



Adamjee Life Assurance Co. Ltd  
3rd Floor, Adamjee House,  
I.I. Chundrigar Road, Karachi - 74000 PAKISTAN

## ADAMJEE LIFE ASSURANCE CO. LTD

### DISABILITY CLAIM FORM - INDIVIDUAL LIFE

معذوری کا دعویٰ فارم - 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 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- کلیم دائر کرنے کیلئے یہ فارم حامل بیمہ پارٹنیشنٹ کی طرف سے ہی مکمل کیا جانا چاہیے کسی بھی غلطی یا ممکنہ درستگی کا خیال رکھتے ہوئے اس فارم کو ایک ہی قلم سے پُر کیجئے
- 2- برائے مہربانی فارم کو مکمل طور پر پُر کریں تاکہ فارم پر دوسری سبب میں تاخیر کا سبب بن سکتا ہے
- 3- 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	ڈاکٹر کا کلیم فارم	<input type="checkbox"/>
CNIC - Life assured	بیمہ شدہ کا شناختی کارڈ	<input type="checkbox"/>
Photograph of Life assured	بیمہ شدہ کی تصویر	<input type="checkbox"/>

Hospitalization, Medical Treatment Records	علاج کارڈ، میڈیکل کارڈ	<input type="checkbox"/>
Policy holder original policy documents	پالیسی ہولڈر کے اصل دستاویزات	<input type="checkbox"/>
X - Ray	ایکس رے	<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 : \_\_\_\_\_  
 Contact Number / رابطہ نمبر : \_\_\_\_\_ E mail ID / ای میل ایڈریس : \_\_\_\_\_ D.O.B / تاریخ پیدائش :

#### Claim Payment Information

کلیم ادا کیلئے درکار معلومات

Direct Transfer in IBFT Account  آئی بی ایف ٹی سے بینک اکاؤنٹ میں ٹرانسفر  Cheque  چیک  
 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 Policy Owner/Life Assured

پالیسی مالک / لائف اشور ایڈ کی معلومات

Policy Owner	پالیسی 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 :	_____

Are you insured with some other assurance company?  
(If Yes, provide details)

کیا آپ کی کسی اور انشورنس کمپنی سے انشورنس 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

بیماری کی معلومات

Date of Disability / تاریخ معذوری : \_\_\_\_\_ Place of Disability / معذوری کی جگہ : \_\_\_\_\_

Type of Disability / معذوری کی قسم : illness / بیماری  Accidental / حادثاتی  Cause of illness / بیماری کی وجہ : \_\_\_\_\_

Duration of illness / بیماری کا دورانیہ : \_\_\_\_\_ to / سے \_\_\_\_\_

Are you insured suffering from any of the below diseases?

کیا آپ فرد مندرجہ ذیل کسی بیماری میں مبتلا ہیں؟

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					

## Occupational Details

کاروباری تفصیلات

When did you commence employment with your present employer

آپ نے اپنے موجودہ نوکری کے ساتھ ملازمت کا آغاز کب کیا

What was your main occupation at the point of your disability:

آپ کی معذوری کے وقت پر آپ کا بنیادی پیشہ کیا تھا

Name the exact duties that were being performed, that have been hindered as a result of your disability:

ان فرائض کے بارے میں بتائیں جو اس وقت انجام دی جا رہی تھیں، اور جو آپ کی معذوری کے نتیجے میں رکاوٹ بنی

Are you unable to currently perform your personal duties / occupational commitments / basic needs? If so, in what respect and up to when?

کیا آپ فی الحال اپنے ذاتی فرائض / پیشہ ورانہ وعدوں / بنیادی ضروریات کو انجام دینے سے قاصر ہیں؟ اگر ہے تو، کس احترام میں اور کب تک؟

Has there been any improvement in your condition?

کیا آپ کی حالت میں کوئی بہتری آئی ہے؟

Last date at work before disability

معذوری سے پہلے کام کی آخری تاریخ

Date expected to return to work

کام پر جانے کی اندازن تاریخ

Sr. No نمبر شمار	Name of Hospital / Doctor Treated ہسپتال کا نام / علاج کردہ ڈاکٹر کا نام	Name of Assured Treated زیر علاج انشورڈ کا نام	Duration دورانیہ	Address and Contact No پتہ اور رابطہ نمبر
1				
2				
3				

بیماری کی تفصیلات	
Date of illness	تاریخ بیماری
	Details of illness
	بیماری کی تفصیلات

حادثے کی تفصیلات	
Date of Accident	تاریخ حادثے
	Details of Accident
	حادثے کی تفصیلات

### اقرارنامہ

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 Co. Ltd 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 accredited information that its derivation deems necessary to obtain prior to claim approval and from any other Insurance company to which a proposal has at any time been made.

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 آدمجی لائف اشورنس کمپنی کو اجازت دی ہے کہ وہ ڈاکٹر، ہسپتال، لیبارٹری یا کسی بھی ادارے کے شخص یا کوئی بھی اشورنس کمپنی سے بیمہ شدہ فرد کے بارے میں بھی معلومات حاصل کر سکتی ہے۔

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 بینکا اشورنس کی صورت میں بینک آدمجی لائف کمپنی لمیٹڈ کے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کر رہا ہے جو کہ پالیسی انڈر رائٹر ہے اور بینک لائف اشورنس پالیسی کے تحت بیمہ دار، انکے نامدار یا ورثاء کو کسی بھی طرح کسی بھی کلیم 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 آدمجی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ میری پالیسی کے لئے نادر سے ویریس نکال سکتے ہیں۔

# adamjee life

### Declaration

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 Co.Ltd. 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

آدمجی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ 3 منزل، آدمجی ہاؤس، آئی آئی چندریگر روڈ کراچی 7400 رابطہ نمبر: (92-21)111-11-5433(LIFE)(Ext: 114)

www.adamjeelife.com: ویب سائٹ help\_claims@adamjeelife.com: ای میل 346-92 8209366 کلیمز ڈیپارٹمنٹ