

DEATH CLAIM FORM A - INDIVIDUAL LIFE

دعوئی برائے اموات فارم (الف) - انفرادی زندگی

Adamjee Life - Window Takaful Operations  
3rd Floor, Adamjee House,  
I.I. Chundrigar Road, Karachi - 74000 PAKISTAN

Form Completion Instruction

فارم مکمل کرنے کی ہدایات

- This form should be completed by those entitled for a claim benefit as a person nominated by the Certificate Holder, Guardian, Assignee, Trustee, person covered
- Please fill the form with single pen without omissions / deletions.
- Please complete the form with legible handwriting; an incomplete form may cause delay in processing of claim benefits.

- 1- شریک تکافل فرد کی وفات کا کلیم دائر کرنے کیلئے یہ فارم حامل بیہ، سرپرست، جانشین، آسٹینی، فوائد کے حقدار افراد یا ٹرسٹی کی طرف سے ہی مکمل کیا جانا چاہیے۔
- 2- کسی بھی غلطی یا ممکنہ درستگی کا خیال رکھتے ہوئے اس فارم کو ایک ہی قلم سے پُر کیجئے۔
- 3- برائے مہربانی فارم کو مکمل طور پر پُر کریں تاکہ فارم ادائیگی میں تاخیر کا سبب بن سکتا ہے۔

Checklist of documents required

ضروری دستاویزات کی جانچ پڑتال کریں

Claimant Statement Form	دعوے کے بیان کا فارم	<input type="checkbox"/>
Attending Physician Form - B	ڈاکٹر کا کلیم فارم (ب)	<input type="checkbox"/>
CNIC - Deceased	مرحوم / مرحومہ کا شناختی کارڈ	<input type="checkbox"/>
Death Certificate - Hospital	ہسپتال کا جاری کردہ وفات کا سرٹیفکیٹ	<input type="checkbox"/>
Death Certificate - Govt/NADRA Issued	حکومت کا جاری کردہ وفات کا سرٹیفکیٹ	<input type="checkbox"/>

Hospitalization, Medical Treatment Records	علاج کا ریکارڈ، میڈیکل کارڈ	<input type="checkbox"/>
Participant membership documents	پارٹنیشپ کے اصل دستاویزات	<input type="checkbox"/>
CNICs - Claimant/ Beneficiary	دعوئی کردہ / نامزد / منشیہ شری کا شناختی کارڈ	<input type="checkbox"/>
Copy of Passport - Deceased & Claimant (if living abroad)	دعوئی کردہ اور مرحوم کی پاسپورٹ کی کاپی (اگر بیرون ملک مقیم ہوں)	<input type="checkbox"/>

Additional Requirements

اضافی ضروریات

B-Form (If nominee is Minor)	اگر نامزد کم عمر ہے تو (ب) فارم	<input type="checkbox"/>
CNIC - Guardian (If nominee is minor)	سرپرست کا شناختی کارڈ (اگر نامزد کم عمر ہے)	<input type="checkbox"/>
Latest Photograph of deceased	مرحوم / مرحومہ کی تصویر	<input type="checkbox"/>

**Note:** Company reserves the rights to ask further documents and requirements.

Requirement for Accidental Death

اضافی ضروریات، اگر حادثاتی موت ہو

Copy of Autopsy	پوسٹ مارٹم کی کاپی	<input type="checkbox"/>
Copy of FIR	ایف آئی آر کی کاپی	<input type="checkbox"/>
Newspaper cutting covering the accident	اخبار میں شائع ہونے والی خبر کا تراشہ	<input type="checkbox"/>

Claim Form A: Information About Claimant

دعوئی فارم (الف) - دعوے دار کے بارے میں معلومات

Name of Claimant / نام / دعوے دار کا نام: \_\_\_\_\_ Father/Husband's Name / والد یا شوہر کا نام: \_\_\_\_\_

CNIC Number / شناختی کارڈ نمبر: \_\_\_\_\_ Complete Current Address / مکمل پتہ: \_\_\_\_\_

Contact Number / رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_ Relationship with Deceased / مرحوم / مرحومہ کے ساتھ رشتہ: \_\_\_\_\_

E mail ID / ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_ D.O.B / تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

Claim Payment Information

کلیم ادائیگی کیلئے درکار معلومات

Direct Transfer in IBFT Account / آئی بی ایف ٹی سے بینک اکاؤنٹ میں ٹرانسفر

Account Title / اکاؤنٹ ٹائٹل: \_\_\_\_\_ Cheque / چیک

Bank Name / بینک کا نام: \_\_\_\_\_ Account Number / اکاؤنٹ نمبر: \_\_\_\_\_

Cheque Title / چیک ٹائٹل: \_\_\_\_\_ Branch Name / برانچ کا نام: \_\_\_\_\_

Claim Amount / دعوے کی رقم: \_\_\_\_\_

Information About Deceased / مرحوم / مرحومہ کی معلومات

Certificate Owner	سرٹیفکیٹ کے مالک کا نام
Name / نام:	_____
Father/Husband's Name / والد یا شوہر کا نام:	_____
Gender / جنس:	_____
Marital Status / ازدواجی حیثیت:	_____
CNIC / شناختی کارڈ نمبر:	_____
Date of birth / تاریخ پیدائش:	_____
Occupation / پیشہ:	_____
Business Address / کاروباری پتہ:	_____

Person Covered	شریک تکافل
Name / نام:	_____
Father/Husband's Name / والد یا شوہر کا نام:	_____
Gender / جنس:	_____
Marital Status / ازدواجی حیثیت:	_____
CNIC / شناختی کارڈ نمبر:	_____
Date of birth / تاریخ پیدائش:	_____
Occupation / پیشہ:	_____
Business Address / کاروباری پتہ:	_____

Deceased covered with any other Takaful Operator?  
(If Yes, provide details)

کیا مرحوم / مرحومہ کی کسی اور انشورنس کمپنی / تکافل آپریٹر سے انشورنس ہے؟ اگر ہے تو تفصیل فراہم کریں

Sr. No نمبر شمار	Name of Company کمپنی کا نام	Policy No. پالیسی نمبر	Issuance Date اجراء کی تاریخ	Address and Contact No پتہ اور رابطہ نمبر	Amount of Claim دعویٰ کی رقم	Claim Received حاصل شدہ کلیم کی رقم
1						
2						
3						

## Event Details

انتقال کے وقت کی معلومات

Date of death / وفات : \_\_\_\_\_ : تاریخ وفات : \_\_\_\_\_ Time of death / وفات کا وقت : ( : ) AM / PM Place of death / جگہ کی وفات : \_\_\_\_\_

Type of death / موت کی قسم : Natural / طبعی  Accidental / حادثاتی  Cause of death / وجہ کی موت : \_\_\_\_\_

Duration of illness / بیماری کا دورانیہ : \_\_\_\_\_ سے \_\_\_\_\_ to / \_\_\_\_\_

Was the deceased suffering from any of the below diseases?

کیا مرحوم / مرحومہ فرد مندرجہ ذیل کسی بیماری میں مبتلا تھا؟

Sr. No نمبر شمار	Disease بیماری	Yes/No ہاں / نہیں	Duration دورانیہ	Disease بیماری	Yes/No ہاں / نہیں	Duration دورانیہ
1	Diabetes ذیابیطس / شوگر			Heart Disease مرض قلب / دل کی بیماری		
2	Hypertension ہائی بلڈ پریشر			Asthma دمہ / سانس کی بیماری		
3	Hepatitis ہیپاٹائٹس			Psychiatric/ Mental disease نفسیاتی / دماغی بیماری		
4	Cancer کینسر			Any other disease (Please mention the name) کوئی اور بیماری (نام تحریر کریں)		
5	Liver Disease جگر کی بیماری					
6	Kidney Disease گردے کی بیماری					

## Illness Details

بیماری کی تفصیلات

## Accident Details (If any)

حادثے کی تفصیلات

Date of Diagnosis تاریخ تشخیص	Details about Diagnosis بیماری کے بارے میں تفصیلات

Date of Accident حادثے کی تاریخ	Details about accident حادثے کے بارے میں تفصیلات

Treatment details taken prior to death:

وفات سے قبل علاج کی تفصیلات

Sr. No نمبر شمار	Name of Hospital / Doctor Treated ہسپتال / ڈاکٹر کا نام جہاں علاج کروایا	Name of Disease بیماری کا نام علاج	Treatment Duration علاج کی مدت	Contact No. رابطہ نمبر	Correspondence Address خط و کتابت کا پتہ
1					
2					
3					

## Declaration

اقرار نامہ

I/We, as a claimant, hereby declare that the information provided in the form is true and complete to the best of my/our knowledge, belief, and record. I also hereby authorize Adamjee Life Assurance Window Takaful Operator to seek and obtain information from any doctor, hospital, laboratory, any other organization or person that has any record information or knowledge of health/treatment or other related information that Adamjee Life deems necessary to obtain prior to claim approval and from any other Assurance Company / Takaful operator to which a proposal has been made at any point in the past.

میں ایک دعوے دار کے طور پر اس بات کا اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا فراہم کردہ تمام معلومات بالکل درست ہیں اور میں اس بات کی بھی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے آدھی لائف ونڈو تکافل آپریٹر کو اجازت دی ہے کہ وہ ڈاکٹر، ہسپتال، لیبارٹری یا کسی بھی ادارے کے شخص یا کوئی بھی انشورنس / تکافل کمپنی سے بیمہ شدہ فرد کے بارے میں بھی معلومات حاصل کر سکتی ہے

Claimant's Signature

دعوے دار کے دستخط

Name Of Witness &amp; CNIC

گواہ کا نام اور شناختی کارڈ نمبر

Witness Signature

گواہ کے دستخط

Date of Statement

بیان کی تاریخ

Adamjee Life Assurance Co. Ltd-Window Takaful Operations. 3rd floor, Adamjee House, I.I Chundrigar Road, Karachi Pakistan

Tel: (92-21)111-11-5433(LIFE) (Ext: 114) Claims Department: (92-346)8209366, Email: help\_claims@adamjeelife.com, Web: www.adamjeelife.com

آدھی لائف انشورنس ونڈو تکافل آپریٹر 3 منزل، آدھی ہاؤس، آئی آئی چندریگر روڈ کراچی 7400 رابطہ نمبر: (92-21)111-11-5433(LIFE)(Ext: 114)

www.adamjeelife.com: ویب سائٹ help\_claims@adamjeelife.com: ای میل 92-346 8209366 کلیمز ڈیپارٹمنٹ