



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، نامکمل 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۔
- ایٹھ 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 ذریعہ 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۔

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

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

نام	عمر	مرحوم بیمہ دارت رشتہ

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 دعویدار 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 شفا خانے، 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 دعوی دار)

12. تصدیق نامہ۔ اس فارم کے مندرجات کی تصدیق کسی جنس آف ہیں، جج مجسٹریٹ گرینڈ افسر، اسٹیٹ لائف کے انتظامی افسر جو اسٹنٹ منیجر سے کم نہ ہو یا ایریا منیجر سے کرائی جاسکتی ہے۔ بشرطیکہ یا فسر ۱۲ دعوی دار کو ذاتی طور پر جانتا ہو۔

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