

This statement must be fully answered by the Insured or his duly appointed Guardian or Committee, If Insance, If, due to physical condition, Insured is unable to answer these question beneficiary or nearest relative may do so.

اس بیان کے مکمل جوابات بیمہ دار یا اس کے مقرر کردہ سرپرست یا کمیٹی کی طرف سے دیے جانے چاہیں۔ اگر وہ شخص پاگل ہے یا طبی حالت کی وجہ سے بیمہ دار ان سوالات کے جوابات دینے سے قاصر ہے تو مستفید یا قریبی رشتہ دار ان سوالات کے جواب دے سکتے ہیں

1. Full name of Insured 1۔ بیمہ دار کا پورا نام	2. Occupation (state exact duties In full) 2۔ پیشہ (مکمل فرائض بیان کریں)
3. (a) Date of Insured's birth 3۔ (اے) بیمہ دار کی تاریخ پیدائش (Day) (Month) (Year) (دن) (مہینہ) (سال) (b) Place of birth (Town) (Country) (State) (صوبہ) (شہر) (صوبہ)	4. Height Feet Inches 4۔ قد فٹ انچ Pounds Cma پاؤنڈز سی ایم اے Weight Pounds Kgs وزن پاؤنڈز کلوگرام
5. Describe fully Insured's present condition 5۔ بیمہ دار کی موجودہ حالت تفصیل سے بیان کریں	6. To what extent is Insured unable to follow any occupation? 6۔ بیمہ دار کس حد پیشہ اختیار کرنے سے قاصر ہے؟
7. give date of injury or beginning of illness causing present Condition 7۔ چوٹ لگنے یا بیماری کے آغاز کی تاریخ فراہم کریں جس کے باعث موجودہ حالت ہوئی ہے؟ (Day) (Month) (Year) (دن) (مہینہ) (سال)	8. When was insured compelled to give up part of his duties? 8۔ بیمہ دار کب اپنے فرائض کا کچھ حصہ ترک کرنے پر مجبور ہوا؟ (Day) (Month) (Year) (دن) (مہینہ) (سال)
9. When wa Insured compelled to give up all of his duties? (Give exact date) 9۔ بیمہ دار کب اپنے مکمل فرائض ترک کرنے پر مجبور ہوا؟ (درست تاریخ فراہم کریں) (Day) (Month) (Year) (دن) (مہینہ) (سال)	10. How does Insured Spend his time? 10۔ بیمہ دار اپنا وقت کیسے گزارتا ہے؟
11. Has Insured done any kind of work since commencement of disability? If so, give particulars. 11۔ کیا معذوری کے آغاز سے بیمہ دار نے کسی قسم کا کام کیا ہے؟ اگر کیا ہے تو مکمل تفصیلات فراہم کریں	12. When does Insured expect to return to work? 12۔ بیمہ دار کام پر واپسی کب تک متوقع ہے؟

13. Give name and address of every physician or practitioner who attended or prescribed for Insured during present affliction. 13۔ ہر اس معالج یا پریکٹیشنر کا نام اور پتہ فراہم کریں جس نے بیمہ شدہ شخص کی موجودہ بیماری کے دوران اس کا علاج کیا یا ادویات تجویز کیں		
a. Duration مدت 20 سے 20 تک From 20 To 20 From 20 To 20 From 20 To 20	b. Name of physician or practitioner بیمہ دار کے معالج یا پریکٹیشنر کا نام	c. Address پتہ

14. For what disease, injury, ailment or affliction has Insured required the services of a physician or practitioner prior to present affliction? 14۔ کس بیماری، چوٹ یا خراب حالت کی وجہ سے بیمہ دار کو موجودہ بیماری سے پہلے معالج یا پریکٹیشنر کی خدمات کی ضرورت پیش آئی ہے؟			
a. Name of Injury, disease etc. اے۔ چوٹ، بیماری وغیرہ کا نام	b. Duration مدت 20 سے 20 تک From 20 To 20 From 20 To 20 From 20 To 20	c. Name of physician/practitioner سی۔ معالج یا پریکٹیشنر کا نام	d. Address ڈی۔ پتہ

15. Has either of Insured's parents or any of his brothers or sisters or other relative been afflicted with a similar disease? If so, give particulars. 15۔ کیا بیمہ دار کے والدین یا کوئی بھائی یا بہن یا دیگر رشتہ دار اس بیماری کا شکار ہوئے؟ اگر ہاں تو مکمل تفصیلات فراہم کریں۔	16. Is Insured's estate represented by a Committee or Guardian? (If so, furnish copy of appointment) 16۔ کیا بیمہ دار کی جائیداد کی سرپرست یا کمیٹی کی طرف سے نمائندگی کی گئی ہے (اگر ہاں تو تقرری کی نقل پیش کریں)
---	---

17. What other life, Government, Health or Accident Insurance providing for disability benefits hvae you? 17۔ کیا آپ کو معذوری کے فوائد کیلئے دیگر لائف، سرکاری، صحت یا حادثاتی انشورنس مل رہی ہے؟		
a. Name of Company اے۔ کمپنی کا نام	b. Address بی۔ پتہ	c. Amount of weekly or monthly Indemnity سی۔ ہفتہ وار یا ماہانہ زرستانی کی رقم
.....
.....
.....

I hereby authorize any hospital to which I have been confined and any physician or practitioner who has treated, or is now treating me, to impart to IGI Life insurance Company (Pakistan) limited. any information it may desire.

20 کو میرے سامنے حلف اٹھایا Sworn to before me this _____ day of _____ 20 _____ مذکورہ دن	Signature of Insured بیمہ شدہ شخص کے دستخط Residence (No) (Street) (City) (نمبر) (سٹریٹ) (شہر) (State) (صوبہ)
Notary Public بیان نمبر 1	

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

IGI Life Insurance Limited

معالج کا بیان

آئی جی آئی لائف انشورنس لمیٹڈ

TOTAL DISABILITY BENEFITS

مکمل معذوری کے فوائد

By giving full and complete answers, the Attending Physician will assist the Company in passing promptly on the claim.

This statement IS to be furnished without expense to the Company

معالج کی طرف سے تمام سوالات کے مکمل جوابات کی فراہمی کلیم کی تیز تر منظوری میں کمپنی کیلئے معاون ثابت ہوگی۔ یہ بیان کمپنی کو بغیر کسی خرچ کے پیش کیا جانا چاہیے۔

1. Full name of Insured 1۔ بیمہ دار کا پورا نام	2. Where is Insured now located? (If an inmate of a hospital or other institution give name and address) 2۔ بیمہ دار کہاں پر واقع ہے؟ (ہسپتال یا دیگر ادارے میں قیام کی صورت میں نام اور پتہ فراہم کریں)
3. How long have you been Insured's medical advisor? 3۔ آپ کتنے عرصے سے بیمہ دار کے میڈیکل ایڈوائزر ہیں؟	4. When did Insured'd health first become affected? 4۔ بیمہ دار کی صحت پہلی مرتبہ کب متاثر ہوئی؟ (Year) (سال) (Month) (مہینہ) (Day) (دن)
5. Give symptoms, Diagnosis and Prognosis of Disability. 5۔ علامات، بیماری کی تشخیص اور ممکنہ صحت یابی کی تفصیلات فراہم کریں۔	

6. (a) Is insured wholly disabled and prevented from engaging in any business or occupation whatsoever? 6۔ (اے) کیا بیمہ دار مکمل طور پر معذور اور کاروبار یا پیشہ کو سرانجام دینے سے قاصر ہو گیا	6. (b) if he is, from what date, to your knowledge has he been so prevented? (ب) اگر وہ ہے، کس تاریخ سے، آپ کے علم میں وہ ایسا رہا ہے۔ روکا؟ (Year) (سال) (Month) (مہینہ) (Day) (دن)
7. (a) Date of your last visit or prescription in present affliction. 7۔ (اے) موجودہ بیماری میں ڈاکٹر سے آخری معائنہ یا نسخے کی تاریخ (Year) (سال) (Month) (مہینہ) (Day) (دن)	7. (b) Date of your last visit or prescription in present affliction. (ب) آپ کے آخری دورے کی تاریخ یا موجودہ نسخہ۔ (Year) (سال) (Month) (مہینہ) (Day) (دن)
8. Is Insured now confined to his bed or house? From what date? 8۔ کیا بیمہ دار اپنے بستر یا گھر تک محدود ہے؟ کس تاریخ سے؟ (Year) (سال) (Month) (مہینہ) (Day) (دن)	9. When, in your opinion, may Insured be expected to do any kind of work? 9۔ آپ کے خیال میں بیمہ دار کب تک کسی بھی قسم کا کام کرنے کے قابل ہو جائے گا؟

10. Have you or any other physicians or practitioners attended or treated Insured for any cause whatsoever prior to present affliction? 10۔ کیا آپ یا دوسرے معالج یا پریکٹیشنر نے موجودہ حالت سے قبل کسی بھی وجہ کیلئے بیمہ دار کا معائنہ یا علاج کیا؟			
a. Nature of diseases or injuries? اے۔ بیماری یا جوت کی نوعیت	b. Dates of attendance? From تک To سے سی۔ معالج یا پریکٹیشنر کا نام	c. Names of Physician Practitioners بی۔ معائنہ کی تاریخ	d. Addresses ڈی۔ پتہ

11. Has insured ever received treatment for specific disease? if so, give particulars.

11۔ کیا بیمہ شدہ شخص کو کسی مخصوص بیماری کیلئے علاج فراہم کیا گیا؟ اگر ہاں مکمل تفصیلات فراہم کریں۔

12. Has any member of insured's family or any person in his immediate household ever been afflicted similarly? If so, who?

12۔ کیا بیمہ دار کے خاندان یا گھر کا کوئی فرد اس طرح کی بیماری میں مبتلا ہوا؟ اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں۔

If heart is involved, what laboratory tests have been made? اگر دل کا مسئلہ ہے تو کس قسم کے لیبارٹری ٹیسٹ کئے گئے؟ Pulse Regular/Irregular نبض کی رفتار قاعدہ / بے قاعدہ Blood Pressure S D بلڈ پریشر ایس ڈی	Additional Remarks اضافی ریمارکس
---	-------------------------------------

(Signature of Witness) معالج کی سیل اور دستخط				(Seal & Signature of Physician) گواہ کے دستخط				M.D. ایم ڈی
Residence (Nc.) رہائش (نمبر)	(Street) (سٹریٹ)	(City) (شہر)	(State) (صوبہ)	Residence (No.) رہائش (نمبر)	(Street) (سٹریٹ)	(City) (شہر)	(State) (صوبہ)	
Dated تاریخ	(Day) (دن)	(Month) (مہینہ)	(Year) (سال)	Dated تاریخ	(Day) (سال)	(Month) (مہینہ)	(Year) (سال)	