

ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
CLAIMANT STATEMENT
CLAIM FORM 'A'



عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
کلیم داخل کرنے والے کا بیان۔ کلیم فارم "الف"

(To be filled-in by the person legally entitled to the policy moneys. Answers must be given in legible words. Strokes of pen, dots & dashes should be avoided).
(پالیسی کی رقم کے قانونی طور پر مجاز فرد کی جانب سے مکمل کیا جائے۔ جوابات جلی حروف میں دیے جائیں۔ قلم کے نشان بکتوں یا گھسیٹ کر لکھنے سے احتراز کیا جائے)

Policy No. پالیسی نمبر _____ on the Life of Late مرحومہ/مرحوم نام _____

1. i) Name of the Claimant ii) C.N.I.C. No. (Attach a photocopy) iii) Residence complete Address iv) Relationship with the deceased	i) - ۱ کلیم پیش کرنے والے کا نام ii) قومی شناختی کارڈ نمبر (نقل منسلک کیجئے) iii) مکمل رہائشی پتہ iv) مرحومہ/مرحوم سے رشتہ	
2. i) What is the nature of Title under which you claim the amount e.g., as executor or administrator or assignee or nominee? ii) If you are claiming on behalf of a minor, please state your exact relationship with him/her.	i) - ۲ آپ کس حیثیت میں رقم کا کلیم پیش کر رہے ہیں/کر رہی ہیں مثلاً مختارہ منتظم، متوفی یا نامزد کردہ؟ ii) اگر آپ کسی نابالغ کی جانب سے کلیم پیش کر رہے ہیں/کر رہی ہیں تو براہ مہربانی نابالغ سے اپنا اصل رشتہ تحریر کیجئے	
3. i) Name of the deceased ii) Age at death iii) Date of death iv) Place of death v) Immediate cause of death	i) - ۳ مرحومہ/مرحوم کا نام ii) وفات کے وقت عمر iii) وفات کی تاریخ iv) وفات کا مقام v) وفات کی فوری وجہ	
4. i) When did the deceased first complain of not being in usual good health? ii) Nature of illness then complained?	i) - ۴ مرحومہ/مرحوم نے اچھی صحت معمول پر نہ ہونے کی پہلی شکایت کب کی؟ ii) اس وقت کی بیماری کی شکایت کا نام؟	
5. i) The name (s) & address (es) of the medical attendant / Hospital during the last illness. ii) The name (s) & address (es) of the medical attendant / Hospital from whom deceased had medical treatment/con-sultations prior to the above during last three years.	i) - ۵ آخری بیماری کے دوران میڈیکل اٹینڈنٹ/ہسپتال کا/کے نام اور پتہ (پتے) ii) اوپر درج بیماری سے قبل آخری تین سالوں میں جس میڈیکل اٹینڈنٹ/ہسپتال سے مرحومہ/مرحوم نے طبی علاج حاصل کیا/مشورے حاصل کیے ان کا/کے نام اور پتہ (پتے)	
6. Is there any will?	۶۔ کوئی وصیت؟	
7. Had the deceased any other life insurance policy/policies on his/her life? If so, please give details: ۷۔ کیا مرحومہ/مرحوم نے اپنی حیات پر کوئی دیگر بیمہ حیات پالیسی لی ہوئی تھی؟ اگر ایسا ہو، تو تفصیلات فراہم کیجئے		
Name of Company کمپنی کا نام	Policy Number پالیسی نمبر	Year of Issue سنا اجراء

I do hereby declare that the answers to each and all above questions are full and true in each and every respect.

میں اقرار کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ درج بالا ہر ایک اور تمام سوالات کے جوابات ہر لحاظ سے مکمل اور درست ہیں۔

Signature: دستخط: _____

Address: پتہ: _____

Declared at _____ this _____ day of _____ 20_____ before me.

میری موجودگی میں بتاریخ _____ درج بالا اقرار کیا گیا۔

Counter-signature: تصدیق دستخط: _____

Designation: عہدہ: _____

Address: پتہ: _____

N.B. This certificate must be countersigned by a Gazetted Officer or Chief Executive Officer of Municipality or a District Judge.

نوٹ: اس سرٹیفکیٹ پر کسی سرکاری آفیسر یا بلدیات کے چیف ایگزیکٹو آفیسر یا ڈسٹرکٹ جج سے تصدیق ہونی چاہیے۔