

**ASKARI LIFE -
WINDOW TAKAFUL OPERATIONS
CLAIM INTIMATION FORM**



**عسکری لائف، ونڈو تکافل آپریشنز
اطلاعی فارم برائے کلیم**

THIS FORM IS TO BE FILLED BY THE CLAIMANT/NOMINEE

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

ضروری ہدایات:

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.

۱. برائے مہربانی فارم بلی 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 کردہ گان) کے نابالغ ہونے کی صورت میں، سرپرست سے مکمل کرنا ہے۔

SECTION 1: DETAILS OF THE DECEASED

حصہ ۱: متوفی/متوفی کی تفصیلات

- 1 Full Name: مکمل نام _____
- 2 Date of Birth: تاریخ پیدائش _____
- 3 Certificate No: سرٹیفکیٹ 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 Covered is being Claimed: کس حیثیت میں زر تحفظ 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 فزیشن 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 Window Takaful Operator. I request for the payment of benefits under the above certificate 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 - Window Takaful Operations from all liabilities whatsoever under the above-mentioned certificate. Furthermore, I agree that this Claim form and other additional related documents and investigations or examinations by Askari Life - Window Takaful Operations cannot be interpreted or assumed as admission of liability by the Window Takaful Operator. I hereby give consent to doctors or related parties of hospital etc, to disclose to the Askari Life - Window Takaful Operations any explanation or information which are deemed necessary with regard to the deceased.

میں یہ پیشہ قدمہ داخل کرنے والے کے اس بات کا اقرار کرتا ہوں کہ تمام اوپر دیے گئے جوابات اور معلومات مکمل اور سچ ہیں اور میں نے اپنے بہترین علم و ایمان کے مطابق ان کے مکمل ہونے کی تصدیق کی ہے۔ میں اس بات کا اقرار کرتا ہوں کہ میں اس بات کے تحت درخواست کرتا ہوں کہ اس کے مطابق فائدہ کی ادائیگی کی درخواست کرنا اور اس کے مطابق فائدہ کی ادائیگی کے بعد، عسکری لائف، ونڈو تکافل آپریشنز پر مجھے ہر قسم کی ذمہ داری سے مبرا رہ جائے گی۔ میں یہ تسلیم کرتا ہوں کہ یہ فارم اور عسکری لائف، ونڈو تکافل آپریشنز کی جانب سے کئے گئے دیگر اضافی متعلقہ دستاویزات اور رابطہ سیکھو اور معائنہ پات و ونڈو تکافل آپریشنز کی ذمہ داری کے قبولیت کے طور پر ترمیمی نہیں کرتے ہیں اور اس طور پر عرض نہیں کیا جاسکتا۔ میں ڈاکٹر یا ہسپتال کے دیگر فریقین کو اس بات کی رضامندی دیتا ہوں کہ وہ کوئی بھی معلومات ہسپتال/متولی/متولی سے متعلق ضروری نہیں ہوں گے۔

- Signature of Claimant: کلیم داخل کرنے والے کے دستخط _____
- Date: تاریخ _____
- Witness Name: گواہ کا نام _____
- Address: پتہ _____
- CNIC No: قومی شناختی کارڈ نمبر _____
- Phone No: فون نمبر _____
- Signature: دستخط _____
- Date: تاریخ _____