

میں _____ مرحوم/مرحومہ _____ کا/کی رشتہ دار ہوں، جیسا کہ مندرجہ ذیل تفصیل میں بتایا گیا ہے۔

(۱) مرحوم/مرحومہ _____ کا مورخہ _____ کو انتقال ہوا اور انہو نے پرنسپل قانون کے

مطابق مندرجہ ذیل وارث/وارثین چھوڑے ہیں:

نمبر شمار	نام قانون وارث	شناختی کارڈ/رجسٹریشن نمبر	تاریخ پیدائش	مرحوم/مرحومہ سے رشتہ
1				
2				
3				
4				

(۲) میں مرحوم/مرحومہ _____ کی وفات کے بعد اوردیئے ہوئے وارثین کا قانونی سرپرست ہوں۔

(۳) مرحوم/مرحومہ کی وفات کے بعد مندرجہ بالا فرد/افراد مرحوم/مرحومہ کے قانونی وارث/وارثین ہیں جو کہ سندھ انشورنس کی طرف سے ملنے والی رقم کو حاصل کرنے کے قانونی مجاز ہیں۔

(۴) مزید یہ کہ اوپر بتائے ہوئے وارث/وارثین کے علاوہ مرحوم/مرحومہ _____ کا کوئی بھی قانونی وارث نہیں ہے۔

اور پر بیان کردہ حقائق کی روشنی میں میری درخواست ہے کہ انشورنس کلیم کی مکمل رقم جو مرحوم/مرحومہ _____ کی ہے وہ میرے _____ بینک، برانچ _____ کے اکاؤنٹ نمبر _____ میں جمع کرا دی جائے۔

میں حلف اٹھاتا/اٹھاتی ہوں کہ میں یہ تمام رقم شریعت کے قانون کے مطابق مرحوم/مرحومہ کے مندرجہ بالا قانونی وارث/وارثین میں تقسیم کر دوں گا/گی۔ میں یہ بھی حلف اٹھاتا/اٹھاتی ہوں کہ اس کلیم کی ادائیگی کی صورت میں ”سندھ انشورنس لمیٹڈ“ یا اس کے کسی ملازم/ملازمین کو مستقبل میں ہونے والے کسی بھی نقصان/نقصانات کا ذمہ دار نہیں ٹھہراؤں گا۔

تاریخ: _____ دستخط: _____

گواہ نمبر 1: _____ گواہ نمبر 2: _____
 دستخط: _____ دستخط: _____
 نام: _____ نام: _____
 شناختی کارڈ نمبر: _____ شناختی کارڈ نمبر: _____
 پتہ: _____ پتہ: _____