

Deceased Information

مرحوم / مرحومہ کی معلومات

Deceased Name: _____ / Father/Husband's Name: _____
 Address of deceased: _____
 Date of birth: _____

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: _____
 Type of death: Natural / Accidental / Interval between onset and death: () / Days
 Name of Hospital (If died in hospital): _____

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: _____ / Date: _____

Second Complaint about current illness: _____ / Date: _____

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 No

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 / Time of accident: (:) AM / PM (If yes, please attach findings) / Describe event in detail

Investigation held? Yes No

(If yes, please attach findings) (اگر ہاں، تو برائے مہربانی نتائج منسلک کریں)

Autopsy Performed? Yes No

(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 بیمہ کا ڈاکٹر اس بات کی تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا تمام معلومات مکمل اور درست ہیں

Signature & Duly Stamp with date

دستخط اور مہر تاریخ کے ساتھ