

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۔

Date / تاریخ : _____ Policy Number / پالیسی نمبر : _____ Name of Policy Holder / پالیسی ہولڈر کا نام : _____
Name of Life Assured / بیمہ شدہ کا نام : _____ CNIC # / شناختی کارڈ نمبر : _____
Employee Number / ملازم کا نمبر : _____ Email Address / ای میل ایڈریس : _____
Occupation / پیشہ : _____ DOB / تاریخ پیدائش : _____ Date of Employment / تاریخ ملازمت : _____

Nature of Job

ملازمت کی نوعیت

Job Status at the time of Event

دعوے کے وقت ملازمت کی حیثیت

Permanent / مستقل : ☐Contract / معاہدہ : ☐On Leave / چھٹی پر : ☐Terminated / ختم : ☐

Claim Details / کلیم کی تفصیلات

Please complete this section below with reference to the type of claim you want to intimate.

براہ کرم نیچے دیئے گئے حصے کو اس دعوے کی قسم کے حوالے سے مکمل کریں جس سے آپ آگاہ کرنا چاہتے ہیں۔

Type of Claim

دعوے کی قسم

Natural Death / قدرتی موت : ☐Accidental Death / حادثاتی موت : ☐Disability / معذوری : ☐Others / کوئی اور : ☐

Date of Injury / Death / چوٹ / موت کی تاریخ : _____ Cause of Injury / Death / چوٹ / موت کی وجہ : _____

Details of Accident (in case of accidental cause) / حادثے کی تفصیلات (حادثاتی وجہ کی صورت میں) : _____

Declaration

اقرارنامہ

I / We hereby declare and confirm that the details provided above are correct and true to the best of my /our knowledge. I / We have not withheld any relevant information and believe that the life assured mentioned above is the same person assured under the Group Insurance plan issued by Adamjee Life Assurance Co. Ltd.

میں / ہم یہاں اس بات کا اعلان اور تصدیق کرتے ہیں کہ اوپر فراہم کردہ تفصیلات میری / ہماری بہترین معلومات کے مطابق درست اور صحیح ہیں۔ میں / ہم نے کوئی متعلقہ معلومات نہیں چھپائی ہیں اور اقرار کرتے ہیں کہ مذکورہ بیمہ شدہ وہی شخص ہے جو آدم جی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کے جاری کردہ گروپ انشورنس پلان کے تحت بیمہ شدہ ہے۔

Signature of the Authorized Representative of the Policy Holder

پالیسی ہولڈر کے مجاز نمائندے کے دستخط

Name of the Signatory / دستخط کنندہ کا نام : _____

Mobile Number / موبائل نمبر : _____

Official Stamp / کمپنی کی سٹامپ : _____

Telephone Number / ٹیلی فون نمبر : _____

Address / پتہ : _____

Email / ای میل : _____

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