

ASKARI LIFE - WINDOW TAKAFUL OPERATIONS
CLAIMANT STATEMENT - TEMPORARY
TOTAL DISABILITY CLAIM FORM



عسکری لائف، ونڈو تکافل آپریشنز
کلیم داخل کرنے والے کا بیان
وقتی مکمل معذوری کی صورت میں کلیم فارم

Group Family Takaful Scheme No. گروپ فیملی تکافل اسکیم نمبر _____

Claim No. کلیم نمبر _____

1. Name of the Employee (In Block Letters)	۱۔ اہلکار کا نام (تہلی حروف میں)	
2. Sex	۲۔ جنس	
3. Age	۳۔ عمر	
4. Occupation	۴۔ پیشہ	
5. Duties	۵۔ فرائض	
6. (a) Date of Accident (b) Time of Accident (A.M./P.M.) (c) Place of Accident	۶۔ الف) حادثے کی تاریخ ب) حادثے کا وقت (صبح/شام) ج) حادثے کا مقام	
7. Describe accident in detail	۷۔ حادثے کی تفصیلات بیان کیجیے	
8. Describe injuries	۸۔ ضربات بیان کیجیے	
9. Give name & Address of the Physician/ Surgeon who first attended you	۹۔ فزیشن/سرجن کا نام اور پتہ جس نے پہلی مرتبہ آپ کا معائنہ کیا	
10. If hospitalized, give name and address of hospital	۱۰۔ اگر ہسپتال میں داخل ہوئے تو ہسپتال کا نام اور پتہ	
11. Total and absolutely disabled	۱۱۔ مکمل اور حتمی طور پر معذور	From: از _____ To: تا _____
12. Partially disabled	۱۲۔ جزوی طور پر معذور	From: از _____ To: تا _____
13. Confined to Hospital	۱۳۔ ہسپتال میں قیام	From: از _____ To: تا _____
14. When he Resumed Work (according to attendance records)	۱۴۔ ملازمت پر کب واپسی ہوئی؟ (حاضری کے ریکارڈ کے مطابق)	From: از _____ To: تا _____
15. Are you making any other insurance or compensation claim as a result of this accident? (if yes kindly give details)	۱۵۔ کیا اس حادثے کے نتیجے میں آپ کوئی اور بھی بیمہ یا معاوضہ لے رہے ہیں؟ (اگر ہاں، تو تفصیلات فراہم کیجیے)	

I, the above claimant, being duly sworn, depose and say that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and belief, and agree that payment according to the terms of the Group Family Takaful Scheme, claims, the cause of which originated prior to date hereof.

میں، درج بالا کلیم کا/کی دعویدار، حلفیہ طور پر، یہ شہادت دیتا ہوں/دیتی ہوں اور یہ کہتا/کہتی ہوں کہ درج بالا بیانات میرے علم اور یقین کے مطابق مکمل اور صحیح ہیں اور تسلیم کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ گروپ فیملی تکافل اسکیم کی شرائط کے مطابق کلیم کی ادائیگی کی جائے جس کی وجہ تاریخ ہذا سے قبل وجود میں آئی۔

Signed: دستخط _____ Date: تاریخ _____

AUTHORIZATION

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the Company, or its authorized representative, any and all information with respect to any injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatted copy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

منظوری

میں کسی بھی ہسپتال، فزیشن یا کسی اور فرد کو جس نے مجھے دوران علاج دیکھا ہو یا معائنہ کیا ہو، کہنی کو یا اسکے منظور شدہ نمائندے کو، میری چوٹ، طبی تاریخ، مشورے، نسخہ جات یا علاج، اور ہسپتال کے ریکارڈز اور تمام طبی ریکارڈز کی نقول پیش کرنے کا اختیار دیتا ہوں/دیتی ہوں۔ اس منظوری کی فوٹو اسٹیٹ نقل موثر اور اصل کے طور پر تصدیق کی جائے گی۔

Signature of the Claimant: کلیم پیش کرنے والے کے دستخط _____