

Group Policy No گروپ پالیسی نمبر _____ Claim No دعویٰ نمبر _____

Name of the Employee ملازم کا نام	
Gender جنس	
Age عمر	
Occupation پیشہ	
(a) Date of Accident حادثے کی تاریخ (b) Time of Accident (A.M./P.M.) حادثے کا وقت (c) Place of Accident حادثے کی جگہ	
Describe accident in detail حادثے کو تفصیل سے بیان کریں۔	
Describe injuries زخم / چوٹیں کی تفصیل۔	
Give name & Address of the Physician/ Surgeon who first attended you سرجن / ڈاکٹر کا نام اور پتہ بتائیں سرجن جس نے سب سے پہلے آپ کا چیک اپ کیا	
If hospitalized, give name and address of hospital اگر ہسپتال میں داخل ہوئے ہو تو ہسپتال کا نام اور پتہ بتائیں	
Total and absolutely disabled مکمل معذوری کا دورانیہ	To سے
Partially disabled جزوی معذوری کا دورانیہ	To سے
Confined to Hospital ہسپتال میں داخلے کی مدت	To سے
Are you making any other insurance or compensation claim as a result of this accident? (if yes kindly give details) اس حادثے کے نتیجے میں معاوضے کا دعویٰ کیلئے کیا آپ کوئی اور کلیم کر رہے ہیں یا؟ (اگر ہاں تو برائے مہربانی تفصیلات بتائیں)	

I, the above claimant, being duly sworn, depose and say that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and belief, and agree that payment according to the terms of the policy, claims, the cause of which originated prior to date hereof.

میں، مندرجہ بالا دعویدار، حلف اٹھانے کے بعد، قبول کرتا ہوں اور کہتا ہوں کہ مذکورہ بالا بیانات میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق مکمل اور سچے ہیں، اور اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ پالیسی کی شرائط کے مطابق اور سچے ہوگی، شروع سے لیکر آج کی تاریخ تک کے دعوے کی

Sign & Date دستخط اور تاریخ _____

AUTHORIZATION

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the Company, or its authorized representative, any and all information with respect to any injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

اجازت دینا

میں اس کے ذریعے کسی بھی ہسپتال، معالج، یا دوسرے شخص کو اجازت دیتا ہوں جس نے میرا معائنہ کیا ہو، کیمپنی، یا اس کے مجاز نمائندے کو، کسی بھی چوٹ، طبی تاریخ، مشاورت، نسخے، یا علاج، اور کاپیاں کے حوالے سے کوئی بھی اور تمام معلومات فراہم کریں۔ تمام ہسپتال یا میڈیکل ریکارڈز اس اجازت کی فوٹو اسٹیٹک کاپی کو اصل کی طرح موثر اور درست سمجھا جائے گا۔

Signature of the Claimant دعویدار کے دستخط _____

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