

تاریخ: _____

یونیورسل ایکسیڈنٹ اینڈ سوشل بینیفٹ اسکیم

سندھ انشورنس لمیٹڈ،

مضمون : کلیم کی رقم کی ادائیگی برائے _____

جناب عالی!

میں _____ مرحوم / مرحومہ _____ کا / کی رشتہ دار ہوں، میری

درخواست ہے کہ برائے مہربانی میرے کلیم کی رقم جو کہ مرحوم / مرحومہ _____ کی
ہے، بمطابق ڈسپانچ و اوچر میرے بینک اکاؤنٹ میں جلد از جلد منتقل کر دی جائے۔

میں حلف اٹھاتا ہوں کہ میں اس رقم کو مرحوم / مرحومہ _____ کے قانونی وارثین

میں شریعت کے قانون کے مطابق تقسیم کر دوں گا / گی۔

شکریہ

آپ کا / کی فرمانبردار _____ (دستخط)

نام: _____

شناختی کارڈ نمبر: _____

پتہ: _____

SINDH INSURANCE

POWER TO THE PEOPLE

سندھ انشورنس لمیٹڈ
یونیورسل ایکسیڈنٹ انشورنس و سوشل بینیفٹ اسکیم
کلیم فارم

کمپنی اس فارم کے اجزاء کے توسط سے کوئی ذمہ داری قبول نہیں کرتی ہے۔ حادثاتی موت کی صورت میں فوری طور پر پولیس کو رپورٹ کی جائے۔

معلومات برائے متوفی

۱- نام: _____
۲- والد کا نام / شریک حیات کا نام: _____ ۳- تاریخ پیدائش: _____
۴- شناختی کارڈ نمبر: _____
۵- جنس: _____
۶- ازواجی کیفیت شادی شدہ غیر شادی شدہ طلاق یافتہ
۷- ڈاک کا پتہ: _____
۸- متوفی کی زوجہ / متوفی کے خاندان کا نام: _____

معلومات برائے حادثہ:

۱- تاریخ و وقت حادثہ: _____
۲- جگہ حادثہ: _____
۳- حادثہ کس طرح پیش آیا: _____
۴- تاریخ و وقت موت: _____
۵- آخری بار علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور رابطہ کی تفصیلات: _____
۶- اگر کسی ہسپتال میں گئے تو اس کا نام اور رابطہ کی تفصیلات: _____

درخواست گزار / کلیم کرنے والے کی معلومات:

۱- نام: _____
۲- والد کا نام / شریک حیات کا نام: _____ ۳- تاریخ پیدائش: _____
۴- شناختی کارڈ نمبر: _____
۵- رابطہ کی تفصیلات: _____
۶- متوفی کے ساتھ رشتہ: _____
۷- ڈاک کا پتہ: _____


میں یہ اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے جو تفصیلات اوپر بیان کی ہیں وہ میری دست میں درست ہیں۔ غلط بیانی کی صورت میں حاصل کیے گئے کلیم کے پیسے واپس لیے جاسکتے ہیں اور کمپنی قانونی کارروائی کا حق محفوظ رکھتی ہے۔

ضروری دستاویزات:

۱- کلیم فارم عمل برآمد اور ڈیل پتے سے حاصل کیا جاسکتا ہے یا کسی بھی نامزد شدہ بینک کے برانچ یا بینک سہ ماہی سے وصول کیا جاسکتا ہے۔
۲- ڈاکٹر کا رپورٹ
۳- ایف آئی آر رپورٹ یا پولیس ڈائری
۴- جان کن ہوئے والے کاردار سے جاری کردہ رپورٹ۔
۵- مدعی کی جانب سے دستخط شدہ و استخراج رسید جس پر بینک کا نام، اکاؤنٹ نمبر اور متعلقہ بینک کے حق امداد موجود ہو۔
۶- مدعی کے شناختی کارڈ کا فارم بھرنے کی کاپی۔

رسید

شناختی کارڈ نمبر: _____
درخواست گزار کا نام: _____
تاریخ وصولی: _____
وصول کرنے والے آفیسر کا نام و مہر: _____


SINDH INSURANCE
 POWER TO THE PEOPLE

سندھ انشورنس لمیٹڈ
 یونیورسل ایکسیڈنٹ انشورنس و سوشل بینیفٹ اسکیم

اخراج رسید

کبھی اس فارم کے اجزاء کے توسط سے کوئی ذمہ داری قبول نہیں کرتی ہے۔

درخواست گزار اکلیم کرنے والے کی معلومات:

۱- نام: _____

۲- والد کا نام / شریک حیات کا نام: _____

۳- شناختی کارڈ نمبر: _____

۴- رابطہ کی تفصیلات: _____

۵- متوفی کے ساتھ رشتہ: _____

۶- ڈاک کا پتہ: _____

لینڈلائن نمبر: _____

موبائل نمبر: _____

ای میل (اگر کوئی ہو) _____

میں اپنے مکمل یقین کے ساتھ یہ اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے جو تفصیلات اوپر بیان کی ہیں وہ میری دانست میں درست اور صحیح ہیں۔
 جعلی دستاویزات یا غلط بیانی کی صورت میں میرا کلیم خارج کر دیا جائے گا۔

تاریخ: _____ درخواست گزار اکلیم کرنے والے کے دستخط: _____

بینک اکاؤنٹ کی معلومات

اکاؤنٹ ہولڈر کا نام _____

بینک کا نام _____

برانچ کا نام _____

اکاؤنٹ نمبر _____

آئی بی این نمبر _____

بینک کی طرف سے تصدیق شدہ _____

(50 روپے کے بانڈ پیپر پر)

تاریخ: _____

یونیورسٹی ایکٹیوٹ اینڈ سوشل بینیفٹ اسکیم
سندھ انشورنس لمیٹڈ،
حلف نامہ/انڈیکسٹیشن بانڈ

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 انہوں 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 اوپر دیئے 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۔

اوپر 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 کرادی جائے۔

میں حلف اٹھاتا/اٹھاتی ہوں کہ میں یہ تمام رقم شریعت 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۔

دستخط: _____

تاریخ: _____

گواہ نمبر 2:

گواہ نمبر 1:

دستخط: _____

دستخط: _____

نام: _____

نام: _____

شناختی کارڈ نمبر _____

شناختی کارڈ نمبر _____

پتہ: _____

پتہ: _____

اوتھ کمشنر سے تصدیق کروائیں