

All sections marked with an asterisk (*) are mandatory and must be completed.

تمام خانے جن پر (*) کا نشان ہے، لازمی ہیں اور انہیں مکمل طور پر پُر کرنا ضروری ہے۔

A. Claim Type*

دعویٰ کی قسم *

- ☐ Natural Death ☐ Accidental Death ☐ Total permanent disability (TPD) ☐ Partial permanent disability (PPD)
 قدرتی موت حادثاتی موت مستقل مکمل معذورگی جزوی مستقل معذورگی
☐ Total temporary disability (TTD) ☐ Accidental Medical Reimbursement (AMR)
 عارضی مکمل معذورگی حادثاتی طبی معاوضہ

B. Policy Information / Details of Employer*

پالیسی کی معلومات / آجر کی تفصیلات *

Policy Number _____ Name of Policy Holder _____
 پالیسی نمبر _____ پالیسی ہولڈر کا نام _____

Email address _____ Contact No. _____
ای میل ایڈریس _____ رابطہ نمبر _____

C. Deceased / Claimant Information*

مرحوم / دعوی دار کی معلومات *

Name of Insured _____
 تيمه شخړه کاناام

Date of Birth DDMMYY Gender: ☐ Male ☐ Female CNIC [][][][] - [][][][][][][][][][] - [][][][][][][][][][]

Employee Code / ID	Contact details of the beneficiary / Claimant
ملازم نمبر / آئی ڈی	نامزد یا دعویہ دار سے رابطہ کی تفصیلات

Current occupation, designation and grade _____
 موجودہ پیشہ، عہدہ اور گریڈ

Date of joining Current Salary: Basic Gross Allowances

Last Date of Duty Date of Last Revision of Salary/Designation

Give details of leave of absence, disablement leave or temporary layoff during the last 12 months preceding death:

وفات سے پہلے آخری 12 ماہ کے دوران چھٹی، معدوری کی چھٹی یا عارضی برطرفی کی تفصیلات دیں

From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves** From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves**
From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves** From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves**
From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves** From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves**
From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves** From

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 to

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

 Nature of Leaves**

** Refers to all forms of leaves, such as annual leave, casual leave, sick/medical leave, parental/special leaves and unpaid leave.

اس سے مراد رچھٹیوں کی تمام اقسام ہیں، جیسا کہ سالانہ چھٹی، عارضی چھٹی، بیماری / طبی چھٹی، پیرینٹل / خصوصی چھٹا اور بلا تنخواہ چھٹی۔

D. Incident Information*

واقعہ کی معلومات *

☐ **Claim Type:** Death/Accidental death دعویٰ کی قسم: موت / حادثاتی موت

Date of Death Last working day

Cause of Death ☐ Natural ☐ Accidental ☐ Murder ☐ Suicide Place of Accident/Incident

Was a Police report registered? ☐ Yes ☐ No
 پولیس رپورٹ درج کرائی گئی؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

Any postmortem done? ☐ Yes ☐ No
 کاسٹ پوسٹمورٹم کیا گیا؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

Brief Details of accident (in case of accidental death):

☐ **Claim Type:** Temporary total disability (TTD) Sickness/Accident (بیماری / حادثہ)

Disability Due to? ☐ Accidental ☐ Sickness
معذوری کی وجہ حادثہ بیماری

Date of occurrence of disability/illness Duration of leaves/sickness From To

Cause of Disability _____

Has the Employee returned to work? ☐ Yes ☐ No If yes, date returned to work

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Brief Details of Accident/Illness	
حادیث / بیماری کی مختصر وضاحت	

☐ **Claim Type:** Permanent Total/Partial Disability (PTD/PPD) Accident/sickness (دعویٰ کی قسم: مستقل مکمل / جزوی معذوری (حادثاتی / بیماری)

Disability Due to? ☐ Accidental ☐ Sickness Date of occurrence of Disability/Illness DDMMYY
معذوری کی وجہ حادثہ بیماری معذوری / بیماری واقع ہونے کی تاریخ

Last Working Day DDMMYY
ملازمت کا آخری دن

Cause of Disability _____ In case of Illness, first date of signs & symptoms: DDMMYY
معذوری کی وجہ بیماری کی صورت میں، پہلی علامت ظاہر ہونے کی تاریخ

Brief Details of Accident/Illness _____
حادثہ / بیماری کی مختصر وضاحت

☐ **Claim Type:** Accidental Medical Reimbursement (AMR) (دعویٰ کی قسم: حادثاتی طبی معاوضہ)

Date of Accident DDMMYY Place of accident _____ Cause of Accident _____
حادثہ کی تاریخ حادثہ کی جگہ حادثہ کی وجہ

Time period confined to hospital From DDMMYY To DDMMYY
ہسپتال میں داخلے کی مدت

Hospital Name _____
ہسپتال کا نام

E. Supporting Documents

معاون دستاویزات

Death/Accidental Death موت / حادثاتی موت	Disability (Accidental / Medical) معذوری (حادثاتی / طبی)	Accidental Medical Reimbursement حادثاتی طبی معاوضہ
☐ Physician's Statement (Which Is To Be Filled By The Last Attending Physician) معالج کا بیان فارم (پیر شدہ کے آخری حاضر والے معالج کے ذریعہ پُر کیا جائے گا)	☐ Attending Physician Report موجودہ / حاضر معالج کی رپورٹ	☐ Physician's Statement (Which Is To Be Filled By The Last Attending Physician) معالج کا بیان فارم (پیر شدہ کے آخری حاضر والے معالج کے ذریعہ پُر کیا جائے گا)
☐ Copy of Valid CNIC درست شناختی کارڈ کی کاپی	☐ Copy of Valid CNIC درست شناختی کارڈ کی کاپی	☐ Copy of Valid CNIC درست شناختی کارڈ کی کاپی
☐ Verified Copy of Hospital Death Certificate تہستال سے جاری کردہ وفات کے سرٹیفکیٹ کی تصدیق شدہ کاپی	☐ Complete Medical Records مکمل / تمام طبی ریکارڈز	☐ Complete Medical Records مکمل / تمام طبی ریکارڈز
☐ Copy of Salary Slip تنخواہ کی رسید کی کاپی	☐ Copy of Salary Slip تنخواہ کی رسید کی کاپی	☐ Copy of Salary Slip تنخواہ کی رسید کی کاپی
☐ Copy of leave record for the past 12 months گزشتہ 12 ماہ کے چھٹیوں کے ریکارڈ کی کاپی	☐ Copy of Disability Certificate معذوری سرٹیفکیٹ کی کاپی	☐ Final Itemized Original bills حتمی تفصیلی اصل بلز
☐ Verified Copy of Union Council/NADRA Death Certificate یونین کاؤنسل / نادرا وفات سرٹیفکیٹ کی تصدیق شدہ کاپی	☐ X-Rays Film And Reports ایکس ریز فلم اور رپورٹس	☐ Others: _____ دیگر
☐ Others: _____ دیگر	☐ Clear Photograph Of The Employee With Amputated Injury ملازم کی واضح تصویر جس میں کٹے ہوئے عضو کی چوٹ نمایاں ہو	
	☐ Hospital Records of Admission And Details of Treatment ہسپتال میں داخلے کا ریکارڈ اور علاج کی تفصیلات	
	☐ Computerized Leave Records From Date of Injury Till Return To Work چوٹ لگنے کی تاریخ سے کام پر واپسی تک کے کمپیوٹر اترڈ چھٹی کار ریکارڈ	
	☐ Others: _____ دیگر	

Please note that the above documents are basic in nature to initiate claims process. During assessment, the claim examiner reserves the right to call for any further document(s) (براہ کرم نوٹ کریں کہ مذکورہ بالا دستاویزات کلیمز کا عمل شروع کرنے کے لیے بنیادی نوعیت کی ہیں۔ جائزے کے دوران، کلیم ایگزامینر کو یہ حق حاصل ہے کہ وہ کسی بھی مزید دستاویزات (ات) کا تقاضا کر سکے۔)

F. Declaration

اقرار نامہ

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 تصدیق کرتے ہیں کہ مذکورہ بالا معلومات ہمارے علم کے مطابق درست صحیح اور مکمل ہیں۔ مزید یہ کہ ہم یہ بھی اعلان کرتے ہیں کہ کوئی بھی متعلقہ معلومات چھپائی نہیں گئی ہیں اور ہمارا یقین ہے کہ مذکورہ بیمہ شدہ شخص وہی فرد ہے جو آدم جی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کے جاری کردہ گروپ انشورنس پلان کے تحت بیمہ شدہ ہے۔

Date: DDMMYY
تاریخ

Name of Authorized Officer: _____
مجازی افسر کا نام

Signature of Authorized Officer
مجازی افسر کے دستخط

Official Stamp
دفتری اسٹامپ

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