

## سنڌ انشورنس لميٽڊ

يونيورسل ايڪسيڊنٽ انشورنس ۽ سوشل بينيفٽ اسڪيم

### ڪليم فارم

ڪمپني ان فارم جي شيڊول مطابق ڪابه ذميواري قبول نه ڪندي. حادثاتي موت جي صورت ۾ ترٽ پوليٽس کي رپورٽ ڪئي وڃي.

#### فوت جي ڄاڻ:

- 1 نالو: \_\_\_\_\_ 2 پيءُ جو نالو/مڙس جو نالو: \_\_\_\_\_ 3 ڄمڻ جي تاريخ: \_\_\_\_\_
- 4 شناختي ڪارڊ نمبر: \_\_\_\_\_ جنس: \_\_\_\_\_
- 6 ازدواجي ڪيفيت:  شادي شده  غير شادي شده  طلاق يافتہ
- 7 مستقل پتو: \_\_\_\_\_
- 8 فوتي جي زال/ فوتي جي مڙس جو نالو: \_\_\_\_\_

#### حادثي جي ڄاڻ:

- 1 حادثي جي تاريخ ۽ وقت: \_\_\_\_\_
- 2 حادثي جي جڳهه: \_\_\_\_\_
- 3 حادثو ڪهڙي طرح ٿيو: \_\_\_\_\_
- 4 فوتگي جي تاريخ ۽ وقت: \_\_\_\_\_
- 5 آخري پيرو علاج ڪندڙ ڊاڪٽر جو نالو ۽ رابطي جي تفصيل: \_\_\_\_\_
- 6 جيڪڏهن ڪنهن اسپتال ۾ ويو ته ان جو نالو ۽ رابطي جي تفصيل: \_\_\_\_\_

#### درخواست ڪندڙ/ ڪليم ڪندڙ جي ڄاڻ:

- 1 نالو: \_\_\_\_\_ 2 پيءُ جو نالو/مڙس جو نالو: \_\_\_\_\_ 3 ڄمڻ جي تاريخ: \_\_\_\_\_
- 4 شناختي ڪارڊ نمبر: \_\_\_\_\_
- 5 رابطي جي تفصيل: \_\_\_\_\_
- ٽيليفون نمبر: \_\_\_\_\_ موبائل نمبر 1: \_\_\_\_\_ موبائل نمبر 2: \_\_\_\_\_
- اي ميل (اگر هجي ته) \_\_\_\_\_
- 6 مرن واري سان رشتو: \_\_\_\_\_
- 7 پتو: \_\_\_\_\_

آءُ اهو اقرار ڪري رهيو / رهي آهيان ته مون مٿي ڏنل معلومات بيان مطابق درست آهي. غلط بياني جي صورت ۾ حاصل ڪيل ڪليم جي رقم واپس وٺي سگهجي ٿي ۽ ڪمپني قانوني ڪاروائي جو حق رکي ٿي.

تاريخ: \_\_\_\_\_

#### ضروري هدايتون:

- 1 مڪمل ڪيل ڪليم فارم
  - 2 ڊاڪٽر جو سرٽيفڪيٽ يا آف آءِ آر روزنامو يا پوليٽس ڊائري
  - 3 فوت ٿيڻ واري جو نادرا پاران جاري ڪيل سرٽيفڪيٽ
  - 4 مدعي پاران صحيح ٿيل اخراج رسيد جنهن تي بئنڪ جو نالو، اڪائونٽ نمبر ۽ جاڻايل بئنڪ جي مئنيجر جي تصديق ضروري ٿيل هجي.
  - 5 مدعي جو شناختي ڪارڊ يا "ب" فارم جي ڪاپي.
- درخواست ڪندڙ/ ڪليم ڪرڻ واري جي صحيح  
وصول ڪندڙ آفيسر جو نالو: \_\_\_\_\_  
عهدو: \_\_\_\_\_  
برانچ جو نالو: \_\_\_\_\_  
پتو ۽ رابطي جي تفصيل: \_\_\_\_\_

#### رسيڊ

- شناختي ڪارڊ نمبر: \_\_\_\_\_
- درخواست ڪندڙ جو نالو: \_\_\_\_\_
- تاريخ وصولي: \_\_\_\_\_
- وصول ڪندڙ آفيسر جو نالو ۽ مهر: \_\_\_\_\_