

۷۔ وفات سے قبل جن ڈاکٹروں یا ہسپتالوں سے رابطہ کیا ان کی تفصیل بیان کریں؟

الف) ڈاکٹریا ہسپتال کا نام

پتہ

علاج کی تاریخ۔ شکایت یا بیماری۔

ب) ڈاکٹریا ہسپتال کا نام

پتہ

علاج کی تاریخ۔ شکایت یا بیماری۔

۸۔ مرحوم بیمہ دار کی گزشتہ تین سال کی بیماریوں کے متعلق درج ذیل معلومات فراہم کریں اور میڈیکل فائل اگر کوئی ہو تو فراہم کریں۔

ڈاکٹر کا نام اور پتہ	علاج کرانے کے تاریخ	بیماری کی نوعیت

۹۔ مرحوم بیمہ دار کے لواحقین کی تفصیلات تحریر کریں۔

نام	عمر	مرحوم بیمہ دار سے رشتہ

۱۰۔ اگر بیمہ دار نے کوئی وصیت چھوڑی ہو تو اس کی ایک کاپی منسلک کریں۔

۱۱۔ اقرار نامہ

الف) میں اس کے ذریعہ تسلیم کرتا ہوں کہ بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات کا اشتراک، یا اس طرح کی معلومات کے حصول یا فراہمی، کلیم کی ادائیگی کے طور پر نہیں لیا جائے گا۔ یہ طریقہ کار مکمل طور پر دعویدار کی سہولت کے لئے ہے اور اسٹیٹ لائف کی جانب سے کلیم کی منظوری پر منحصر ہے۔ اس طرح کا کوئی بھی دعویٰ، اگر کیا جاتا ہے تو معاہدے میں بیان کردہ شرائط کے مطابق دعوے کا مکمل اور مستعدی سے جائزہ لیا جائے گا۔

ب) میں حلفیہ بیان کرتا/ کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام سوالات کے جوابات مکمل طور پر درج کئے گئے ہیں اور میں نے کسی حقیقت احوال کی پردہ پوشی نہیں کی ہے۔ میں ہر اس شفا خانے، معالج اور طبیب کو جہاں سے متوفی بیمہ دار نے علاج کرایا تھا۔ اس امر کی اجازت دیتا ہوں/ دیتی ہوں کہ عند الطلب اسٹیٹ لائف کو متوفی بیمہ دار کی صحت و علاج اور تشخیص کے بارے میں مکمل معلومات فراہم کرے۔

مقام دستخط۔ تاریخ دستخط۔

(دستخط دعویٰ دار)

۱۲۔ تصدیق نامہ۔ اس فارم کے مندرجات کی تصدیق کسی جسٹس آف پیس، جج، مجسٹریٹ، گنڈیڈ افسر، اسٹیٹ لائف کے انتظامی افسر جو اسٹینٹ نیچر سے کم نہ ہو یا ایریا نیچر سے کرائی جاسکتی ہے۔ بشرطیکہ یہ افسر دعویٰ دار کو ذاتی طور پر جانتا ہو)

میں تصدیق کرتا ہوں/ کرتی ہوں کہ دعویدار نے اپنے دستخط میرے سامنے کئے ہیں اور میں نے دعویدار کے شناختی کارڈ کو دیکھ لیا ہے