

ASKARI LIFE ASSURANCE CO. LTD.
GROUP INSURANCE CLAIM
BY DEATH
(To be completed by the Employer)



عسکری لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ
وفات کی صورت میں گروپ اشورنس کلیم
(آج کی جانب سے مکمل کئے جانے والا)

براہ مہربانی اس فارم کو مکمل کرنے سے قبل پشت پر درج ہدایات پڑھ لیجئے

Group Insurance Policy Name: گروپ اشورنس پالیسی نمبر: _____

Group Insurance Claim No.: گروپ اشورنس کلیم نمبر: _____

1. a) Name in full of the deceased (in Block Letters)	۱۔ الف) مرحوم/مرحومہ کا مکمل نام (جلی حروف میں)	
b) CNIC Number	ب) قومی شناختی کارڈ نمبر	
c) Father's/Husband's name	ج) والد/شوہر کا نام	
d) His/Her residential address	د) مرحوم/مرحومہ کا رہائشی پتہ	
2. a) Give reference of Serial & Page Nos. of the list of employees supplied to the Company.	۲۔ الف) کمپنی کو فراہم کی گئی فہرست کے نمبر شمارا اور صفحہ نمبر کا حوالہ دیجئے	
b) Employment Number	ب) روزگار نمبر	
3. a) Designation	۳۔ الف) عہدہ	
b) Salary/Wages	ب) تنخواہ/اجرت	
4. a) Date of birth (Attach documentary proof of age)	۴۔ الف) تاریخ پیدائش (عمر کا دستاویزی ثبوت منسلک کیجئے)	
b) Age at death	ب) وفات کے عمر	
c) Date of appointment	ج) تقرری کی تاریخ	
d) Date of confirmation	د) مستقل تقرری کی تاریخ	
5. a) Date on which the deceased last attended his/her duty	۵۔ الف) تاریخ جس پر مرحوم/مرحومہ نے آخری روز ڈیوٹی کی	
b) Salary/Wages	ب) تنخواہ/اجرت	
6. a) Give details of leave of absences, disablement leave or temporary lay-off during the 12 months preceding his/her death.	۶۔ الف) وفات سے قبل بارہ مہینوں کے دوران رخصت کی نوعیت، غیر حاضریوں، معذوری کی رخصت یا عارضی طور پر ملازمت سے علیحدگی	From: _____ To: _____ Nature of leave _____ از تا رخصت کی نوعیت
b) Whether such absence was notified to the Company?	ب) کیا اس رخصت کی اطلاع کمپنی کو دی گئی تھی؟	From: _____ To: _____ Nature of leave _____ از تا رخصت کی نوعیت
c) If so, please give reference.	ج) اگر ایسا ہے، تو حوالہ دیجئے	
7. a) Date of death	۷۔ الف) وفات کی تاریخ	
b) Time & place of death	ب) وفات کا وقت اور مقام	
c) Exact cause of death	ج) وفات کی اصل وجہ	
d) Place of burial	د) تدفین کا مقام	
8. If the death was caused by accident, please state:	۸۔ اگر وفات کسی حادثے کے باعث ہوئی تو تحریر کیجئے:	
a) Date, time & place of accident	الف) حادثے کی تاریخ، وقت اور مقام	
b) How accident occurred?	ب) حادثہ کیسے ہوا؟	
9. Has the death occurred due to contingencies covered by Workmen's Compensation Act, 1923 ?	۹۔ کیا وفات ورکمنز کمپنیشن ایکٹ 1923 کے تحت محفوظ شدہ ناگہانی صورت حال کے باعث ہوئی؟	☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی

10. a) Sum Assured ۱۰۔ الف) زر بیمہ	
b) Whether the premium in respect of the deceased has been paid? ب) کیا مرحوم/مرحومہ کے سلسلے میں پریمیم ادا کیا گیا ہے؟	☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں
11. For Online Transfer of Claim Amount Please provide us the following details ۱۱۔ کلیم کی رقم کی آن لائن منتقلی کے لئے درج ذیل تفصیلات فراہم کیجئے:	الف) بینک کا نام ب) اکاؤنٹ کا عنوان ج) اکاؤنٹ نمبر د) آئی بی این نمبر

Signed at: جائے دستخط _____

Signature And Seal of the Employer
 آجر کی مہر اور دستخط