز ٹیسٹ کرایا گیا تھا \_\_\_\_\_  
Had a Police Report Conducted اگر ہاں تو پولیس اسٹیشن کا نام Yes / ہاں  No / نہیں  If Yes, Name of Police Station \_\_\_\_\_  
Was a Post Mortem Held کیا پوسٹ مارٹم ہوا تھا Yes / ہاں  No / نہیں   
Any other Relevant Information کوئی دوسری متعلقہ معلومات \_\_\_\_\_

Declaration

اقرار نامہ

I declare that i have personally attended the deceased patient & all the foregoing statements are correct and true to the best of my knowledge.  
میں اعلان کرتا ہوں کہ میں نے ذاتی طور پر متوفی مریض کے پاس حاضری دی ہے اور مذکورہ بالا تمام بیانات میری بہترین معلومات کے مطابق درست اور صحیح ہیں۔

Date / : \_\_\_\_\_ Name of Physician / \_\_\_\_\_ Mobile # / \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_ ڈاکٹر کا نام \_\_\_\_\_ موبائل نمبر \_\_\_\_\_  
Email / \_\_\_\_\_ Signature & Seal / \_\_\_\_\_ Qualification / \_\_\_\_\_  
ای میل \_\_\_\_\_ دستخط اور مہر \_\_\_\_\_ قابلیت \_\_\_\_\_

Please return Claim Forms to / برہ کرم دعوی 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