



کلیم فارم۔ سی
(فارم IV-C)
اسٹیٹ لائف انشورنس کارپوریشن آف پاکستان
شناخت کی سند

پالیسی نمبر _____ دعوی دار کا نام _____

اس فارم کو بھرنے کی ہدایات:

- اس فارم کو وہ فرد بھرے گا جو مرحوم بیمہ دار کو جانتا ہو لیکن اس کا رشتہ دار نہ ہو اور اس کو بیمہ کی رقم میں کوئی دلچسپی نہ ہو۔
- برائے مہربانی مکمل معلومات فراہم کریں۔ نامکمل اور خالی فارمز کو زیر غور نہیں لائے جائے گا۔
- برائے مہربانی فارم پر صاف اور واضح انداز میں لکھیے اور کاٹنے اور بار بار شیج کرنے سے گریز کریں۔

میں _____ اس کے ذریعے سے اقرار کرتا ہوں کہ میں جناب محترمہ آنسہ _____ ولد / بنت / زوجہ _____

انتقال سے قبل جن کی رہائش _____ پر تھی وہ اس جگہ _____ سالوں _____

مہینوں سے دور ہے تھے اور جن کی عمر انتقال کے وقت تقریباً _____ سال تھی اور جن کا انتقال تاریخ _____ مہینہ _____

سال _____ کو ہوا۔ ان کا انتقال _____ (بیماری) میں _____ سال _____

مہینے بتلا رہے ہیں۔

ان کی ذاتی جسمانی ساخت اس طرح کی تھی: _____

میں مسلم ہوں کہ مرحوم وہی شخصیت تھے جن کو اسٹیٹ لائف انشورنس کارپوریشن آف پاکستان نے پالیسی _____

(سال) میں جاری کی تھی اور جن کے انتقال پر اب دعویٰ اسٹیٹ لائف پر دعویٰ کر رہا ہے۔

دستخط کا مقام _____ تاریخ _____ مہینہ _____ سال _____

دستخط _____ نام _____

پتہ _____

موبائل فون نمبر: _____ ای میل: _____ فیکس نمبر: _____

قومی شناختی کارڈ نمبر: _____

تصدیق:

درج بالا بیان کی تصدیق لازمی طور پر گریڈڈ آفیسر، ناظم، نائب ناظم موسیانی کے چیف ایگزیکٹو آفیسر، جنس آف ہیں، مجسٹریٹ کلیکٹر یا اس علاقے یا ضلع کے بیچ کریں گے جس علاقے میں بیمہ دار کا انتقال

ہوا ہو یا اسٹیٹ لائف کا کوئی آفیسر ہو۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ دعوی دار نے اس بیان پر میرے سامنے دستخط کیے ہیں اور میں نے اس کے شناختی کارڈ کی تصدیق کی ہے۔

دستخط جمع مہر _____ تاریخ _____

نام _____ پتہ _____

موبائل فون نمبر: _____ فیکس نمبر: _____

قومی شناختی کارڈ نمبر: _____