ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
MEDICAL ATTENDANT'S CERTIFICATE - CLAIM FORM 'B'

askarilife

عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
میڈیکل اٹینڈنٹ سرٹیفکیٹ ۔ کلیم فارم "ب"

(To be completed by the attending Physician/Surgeon during his/her last illness)
(مرحوم/مرحومہ کی آخری بیماری کے دوران ان کو دیکھنے والے فزیشن/سرجن کی جانب سے مکمل کیا جائے)

Policy No. پالیسی نمبر _____

1. (a) i) Full Name of deceased مرحوم/مرحومہ کا نام ii) Deceased C.N.I.C. No. مرحوم/مرحومہ کا قومی شناختی کارڈ نمبر iii) Father's Husband's Name والد/شوہر کا نام iv) Mark of Identification علامتی نشان v) Occupation پیشہ vi) Residence Address رہائشی پتہ (b) i) Date of Death وفات کی تاریخ ii) Time of Death وفات کا وقت iii) Place of Death وفات کا مقام iv) Bed, Room, Ward No. if died in Hospital اگر وفات ہسپتال میں ہوئی تو بستر، کمرہ، وارڈ نمبر (c) i) Primary cause of death وفات کی بنیادی وجہ ii) Secondary cause of death وفات کی ثانوی وجہ	۱۔ الف) i) ii) ☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ iii) iv) v) vi) ب) i) ii) iii) iv) ج) i) ii)
2. (a) i) Are you deceased's regular Medical Attendant/ Family Physician? کیا آپ مرحوم/مرحومہ کے مستقل میڈیکل اٹینڈنٹ/فیملی فزیشن ہیں؟ ii) If so, for how long? اگر ہاں، تو کتنے عرصے (b) Please give details of all Consultant: براہ مہربانی تمام مشوروں کی تفصیلات فراہم کیجئے i) Dates تاریخیں ii) Complaints at Presentation آمد پر شکایات iii) Patient's ailment (s) History, please give details approximately with period of ailment (s) apart form the above. مریض کی بیماری (بیماریاں)؛ سابقہ تاریخ درج بالا سے ہٹ کر، بیماری (بیماریوں) کا لگ بھگ دورانیہ کی تفصیلات فراہم کیجئے iv) Treatment given کیا گیا علاج	۲۔ الف) i) ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں ii) ب) i) ii) iii) iv)
3. Was the deceased refereed to you by some other Doctors(s) Hospital/Specialist? کیا کسی اور ڈاکٹر، ہسپتال/اسپیشلسٹ نے مرحوم/مرحومہ کو آپ کے پاس بھیجا تھا؟ (a) If so, give name & address of that Doctors(s) Hospital/Specialist? اگر ایسا ہے، تو ڈاکٹر، ہسپتال/اسپیشلسٹ کا نام اور پتہ؟ (b) His diagnosis/observation اسکی تشخیص/مشاہدہ	۳۔ ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں الف) ب)
4. (a) i) Did you refer the deceased to any other Doctors(s) Hospital/Specialist? کیا آپ نے مرحوم/مرحومہ کسی اور ڈاکٹر، ہسپتال/اسپیشلسٹ کے پاس بھیجا تھا؟ ii) If so, please state your Diagnosis /Observation. اگر ہاں، تو اپنی تشخیص/مشاہدہ تحریر کیجئے (b) Name & Address of Doctor/Specialist /Hospital where Referred to: اگر ایسا ہے، تو جس ڈاکٹر، ہسپتال/اسپیشلسٹ کے پاس بھیجا، اسکا نام اور پتہ؟	۴۔ الف) i) ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں ii) ب)
5. Please give details of Pathological & Clinical Test (s) done. براہ مہربانی پیتھالوجی اور کلینیکل ٹیسٹوں کی تفصیلات فراہم کیجئے: a) Dates الف) تاریخیں b) Nature of Test (s). ب) ٹیسٹ (ٹیسٹس) کی نوعیت c) Findings ج) نتائج	۵۔

I, Dr. _____ Medical Attendant of deceased _____

DO HEREBY SOLEMNLY DECLARE THAT the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief.

میں، ڈاکٹر _____ ، مرحوم/مرحومہ کا میڈیکل اٹینڈنٹ، حلفیہ اقرار کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ درج بالا بیانات میرے علم اور یقین کے مطابق صحیح اور سچ پر مبنی ہیں۔

Signed at _____ this _____ day of _____ 20 _____

آج بروز _____ دستخط کیے گئے۔

Signature Of Witness: گواہ کے دستخط _____

Signature Of Medical Attendant: میڈیکل اٹینڈنٹ کے دستخط _____

Name Of The Witness: گواہ کا نام _____

Qualifacations: علمی قابلیت _____

Occupation: پیشہ _____

Regn. No.: ریجن نمبر _____

Postal Address: ڈاک پتہ _____

Postal Address: ڈاک پتہ _____

_____

_____

If the Medical Attendant is one of the Company's authorized Medical Examiners his signature on the Certificate ma be witnessed by any person of known character and responsibility other than a relative of the deceased. In other case, the witness must be a Gazatted Officer on Chief Executive Officer of Municipality or a District Judge.

اگر میڈیکل اٹینڈنٹ کسی کمپنی کے منظور شدہ میڈیکل ایگزامنرز میں سے کوئی ہو تو اس سرٹیفکیٹ پر، مرحوم/مرحومہ کے رشتہ دار کے علاوہ، کوئی اچھے کردار اور ذمہ دارے کے حامل فرد کی گواہی چاہیے۔ بصورت دیگر، یہ گواہ کوئی سرکاری آفیسر یا بلدیات کا چیف ایگزیکیوٹو آفیسر یا ڈسٹرکٹ جج ہونا چاہیے۔