

## قسم نامو / ابدیمینتی باند

آء \_\_\_\_\_ مرحوم / مرحومہ \_\_\_\_\_ جو / جي رشتيدار آهيان،

جيئن ته هيٺ ڏنل ڄاڻ ۾ ٻڌايو ويو آهي ته:

1. مرحوم / مرحومہ \_\_\_\_\_ جو تاريخ \_\_\_\_\_ تي انتقال ٿي ويو ۽ انهيءَ پرنسل قانون جي مطابق هيٺ ڄاڻايل وارث چڙي ويو آهي.

نمبر شمار	نالو قانوني وارث	شناختي ڪارڊ / رجسٽريشن نمبر	تاريخ پيدائش	مرحوم / مرحومہ سان رشتو

2. آءُ مرحوم / مرحومہ \_\_\_\_\_ جي وفات جي بعد مٿي ڏنل وارثن جو قانوني سرپرست آهيان.

3. مرحوم / مرحومہ جي وفات کان پوءِ مٿي ڏنل فرد / فرد مرحوم / مرحومہ جا قانوني وارث آهن. جيئن ته سنڌ انشورنس طرفان ملڻ واري رقم حاصل ڪرڻ جا قانوني مجاز پڻ آهن.

4. وڌيڪ مٿي ٻڌايل وارثن کان علاوه مرحوم / مرحومہ \_\_\_\_\_ جا ڪي به قانوني وارث نه آهن.

مٿي ڏنل بيان جي روشني ۾ منهنجي درخواست آهي ته انشورنس ڪليم جي مڪمل رقم مرحوم / مرحومہ \_\_\_\_\_ جي آهي. اهي منهنجي \_\_\_\_\_ بئنڪ، برانچ \_\_\_\_\_ جي اڪائونٽ نمبر \_\_\_\_\_ ۾ جمع ڪرائي وڃي.

آءُ اهو قسم کڻان ٿو / ٿي ته هيءَ سڄي رقم شريعت جي قانون مطابق مرحوم / مرحومہ جي مٿي ڄاڻايل وارثن ۾ تقسيم ڪندس / ڪندس ۽ آءُ اهو به قسم کڻان ٿو / ٿي هن ڪليم جي ادائينگي جي صورت ۾ ”سنڌ انشورنس لميٽڊ“ يا ان جي ڪنهن به ملازم / ملازمين کي مستقبل ۾ ٿيندڙ ڪنهن به قسم جي نقصان جو ذميوار نه سمجهندس.

تاريخ: \_\_\_\_\_ دستخط: \_\_\_\_\_

گواه نمبر 2	گواه نمبر 1
دستخط: _____	دستخط: _____
نالو: _____	نالو: _____
شناختي ڪارڊ نمبر: _____	شناختي ڪارڊ نمبر: _____
پتو: _____	پتو: _____

اوت ڪمشنر کان تصديق ڪرايو