

### Deceased Information

مرحوم / مرحومہ کی معلومات

Deceased Name: \_\_\_\_\_ / Father/Husband's Name: \_\_\_\_\_  
 مرحوم / مرحومہ کا نام / باپ یا شوہر کا نام  
 CNIC Number: \_\_\_\_\_ / Address of deceased: \_\_\_\_\_  
 شناختی کارڈ نمبر / مرحوم کا پتہ  
 Date of birth: \_\_\_\_\_  
 تاریخ پیدائش

Were you the regular family physician of the deceased?

کیا آپ مرحوم / مرحومہ کے ریگولر ڈاکٹر ہیں؟

For how long had you been treating the life assured?

کتنے عرصے سے آپ بیمہ دار کا علاج کر رہے تھے؟

Was the life assured your relative / family member?

کیا بیمہ دار آپ کے گھر کا فرد یا رشتہ دار تھا؟

### Event Details

انتقال کے وقت کی تفصیلات

Date of death: \_\_\_\_\_ / Time of death: ( : ) AM / PM \_\_\_\_\_ / Place of death: \_\_\_\_\_  
 تاریخ وفات / وفات کا وقت  
 Type of death:  Natural /  Accidental / Interval between onset and death: ( ) / Days  
 موت کی قسم / قدرتی / حادثاتی / انتقال اور حادثے کے درمیان کا وقت  
 Name of Hospital (If died in hospital): \_\_\_\_\_  
 ہسپتال کا نام (اگر وہاں انتقال ہوا ہو)

### Cause of Death:

موت کی وجہ

Primary Cause:

بنیادی وجہ:

Secondary Cause:

ثانوی وجہ:

Any other disease / illness deceased was suffering from but not potentially life threatening

مرحوم / مرحومہ کسی اور بیماری میں مبتلا ہو مگر اسکی وجہ سے انتقال نہ ہوا ہو

### Past Medical History

ماضی کا طبی ریکارڈ

First Complaint about current illness: تاریخ / Date: \_\_\_\_\_  
 موجودہ بیماری کی پہلی شکایت

Second Complaint about current illness: تاریخ / Date: \_\_\_\_\_  
 موجودہ بیماری کی دوسری شکایت

Prior to current illness, was the deceased in regular consultation with you? Yes  No

موجودہ بیماری سے پہلے، کیا مرحوم / مرحومہ آپ کے ساتھ باقاعدگی سے علاج کروا رہے تھے؟

If yes, please provide details:

اگر ایسا ہے تو تحریر کریں:

Did you refer the deceased to any other physician or hospital for any treatment

کیا آپ نے کسی بھی علاج کے لئے کسی دوسرے ڈاکٹر یا ہسپتال سے علاج کروانے کا کہا Yes ہاں  No نہیں

If yes, please provide details:

اگر ایسا ہے تو تحریر کریں :

Sr. No نمبر شمار	Name of Physician ڈاکٹر کا نام	Complaint About شکایت کی وجہ	Treatment Duration علاج کی مدت	Contact No. رابطہ نمبر	Correspondence Address خط و کتابت کا پتہ
1					
2					
3					

If Accidental Death / Suicide

اگر حادثاتی موت یا خودکشی کی ہو

Date of accident: \_\_\_\_\_ / تاریخ حادثہ : \_\_\_\_\_ AM / PM ( ) : \_\_\_\_\_ / حادثہ کا وقت  
Describe event in detail / حادثہ کو مکمل تحریر کریں

Investigation held? / تحقیقات ہوئی? Yes ہاں  No نہیں

(If yes, please attach findings)

(اگر ہاں، تو برائے مہربانی نتائج منسلک کریں)

Autopsy Performed? / پوسٹ مارٹم انجام دیا? Yes ہاں  No نہیں

(If yes, please attach findings)

(اگر ہاں، تو برائے مہربانی نتائج منسلک کریں)

Declaration

اقرار نامہ

I \_\_\_\_\_ medical attendant of the life insured \_\_\_\_\_

do hereby declare that to the best of my knowledge and belief the information given herein are true and complete.

میں \_\_\_\_\_ حامل بیہ کا ڈاکٹر اس بات کی تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا تمام معلومات مکمل اور درست ہیں

I do hereby, authorize Adamjee Life Assurance Company Limited to extract my verisys from NADRA for my Life Assurance policy.

میں آدجی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ میری پالیسی کے لئے نادر سے ویریسس نکال سکتے ہیں۔

Signature & Duly Stamp with date

دستخط اور مہر تاریخ کے ساتھ