

اسٹیٹ لائف بلڈنگ نمبر 2، ویلیس روڈ
پوسٹ بکس 4599 کراچی 74000
ٹیلیفون : 9217001-19
UAN : 111-555-888
Ext. : 3129
تارکاپتہ : بیمہ زندگی
فیکس : 9217025

فارم الف

اسٹیٹ لائف 
انسورنس کارپوریشن آف پاکستان
کراچی سدرن زون

دعویٰ دار کا بیان

پالیسی نمبر: _____ مرحوم بیمہ دار کا نام: _____

اس فارم کو مکمل کرنے کیلئے ہدایات

- یہ فارم ایسا شخص پر کر سکتا ہے جو متعلقہ بیمہ پالیسی کے تحت فوتگی کلیم کا دعویٰ دار ہو یعنی نامزد کردہ، سرپرست، Trustee، مغضض آلیہ یا وارث جیسی بھی صورت ہو۔
- ایک سے زائد دعویٰ دار کی صورت میں، ہر دعویٰ دار کو علیحدہ فارم مکمل کرنا ہوگا۔
- برائے مہربانی مکمل معلومات فراہم کریں۔ نامکمل فارم قابل قبول نہ ہوگا۔
- فارم کو صاف ستھری لکھائی میں مکمل کریں۔

1 - برائے مہربانی اپنے بارے میں مندرجہ ذیل معلومات فراہم کریں

نام: _____ ولد/زوجہ: _____ شناختی کارڈ نمبر: _____

عمر یا تاریخ پیدائش: _____ پیشہ: _____

مکمل پتہ: _____

فون نمبر: _____ فیکس نمبر: _____ ای میل کا پتہ: _____

مرحوم بیمہ دار سے رشتہ: _____

2 - درج ذیل میں آپ کے دعویٰ کو ظاہر کرنے والے عنوان پر نشان (✓) لگائیے

وارث

مغضض آلیہ

Trustee

سرپرست

نامزد کردہ

3 - مرحوم بیمہ دار کے متعلق درج ذیل معلومات فراہم کریں

نام: _____ ولد/زوجہ: _____ شناختی کارڈ نمبر: _____

وفات سے قبل پیشہ: _____ عمر بوقت وفات: _____

تاریخ وفات: _____ جائے وفات: _____

فوری وجہ موت: _____ جان لیوا بیماری کی مدت: _____

وفات سے قبل پتہ: _____

4 - مرحوم بیمہ دار کی دیگر بیمہ پالیسیوں کے متعلق معلومات فراہم کریں

پالیسی نمبر: _____

تاریخ اجرا: _____

اجراء کرنے والے دفتر کا نام و پتہ: _____

5- (الف) مرحوم بیمہ دار نے پہلی مرتبہ خرابی طبع کا اظہار کب کیا؟

(ب) ظاہر کردہ شکایت کی نوعیت کیا تھی؟

6- وفات سے قبل جن ڈاکٹروں یا ہسپتالوں سے رابطہ کیا، ان کی تفصیل بیان کریں؟

(الف) ڈاکٹر یا ہسپتال کا نام: _____

پتہ: _____

علاج کی تاریخ: _____ شکایت یا بیماری: _____

(ب) ڈاکٹر یا ہسپتال کا نام: _____

پتہ: _____

علاج کی تاریخ: _____ شکایت یا بیماری: _____

7- مرحوم بیمہ دار کی گزشتہ تین سال کی بیماریوں کے متعلق درج ذیل معلومات فراہم کریں۔

بیماری کی نوعیت	علاج کرانے کی تاریخ	ڈاکٹر کا نام اور پتہ

8- مرحوم بیمہ دار کے لواحقین کی تفصیلات تحریر کریں۔

مرحوم بیمہ دار سے رشتہ	عمریں	نام

9- اگر بیمہ دار نے کوئی وصیت چھوڑی ہو تو اس کی ایک کاپی منسلک کریں۔

اقرار نامہ:

میں حلفیہ بیان کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام سوالات کے جوابات مکمل طور پر درج کئے گئے ہیں اور میں نے کسی حقیقت احوال کی پردہ پوشی نہیں کی ہے۔ میں ہر اس شفا خانے، معالج، اور طبیب کو جہاں سے متوفی بیمہ دار نے علاج کرایا تھا اس امر کی اجازت دیتا ہوں/دیتی ہوں کہ وہ عندالطلب اسٹیٹ لائف کو متوفی بیمہ دار کی صحت و علاج اور تشخیص کے بارے میں مکمل معلومات فراہم کرے۔

مقام دستخط _____ تاریخ دستخط _____

(دستخط دعویٰ دار)

تصدیق نامہ: (اس فارم کے مندرجات کی تصدیق کسی جنس آف پیس، جج، مجسٹریٹ، اڈووکیٹ، گزٹڈ افسر، ناظم، نائب ناظم، اسٹیٹ لائف کے انتظامی افسر جو اسٹیٹ فیئر سے کم نہ ہو یا ایئر یا نیجر سے کرائی جاسکتی ہے بشرطیکہ یہ افسر دعویٰ دار کو ذاتی طور پر جانتا ہو)

میں تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ دعویٰ دار نے اپنے دستخط میرے سامنے کئے ہیں اور میں دعویٰ دار کے شناختی کارڈ کو دیکھ لیا ہے

دستخط بمعہ مہز _____ تاریخ: _____ نام: _____

شناختی کارڈ نمبر: _____ پتہ: _____