



DEATH CLAIM FORM

وفات کلیم فارم

Please note that the form is duly filled and signed by Nominee/Claimant/Guardian/Legal successor under this policy(ies)

براہ مہربانی نوٹ فرمائیں کہ یہ فارم اس پالیسی (پالیسیوں) کے تحت نامزد کردہ/دعویدار/سرپرست/قانونی جانشین کی طرف سے پر کیا جانا اور دستخط کیا جانا ہے۔

Policy No.(s) پالیسی نمبر

SECTION A: DETAILS OF POLICY / MEMBERSHIP

سیکشن اے: پالیسی کی تفصیلات

1. Full Name: مکمل نام		3. Passport No.: (if available) پاسپورٹ نمبر (اگر دستیاب ہے)	
2. CNIC No.: شناختی کارڈ نمبر		6. Last Employer Name /Business Name: آخری آجر کا نام / کاروبار کا نام	
4. Last Residential Address: آخری رہائشی پتہ		8. Last Employer's Contact Number: آخری آجر کا فون نمبر	
5. Occupation at the Time of Death: وفات کے وقت پیشہ			
7. Last Employer's/ Business Address: آخری آجر / کاروبار کا پتہ			

SECTION B: DETAILS OF CLAIM

سیکشن بی: کلیم کی تفصیلات

9. Date of death: تاریخ وفات	D D M M Y Y	10. Type of death: وفات کی نوعیت	Natural طبعی	Accidental حادثاتی
11. Primary Cause of Death: وفات کی وجہ		12. Place of Death: وفات کی جگہ		
13. Brief Description of Event (How, When, Where): واقعات کی مختصر تفصیلات (کب، کہاں، کیسے)				
14. Name & Address of Hospital Participant / Member Last Visited: ہسپتال کا نام اور پتہ جہاں آخری وزٹ کیا				
15. Name & Address of Personal Doctor(s) Participant/Member used to consult: بیمہ دار کے ذاتی ڈاکٹر کا نام اور پتہ				

SECTION C: DETAILS OF NOMINEE / CLAIMANT (if more than 3 nominee/claimant then attach separate sheet)

سیکشن سی: نامزد / دعویدار کی تفصیلات

	Nominee/Claimant No. 1 نامزد کردہ / دعویدار 1	Nominee/Claimant No. 2 نامزد کردہ / دعویدار 2	Nominee/Claimant No. 3 نامزد کردہ / دعویدار 3
Name نام			
Capacity (Nominee/Guardian/ Legal Successor) حیثیت (نامزد کردہ / سرپرست / قانونی جانشین)			
Relationship with Participant بیمہ دار سے رشتہ			
CNIC No. شناختی کارڈ نمبر			
Date of Issuance of CNIC شناختی کارڈ کی تاریخ اجراء	D D M M Y Y	D D M M Y Y	D D M M Y Y
Correspondence Address رابطے کا پتہ			
Email Address ای میل ایڈریس			
Mobile No. موبائل نمبر			
Bank Account No. (Complete IBAN) 24 Digits بینک اکاؤنٹ نمبر (آئی بی اے این نمبر) 24 ڈیجٹس			
Bank Name بینک کا نام			
Name of Guardian (if applicable) سرپرست کا نام (اگر قابل اطلاق ہو)			

16. Are any of the above claimants politically exposed persons (PEP*)?

Yes
ہاں

No
نہیں

کیا مذکورہ بالا دعویدار افراد میں سے کوئی (PEP) ہے؟

* Politically Exposed Persons (PEPs) are individuals who are or have been entrusted with prominent public functions domestically or by a foreign country, which may include Heads of State or of Governments, senior politicians, senior government / judicial/ military officials, senior executives of state owned corporations, important political party officials, etc.

وہ افراد ہیں جو کسی مقامی یا غیر ملکی اہم حکومتی عہدے پر فائز ہوں جس میں ریاستوں یا حکومتوں کے سربراہان، سینئر سیاست دان، سینئر سرکاری / جوڈیشل / ملٹری عہدیداران، ریاست کی کارپوریشنوں کے سینئر ایگزیکٹوز، سیاسی پارٹی کے اہم اہلکار وغیرہ شامل ہو سکتے ہیں۔

SECTION D: DECLARATION

سیکشن ڈی: اقرار نامہ

I / We request for the payments of benefits under the above policy(ies) according to its terms and conditions in the capacity stated above. I / We confirm that I am / We are legally entitled to the claim payment and the same once made, will discharge EFU Family Takaful Operator from all liabilities whatsoever under the above mentioned policy(ies). I / We have fully understood the contents of this form and hereby declare that whatever is stated above is true and accurate to the best of my knowledge and belief. I / We hereby authorize EFU Family 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 EFU Takaful deems necessary to obtain prior to claim approval and from any other Takaful operator to which a proposal has been made at any point in the past.

میں / ہم اوپر درج چیزت میں، درج بالا پالیسی کے تحت، اسکی شرائط و ضوابط کے مطابق، میں فوائد کی ادائیگی کی درخواست کرتا ہوں / کرتی ہوں / کرتے ہیں۔ میں / ہم تصدیق کرتا ہوں / کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ میں / ہم کلیم کی ادائیگی کے / کی قانونی طور پر اہل ہیں اور ایک بار جب وہ ادائیگی ہو جائے گی تب درج بالا پالیسی کے تحت ای ایف یو لائف انشورنس تمام ترمذہ داریوں سے مبرا ہو جائے گی۔ میں نے اس فارم کے مندرجات کو مکمل طور پر سمجھ لیا ہے اور اقرار کرتا ہوں / کرتی ہوں / کرتے ہیں کہ جو کچھ اوپر درج کیا گیا ہے وہ میرے / ہمارے علم اور یقین کے مطابق درست اور سچ پر مبنی ہے۔ میں / ہم ای ایف یو لائف انشورنس کو اجازت دیتے ہیں کہ ڈاکٹر، ہسپتال، لیبارٹری یا کسی بھی ادارے یا شخص یا کسی بھی انشورنس کمپنی سے بید شدہ افراد کے بارے میں معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔

Signature of Nominee / Claimant / Guardian (as per CNIC)

نامزد کردہ / دعویدار / سرپرست کے دستخط (شناختی کارڈ کے مطابق)

Nominee/Claimant No. 1 نامزد کردہ / دعویدار 1	Nominee/Claimant No. 2 نامزد کردہ / دعویدار 2	Nominee/Claimant No. 3 نامزد کردہ / دعویدار 3
Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> تاریخ	Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> تاریخ	Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> تاریخ

SECTION E: BASIC DOCUMENTS REQUIRED FOR ASSESSMENT

سیکشن ای: کلیم کے لیے ضروری دستاویزات

- Attending Physician Report - to be filled by last attending physician
 - Death Certificate issued by the Hospital
 - Union Council Death Certificate
 - Copies of CNIC of Claimant and Deceased
 - Participant Specific Schedule
 - In Case of Accidental Death Copy of FIR, Copy of Postmortem/ MLO Report, Rescue 1122 Report and Newspaper Cutting
 - Copy of Claimant's Cheque Leaf
- آخری معالج کی رپورٹ - آخری معالج کی طرف سے پُر کی جائے۔
■ ہسپتال کی طرف سے جاری کردہ موت کا سرٹیفکیٹ۔
■ یونین کونسل کا ڈیٹھ سرٹیفکیٹ۔
■ دعویدار اور مرحوم کے شناختی کارڈ کی کاپیاں۔
■ اصل پالیسی دستاویزات۔
■ حادثاتی موت کی صورت میں ایف آئی آر کی کاپی، پوسٹ مارٹم / ایم ڈیل اور رپورٹ کی کاپی
ریسکیو 1122 رپورٹ اور اخبار کا تراشہ منسلک کریں۔
■ دعویدار کے چیک لیف کی کاپی۔

(Please note that the above documents are mandatory documents to initiate claim process. Further documents may be called after the initial assessment.)

(براہ کرم نوٹ کریں کہ مذکورہ دستاویزات دعوے کے عمل کو شروع کرنے کے لیے ضروری ہیں۔ ابتدائی جانچ کے بعد مزید دستاویزات طلب کی جاسکتی ہیں۔)

SECTION F: BRANCH / BANK CERTIFICATION (to be filled by location Manager)

سیکشن ایف: برانچ / بینک کی تصدیق

EFU Branch / Bank
Branch Name:

Serving Agent's Name:

Serving Agent's Code:

Source of Intimation:

Date of Intimation:
اطلاع کی تاریخ

Any other important information:

Signature of Location / Bank Manager:

Date
تاریخ

EFU LIFE ASSURANCE LTD.

EFU Life House, Plot No. 112, 8th East Street, Phase-I, DHA, Karachi.

UAN: (021) 111-EFU-111 (111-338-111), Fax: (021) 34537519

Email: cod@efulife.com | Website: www.efulife.com