

DEATH CLAIM FORM A - INDIVIDUAL LIFE

دعویٰ برائے اموات فارم (الف) - انفرادی زندگی

Form Completion Instruction

فارم مکمل کرنے کی ہدایات

- 1- This form should be completed by those entitled for a claim benefit as a person nominated by the Policy Holder, Guardian, Assignee, Trustee, Life Assured
- 2- Please fill the form with single pen without omissions / deletions.
- 3- Please complete the form with legible handwriting; an incomplete form may cause delay in processing of claim benefits.

- 1- بیمہ شدہ فرد کی وفات کا کلیم دائر کرنے کیلئے یہ فارم حامل بیمہ، سرپرست، جانشین، آسائینی، فوائید کے حقدار افراد یا ٹرسٹی کی طرف سے ہی مکمل کیا جانا چاہیے
- 2- کسی بھی غلطی یا ممکنہ درستگی کا خیال رکھتے ہوئے اس فارم کو ایک ہی قلم سے پُر کیجئے
- 3- برائے مہربانی فارم کو مکمل طور پر پُر کریں تاکہ فارم ادائیگی میں تاخیر کا سبب بن سکتا ہے

Checklist of documents required

ضروری دستاویزات کی جانچ پڑتال کریں

Claimant Statement Form	دعویٰ کے بیان کا فارم	<input type="checkbox"/>
Attending Physician Form - B	ڈاکٹر کا کلیم فارم (ب)	<input type="checkbox"/>
CNIC - Deceased	مرحوم / مرحومہ کا شناختی کارڈ	<input type="checkbox"/>
Death Certificate - Hospital	ہسپتال کا جاری کردہ وفات کا سرٹیفکیٹ	<input type="checkbox"/>
Death Certificate - Govt/NADRA Issued	حکومت کا جاری کردہ وفات کا سرٹیفکیٹ	<input type="checkbox"/>

Hospitalization, Medical Treatment Records	علاج کا ریکارڈ، میڈیکل کارڈ	<input type="checkbox"/>
Participant membership documents	پارٹنیشنر کے اصل دستاویزات	<input type="checkbox"/>
CNICs - Claimant/ Beneficiary	دعویٰ کردہ / نامزد ممبر شہری کا شناختی کارڈ	<input type="checkbox"/>
Copy of Passport - Deceased & Claimant (if living abroad)	دعویٰ کردہ اور مرحوم کی پاسپورٹ کی کاپی (اگر گیر دن ملک مقیم) ہوں	<input type="checkbox"/>

Additional Requirements	اضافی ضروریات	
B-Form (If nominee is Minor)	اگر نامزد کم عمر ہے تو (ب) فارم	<input type="checkbox"/>
CNIC - Guardian	سرپرست کا شناختی کارڈ	<input type="checkbox"/>
(If nominee is minor)	(اگر نامزد کم عمر ہے)	<input type="checkbox"/>
Latest Photograph of deceased	مرحوم / مرحومہ کی تصویر	<input type="checkbox"/>
Note: Company reserves the rights to ask further documents and requirements.		

Requirement for Accidental Death	اضافی ضروریات، اگر حادثاتی موت ہو	
Copy of Autopsy	پوسٹ مارٹم کی کاپی	<input type="checkbox"/>
Copy of FIR	ایف آئی آر کی کاپی	<input type="checkbox"/>
Newspaper cutting covering the accident	اخبار میں شائع ہونے والی خبر کا تراشہ	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Claim Form A: Information About Claimant

دعویٰ فارم (الف) - دعویٰ دار کے بارے میں معلومات

Name of Claimant / دعویٰ دار کا نام : _____ Father/Husband's Name / والد یا شوہر کا نام : _____

CNIC Number / شناختی کارڈ نمبر : _____ Complete Current Address / مکمل پتہ : _____

Relationship with Deceased / مرحوم / مرحومہ کے ساتھ رشتہ : _____

Contact Number / رابطہ نمبر : _____ E mail ID / ای میل ایڈریس : _____ D.O.B / تاریخ پیدائش : _____

Claim Payment Information

کلیم ادائیگی کیلئے درکار معلومات

Direct Transfer in IBFT Account آئی بی ایف ٹی سے بینک اکاؤنٹ میں ٹرانسفر

Account Title / اکاؤنٹ ٹائٹل : _____ Account Number / اکاؤنٹ نمبر : _____

Bank Name / بینک کا نام : _____ Branch Name / برانچ کا نام : _____

Cheque Title / چیک ٹائٹل : _____ Claim Amount / دعویٰ کی رقم : _____

Information About Deceased / مرحوم / مرحومہ کی معلومات

Policy Owner	سرٹیفکیٹ کے مالک کا نام
Name / نام :	_____
Father/Husband's Name / والد یا شوہر کا نام :	_____
Gender / جنس :	_____
Marital Status / ازدواجی حیثیت :	_____
CNIC / شناختی کارڈ نمبر :	_____
Date of birth / تاریخ پیدائش :	_____
Occupation / پیشہ :	_____
Business Address / کاروباری پتہ :	_____

Life Assured	بیمہ شدہ
Name / نام :	_____
Father/Husband's Name / والد یا شوہر کا نام :	_____
Gender / جنس :	_____
Marital Status / ازدواجی حیثیت :	_____
CNIC / شناختی کارڈ نمبر :	_____
Date of birth / تاریخ پیدائش :	_____
Occupation / پیشہ :	_____
Business Address / کاروباری پتہ :	_____

Deceased covered with any other Assurance Company?
(If Yes, provide details)

کیا مرحوم / مرحومہ کی کسی اور اشورنس کمپنی سے اشورنس ہے؟ اگر ہے تو تفصیل فراہم کریں

Sr. No نمبر شمار	Name of Company کمپنی کا نام	Policy No. پالیسی نمبر	Issuance Date اجراء کی تاریخ	Address and Contact No پتہ اور رابطہ نمبر	Amount of Claim دعویٰ کی رقم	Claim Received حاصل شدہ کلیم کی رقم
1						
2						
3						

Event Details انتقال کے وقت کی معلومات

Date of death / تاریخ وفات : _____ Time of death / وفات کا وقت : (:) AM / PM Place of death / وفات کی جگہ : _____

Type of death / موت کی قسم : Natural / طبعی Accidental / حادثاتی Cause of death / موت کی وجہ : _____

Duration of illness / بیماری کا دورانیہ : _____ to / سے _____

Was the deceased suffering from any of the below diseases? کیا مرحوم / مرحومہ فرد مندرجہ ذیل کسی بیماری میں مبتلا تھا؟

Sr. No نمبر شمار	Disease بیماری	Yes/No ہاں / نہیں	Duration دورانیہ	Disease بیماری	Yes/No ہاں / نہیں	Duration دورانیہ
1	Diabetes ذیابیطس / شوگر			Heart Disease مرض قلب / دل کی بیماری		
2	Hypertension ہائی بلڈ پریشر			Asthma دمہ / سانس کی بیماری		
3	Hepatitis ہیپاٹائٹس			Psychiatric/ Mental disease نفسیاتی / دماغی بیماری		
4	Cancer کینسر			Any other disease (Please mention the name) کوئی اور بیماری (نام تحریر کریں)		
5	Liver Disease جگر کی بیماری					
6	Kidney Disease گردے کی بیماری					

Illness Details بیماری کی تفصیلات Accident Details (If any) حادثے کی تفصیلات

Date of Diagnosis تاریخ تشخیص	Details about Diagnosis بیماری کے بارے میں تفصیلات

Date of Accident حادثے کی تاریخ	Details about accident حادثے کے بارے میں تفصیلات

Treatment details taken prior to death: وفات سے قبل علاج کی تفصیلات

Sr. No نمبر شمار	Name of Hospital / Doctor Treated ہسپتال / ڈاکٹر کا نام جہاں علاج کروایا	Name of Disease بیماری کا نام علاج	Treatment Duration علاج کی مدت	Contact No. رابطہ نمبر	Correspondence Address خط و کتابت کا پتہ
1					
2					
3					

Declaration اقرار نامہ

I/We, as a claimant, hereby declare that the information provided in the form is true and complete to the best of my/our knowledge, belief, and record. I also hereby authorize Adamjee Life Assurance Company Limited to seek and obtain information from any doctor, hospital, laboratory, any other organization or person that has any record information or knowledge of health/treatment or other related information that Adamjee Life deems necessary to obtain prior to claim approval and from any other Assurance Company / Takaful operator to which a proposal has been made at any point in the past.

میں ایک دعوے دار کے طور پر اس بات کا اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا فراہم کردہ تمام معلومات بالکل درست ہیں اور میں اس بات کی بھی تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے آدھی لائف ونڈو تکمیل آپریٹرز کو اجازت دی ہے کہ وہ ڈاکٹر، ہسپتال، لیبارٹری یا کسی بھی ادارے کے شخص یا کوئی بھی اشورنس کمپنی سے یہ شدہ فرد کے بارے میں بھی معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔

The Bank is acting as a corporate insurance agent of Adamjee Life Assurance which underwrites policy and the Bank shall not be held responsible for any liability under the policy in any manner whatsoever to the policyholder(s) or claimant(s). (In Incase of bancassurance policy)

صرف بینک اشورنس کی صورت میں بینک آدھی لائف کمپنی لمیٹڈ کے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کر رہا ہے جو کہ پالیسی انڈر رائٹرز ہے اور بینک لائف اشورنس پالیسی کے تحت بیمہ دار، اسکے نامدار یا اور تہا کو کسی بھی طرح کسی بھی حکیم کی ذمہ داری کا پابند نہیں ہوگا۔

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

میں آدھی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ میری پالیسی کے لئے نادرا سے ویرسٹس نکال سکتے ہیں۔

Claimant's Signature

دعوے دار کے دستخط

Name Of Witness & CNIC

گواہ کا نام اور شناختی کارڈ نمبر

Witness Signature

گواہ کے دستخط

Date of Statement

بیان کی تاریخ

Adamjee Life Assurance . 3rd floor, Adamjee House, I.I Chundrigar Road, Karachi Pakistan

Tel: (92-21)111-11-5433(LIFE) (Ext: 114) Claims Department: (92-346)8209366, Email: help_claims@adamjeelife.com, Web: www.adamjeelife.com

آدھی لائف اشورنس 3 منزل، آدھی ہاؤس، آئی آئی چندر گار روڈ، 3 منزل، آئی آئی چندر گار روڈ، کراچی 7400 رابطہ نمبر: (92-21)111-11-5433(LIFE)(Ext: 114)

www.adamjeelife.com: ویب سائٹ help_claims@adamjeelife.com: ای میل 92346- 8209366: کلیمرز ڈیپارٹمنٹ