

ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
CLAIM INTIMATION FORM



عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
اطلاعی فارم برائے کلیم

THIS FORM IS TO BE FILLED BY THE CLAIMANT/NOMINEE

یہ فارم کلیم داخل کرنے والے/نامزد کردہ نے مکمل کرنا ہے

Important Instructions:

1. Please complete the form in capital letters.
2. Give full answers to all questions.
3. In case of more than one claimant, a separate form will be required for each Claimant/Nominee.
4. To be filled by Guardian in case the Nominee(s) are minor.

ضروری ہدایات:

- ۱، برائے مہربانی فارم جلی حروف میں مکمل کیجئے۔
- ۲، تمام سوالات کے مکمل جوابات دیجئے۔
- ۳، ایک سے زیادہ کلیم داخل کرنے والے کی صورت میں، ہر کلیم داخل کرنے والے/نامزد کردہ کے لئے علیحدہ فارم درکار ہوگا۔
- ۴، نامزد کردہ (نامزد کردگان) کے نابالغ ہونے کی صورت میں، سرپرست نے مکمل کرنا ہے۔

SECTION 1: DETAILS OF THE DECEASED

حصہ ۱: متوفی/متوفیہ کی تفصیلات

1. Full Name: مکمل نام _____
2. Date of Birth: تاریخ پیدائش _____
3. Policy No: پالیسی نمبر _____
4. CNIC No: قومی شناختی کارڈ نمبر _____
5. Occupation at the time of Death: وفات کے وقت پیشہ _____
6. Last Residential Address: آخری رہائشی پتہ _____

SECTION 2: DETAILS OF THE CLAIMANT

حصہ ۲: کلیم داخل کرنے والی کی تفصیلات

7. Capacity in which the Sum Assured is being Claimed: کس حیثیت میں زیر بیمہ کا کلیم کیا جا رہا ہے؟
☐ Nominee نامزد کردہ ☐ Guardian سرپرست ☐ Legal Heir قانونی وارث ☐ Assignee متولی
8. Full Name: مکمل نام _____
9. CNIC No: قومی شناختی کارڈ نمبر _____
10. Current Address: موجودہ پتہ _____
11. Phone No: فون نمبر _____
12. Bank Name: بینک کا نام _____
13. Account No: اکاؤنٹ نمبر _____
14. Relationship with Deceased: متوفی/متوفیہ سے رشتہ _____
15. In case of Guardian please give name(s) of Minor(s): سرپرست کی صورت میں، نابالغ (نابالغان) کے نام تحریر کیجئے _____
16. Relationship with Guardians: سرپرستوں سے رشتہ _____
17. Ages of Minor(s): نابالغ (نابالغان) کی عمر _____

SECTION 3: DETAILS OF THE CLAIM

حصہ ۳: کلیم کی تفصیلات

18. Date and Time of Death: وفات کی تاریخ اور وقت _____
19. Place of Death: جائے وفات _____
20. Cause of Death: وفات کی وجہ _____
21. Name of last attending Doctor: آخری مرتبہ معائنہ کرنے والے ڈاکٹر کا نام _____
22. Phone No: فون نمبر _____
23. Address of Hospital/Clinic: ہسپتال/کلینک کا پتہ _____
24. Name of the Physician routinely consulted by the deceased: متوفی/متوفیہ کی جانب سے معمول کے مطابق مشورہ کئے جانے والے لفزیشن کا نام _____
25. Address: پتہ _____
26. Phone No: فون نمبر _____

SECTION 4: DECLARATION

حصہ ۴: اقرار نامہ

I as the claimant do hereby declare that all foregoing answers and information stated above are complete and true to the best of my knowledge and belief and i have not concealed any detail from the company. I request for the payment of benefits under the above policy according to its terms and conditions in the capacity described above. I confirm that I am legally entitled to the claim payment and the same once made, will discharge Askari Life Assurance Company Ltd from all liabilities whatsoever under the above-mentioned policy. Furthermore, I agree that this Claim form and other additional related documents and investigations or examinations by Askari Life Assurance Co. Ltd. cannot be interpreted or assumed as admission of liability by the Company. I hereby give consent to doctors or related parties of hospital etc, to disclose to the Askari Life Assurance Co. Ltd. any explanation or information which are deemed necessary with regard to the deceased.

میں یہ حیثیت کلیم داخل کرنے والے کے، اس بات کا اقرار کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ مذکور بالا تمام سوالات اور معلومات جو اوپر درج ہیں، میری بہترین معلومات اور یقین کے مطابق درست ہیں اور میں نے کچھ نہ کچھ بھی انصیلات پوشیدہ نہیں رکھی ہے۔ میں درج بالا پالیسی کے تحت، اوپر پیش کردہ حیثیت میں پالیسی کے شرائط و ضوابط کے مطابق فوائد کی ادائیگی کی درخواست کرتا ہوں/کرتی ہوں۔ میں اس بات کی تائید کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ میں قانونی طور پر کلیم کی ادائیگی کا اہل ہوں اور ایک بار ادائیگی ہو جانے کے بعد، عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ ہر قسم کی ذمہ داریوں سے معز ہو جائے گی۔ میں مزید تسلیم کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ یہ کلیم فارم اور عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کی جانب سے کئے گئے دیگر اضافی متعلقہ دستاویزات اور انٹرویو سیکشنز اور معائنہ جات کچھ نہ کچھ کی ذمہ داری کے قیودات کے طور پر ترمیمی نہیں کرتے یا ان کو اس طور پر فرض نہیں کیا جاسکتا۔ میں ڈاکٹر یا ہسپتال کے دیگر فریقوں وغیرہ کو اس بات کی رضامندی دیتا ہوں/دیتی ہوں کہ وہ کوئی بھی وضاحت یا معلومات جو متوفی/متوفیہ سے متعلق ضروری سمجھی جائے، وہ عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو پیش کر دے۔

Signature of Claimant: کلیم داخل کرنے والے کے دستخط _____ Date: تاریخ _____

Witness Name: گواہ کا نام _____ Address: پتہ _____