



دعویٰ دار کا بیان

پالیسی نمبر _____ مرحوم بیمہ دار کا نام _____

اس فارم کو مکمل کرنے کے لئے ہدایات

- یہ فارم ایسا شخص پر کر سکتا ہے جو متعلقہ بیمہ پالیسی کے تحت فوجیدگی کلیم کا دعویٰ دار ہو یعنی نامزد کردہ سرپرست Trustee مفوض 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، ناکمیل فارم قابل قبول نہ ہوگا۔
- فارم کو صاف ستھری لکھائی میں مکمل کریں۔
- کلیم فارم کے اجراء کا مطلب یہ نہیں ہے کہ پالیسی کے تحت دعویٰ قبول کر لیا گیا ہے یا کارپوریشن نے پالیسی کے معاہدے کے ذریعے سے حاصل کردہ حقوق کو ختم کر دیا ہے۔ ایٹٹ لائف کسی بھی دوسری معلومات، دستاویز اور ثبوت کو طلب کرنے کا حق محفوظ رکھتی ہے، جیسے وہ ضروری سمجھے۔

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 _____ ای میل کا پتہ _____

مرحوم بیمہ دار سے رشتہ _____

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

نامزد کردہ سرپرست Trustee مفوض آلیہ وارث

3. بینک اکاؤنٹ نمبر _____ بینک _____

برانچ اور پتہ _____ بینکر کے ذریعے تصدیق (مہر اور دستخط)

آئی بی اے ان نمبر _____

4. 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 _____

5. مرحوم بیمہ دار کی دیگر بیمہ پالیسیوں کے متعلق معلومات فراہم کریں۔

پالیسی نمبر _____

تاریخ اجراء _____

اجراء کرنے والے دفتر کا نام و پتہ _____

6. الف) مرحوم بیمہ دار نے پہلی مرتبہ خرابی طبع کا اظہار کب کیا؟

ب) ظاہر کردہ شکایت کی نوعیت کیا تھی؟



7. 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 _____

8. مرحوم بیمہ دار کی گزشتہ تین سال کی بیماریوں کے متعلق درج ذیل معلومات فراہم کریں اور میڈیکل فائل اگر کوئی ہو تو فراہم کریں۔

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

9. مرحوم بیمہ دار کے لواحقین کی تفصیلات تحریر کریں۔

مرحوم بیمہ دارت رشتہ	عمریں	نام

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

11. اقرار نامہ

الف) میں اس کے ذریعہ تسلیم کرتا ہوں کہ بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات کا اشتراک، یا اس طرح کی معلومات کے حصول یا فراہمی، کلیم کی ادائیگی کے طور پر نہیں لیا جائے گا۔ یہ طریقہ کار مکمل طور پر دعویٰ کی سہولت کے لئے ہے اور اسٹیٹ لائف کی جانب سے کلیم کی منظوری پر منحصر ہے۔ اس طرح کا کوئی بھی بھوٹی، اگر کیا جاتا ہے تو معاہدے میں بیان کردہ شرائط کے مطابق دعوے کا مکمل اور مستعدی سے جائزہ لیا جائے گا۔

ب) 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 شفاخانے، معالج اور طبیب کو جہاں سے متوفی بیمہ دار نے علان کر دیا تھا۔ اس امر کی اجازت دیتا ہوں ادیتی ہوں کہ عند الطلب اسٹیٹ لائف کو توفی بیمہ دار کی صحت و علاج اور تشخیص کے بارے میں مکمل معلومات فراہم کرے۔

مقام و دستخط _____ تاریخ دستخط _____

(دستخط دعویٰ دار)

12. تصدیق نامہ۔ اس فارم کے مندرجات کی تصدیق کسی جنس آف ہیں، جج مجسٹریٹ گرینڈ افسر، اسٹیٹ لائف کے انتظامی افسر جو اسٹیٹ منیجر سے کم نہ ہو یا ایریا منیجر سے کرائی جاسکتی ہے۔ بشرطیکہ یا فسر ۱۲ 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 نے دعویٰ دار کے شناختی کارڈ کو دیکھ لیا ہے۔