



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

Date of Accident  Place of accident  Cause of Accident   
 حادثہ کی تاریخ حادثہ کی جگہ حادثہ کی وجہ  
 Time period confined to hospital From  To   
 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
<input type="checkbox"/> Physician's Statement (Which Is To Be Filled By The Last Attending Physician) معالج کا بیان فارم (بیمہ شدہ کے آخری حاضر والے معالج کے ذریعہ پُر کیا جائے گا)	<input type="checkbox"/> Attending Physician Report موجودہ / حاضر معالج کی رپورٹ	<input type="checkbox"/> Physician's Statement (Which Is To Be Filled By The Last Attending Physician) معالج کا بیان فارم (بیمہ شدہ کے آخری حاضر والے معالج کے ذریعہ پُر کیا جائے گا)
<input type="checkbox"/> Copy of Valid CNIC درست شناختی کارڈ کی کاپی	<input type="checkbox"/> Copy of Valid CNIC درست شناختی کارڈ کی کاپی	<input type="checkbox"/> Copy of Valid CNIC درست شناختی کارڈ کی کاپی
<input type="checkbox"/> Verified Copy of Hospital Death Certificate ہسپتال سے جاری کردہ وفات کے سرٹیفکیٹ کی تصدیق شدہ کاپی	<input type="checkbox"/> Complete Medical Records مکمل / تمام طبی ریکارڈز	<input type="checkbox"/> Complete Medical Records مکمل / تمام طبی ریکارڈز
<input type="checkbox"/> Copy of Salary Slip تنخواہ کی رسید کی کاپی	<input type="checkbox"/> Copy of Salary Slip تنخواہ کی رسید کی کاپی	<input type="checkbox"/> Copy of Salary Slip تنخواہ کی رسید کی کاپی
<input type="checkbox"/> Verified Copy of Union Council/NADRA Death Certificate یونین کونسل / نادرا وفات سرٹیفکیٹ کی تصدیق شدہ کاپی	<input type="checkbox"/> Copy of Disability Certificate معذوری سرٹیفکیٹ کی کاپی	<input type="checkbox"/> Final Itemized Original bills حتمی تفصیلی اصل بلز
<input type="checkbox"/> Others: دیگر	<input type="checkbox"/> X-Rays Film And Reports ایس ریز فلم اور رپورٹس	<input type="checkbox"/> Others: دیگر
	<input type="checkbox"/> Clear Photograph Of The Employee With Amputated Injury ملازم کی واضح تصویر جس میں کٹے ہوئے عضو کی چوٹ نمایاں ہو	
	<input type="checkbox"/> Hospital Records of Admission And Details of Treatment ہسپتال میں داخلے کا ریکارڈ اور علاج کی تفصیلات	
	<input type="checkbox"/> Computerized Leave Records From Date of Injury Till Return To Work چوٹ لگنے کی تاریخ سے کام پر واپسی تک کے کمپیوٹرائزڈ چھٹی کار ریکارڈ	
	<input type="checkbox"/> Others: دیگر	

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 انشورنس کمپنی لمیٹڈ کے جاری کردہ گروپ انشورنس پلان کے تحت بیمہ شدہ ہے۔

Date:   
تاریخ

Name of Authorized Officer: \_\_\_\_\_  
مجاز افسر کا نام

Signature of Authorized Officer  
مجاز افسر کے دستخط

Official Stamp  
دفتری اسٹامپ