

PROOFS OF DEATH

Submitted to

IGI LIFE INSURANCE COMPANY (PAKISTAN) LIMITED

(All answers must be in the physician's handwriting)

موت کے ثبوت

آئی جی آئی لائف انشورنس کمپنی (پاکستان) لمیٹڈ کو جمع کرائے گئے

(تمام جوابات معالج کی اپنی تحریر میں ہونے چاہیے)

1.	-1	a) Full name of deceased (اے) مرحوم کا پورا نام	d) Date of Death (ڈی) موت کی تاریخ
b) Residence at death (بی) موت کے وقت رہائش		e) Place of death (ای) موت کا مقام	f) If died in hospital or institution, give name (ایف) ہسپتال یا ادارے میں موت واقع ہونے کی صورت میں نام فراہم کریں
c) Age at death (سی) موت کے وقت عمر		Interval between onset and death (بی) بیماری اور موت میں وقفہ	
2. Cause of death (enter only one cause for each of a, b, and c) (اے) موت کی وجہ (اے، بی اور سی میں سے ہر کیلئے ایک وجہ بیان کریں)		(a) (اے)	(b) (بی)
Disease or conditions directly leading to death (موت کی براہ راست وجہ بننے والی بیماری یا حالت)		(c) (سی)	
a) (اے)			
Antecedent causes (پہلے کی وجوہات)			
Due to (b) (بی) کی وجہ سے			
(Due to (c) (سی) کی وجہ سے)			
3. Date of first attendance in last illness (3- آخری بیماری میں معالج کی طرف سے پہلے معائنہ کی تاریخ)		4. Date of last attendance in last illness (4- آخری بیماری میں معالج کی طرف سے آخری معائنہ کی تاریخ)	
5. If death was due to suicide, homicide or accident, specify which. Describe briefly (5- اگر موت خودکشی، قتل یا حادثہ کی وجہ سے ہوئی، مختصری وضاحت پیش کریں)		6. (a) Was an inquest held? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (اے) کیا تحقیقات کی گئیں؟ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	
7. (a) Were there any identification marks on the body? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (بی) کیا جسم پر کوئی شناختی نشان یا علامت تھی؟ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>		(b) Was an autopsy performed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (بی) کیا بائیوپسی کی گئی؟ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	
(b) If "Yes" give particulars. <input type="checkbox"/> (بی) اگر "ہاں" تو تفصیلات فراہم کریں		(c) If so, by Whom and with what findings? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (سی) اگر ہاں تو کس نے کیا نتائج برآمد ہوئے؟ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	
8. (a) Have you treated or advised the deceased, prior to last illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (اے) (اے) آخری بیماری سے قبل کیا آپ نے مرحوم کا علاج کیا یا کوئی مشورہ دیا؟ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>			

(b) Did the deceased, to your knowledge, receive treatment during the last five years from any other physician, or in any hospital or institution? ☐ Yes ☐ No (بی) کیا مرحوم نے آپ کی معلومات کے مطابق گزشتہ پانچ سال کے دوران کسی دوسرے معالج سے، یا کسی ہسپتال یا ادارہ میں علاج کرایا؟ ہاں ☐ نہیں ☐

اگر ان میں سے کوئی بھی جواب ہاں میں ہے تو مندرجہ ذیل معلومات فراہم کریں

Name نام	Address پتہ	Nature of Illness or injury بیماری یا چوٹ کی نوعیت	Date تاریخ

THESE STATEMENTS ARE TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

یہ بیان میرے علم و یقین کی حد تک درست اور مکمل ہے

Seal & Signature M.D.

ایم ڈی کے سیل و دستخط

Name of physician

معالج کا نام

Address

پتہ

Date 20
تاریخ

PROOFS OF DEATH
Submitted to
IGI Life Insurance limited

موت کے ثبوت

آئی جی آئی لائف انشورنس لمیٹڈ کو جمع کرائے گئے

Number of Policies in this Company	Amounts
کمپنی میں پالیسیوں کی تعداد	رقم
.....
.....
.....

If a married woman اگر مرحوم شادی شدہ خاتون ہے تو رائج نام بھی بیان کریں
Deceased's name in full مرحوم کا پورا نام
State maiden name also Age عمر

1. Occupation at date of death? 1۔ موت کی تاریخ پر پیشہ

2. a. Date and place of deceased's birth? 2۔ اے۔ مرحوم کی تاریخ پیدائش و مقام
b. Source from which date of birth obtained? b.
(Family record or any other record or certificate of birth should be referred to). (نبلی ریکارڈ یا کوئی دوسرا ریکارڈ یا پیدائشی حقیقت کا حوالہ لازمی دیں)

3. a. Date and place of death 3۔ اے۔ موت کی تاریخ اور مقام
b. Cause of death? b.
نبی۔ موت کی وجہ؟

4. a. when did deceased first complain of, or give other indications of his last illness? 4۔ اے۔ مرحوم نے پہلی مرتبہ اپنی آخری بیماری کے بارے میں شکایت یا دیگر اشارات دیے؟
Date تاریخ
4. b. When did deceased first consult a physician for his last illness? 4۔ بی۔ مرحوم نے آخری مرتبہ اپنی آخری بیماری کیلئے معالج سے مشورہ کیا؟
Date تاریخ

5. On what date did deceased last attend to his usual work? 5۔ آخری مرتبہ تاریخ کو مرحوم نے اپنا معمول کا کام کیا؟
Date تاریخ

6. a. Names and addresses of all physicians who attended to deceased during his last illness and during five years prior thereto: 6۔ ان معالجین کا نام اور پتہ فراہم کریں جنہوں نے مرحوم کا آخری بیماری اور اس سے قبل پانچ سال کے دوران علاج کیا:
Name Address Date of Attendance Disease or Condition

Name	Address	Date of Attendance	Disease or Condition
.....
.....
.....

b. Had the deceased within the last five years been an inmate of, or under treatment at a hospital, sanitarium, aslum or other institution? b. کیا مرحوم آخری پانچ سال کے اندر اندر کسی ہسپتال، سینٹوریم، دارالامان یا کسی دوسرے ادارہ میں زیر علاج رہا؟
(If so, state when, where, an for what cause?) (اگر ہاں تو بیان کریں کہ کب، کہاں اور کس وجہ سے؟)

7. In what other compaines, and for what amounts, was the life of deceased insured? 7۔ مرحوم نے کتنی دوسری کمپنیوں میں کتنی رقم تک کی انشورنس کروا رکھی تھی؟

Company	Policy Number	Policy Date	Amount of Insurance
کمپنی	پالیسی نمبر	پالیسی کی تاریخ	انشورنس کی رقم
.....
.....

8. In what capacity, or by what title, do you claim this insurance? 8۔ آپ کس حیثیت سے یا کس حق سے انشورنس کا حکم داخل کر رہے ہیں؟

9. Did you elect one of the optional modes of settlement in leiu of an ammedicate case payment? 9۔ کیا آپ نے فوری نقد ادائیگی کے تاثر میں تصفیے کے اختیاری طریقہ کار میں سے ایک کا انتخاب کیا؟
If so, which mode of settlement? اگر ہاں تو تصفیہ کا طریقہ بیان کریں۔

10. What is your date of birth? 10۔ آپ کی تاریخ پیدائش کیا ہے؟

The undersigned, hereby makes claim to said insurance, and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians who attended to or treated the insured shall constitute and they are hereby made a part of these Proofs of Death, and further agrees that the furnishing of this form, or of any other forms Supplemental thereto, by said Company shall not constitute nor be considered by it that there was any insurance in force of the life in question, nor a weiver of any of its rights or defences.

زیر دستخطی ان تمام ڈاکوئرز، ہسپتالوں، کلینکس، فارمسٹ، لیبارٹریوں، ملازمین، انشورنس کمپنیوں، دیگر کمپنیوں، اداروں یا کسی دوسرے شخص کو جو مرحوم کے بارے میں کوئی معلومات یا ریکارڈ رکھتے ہیں، کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ آئی جی آئی لائف انشورنس لمیٹڈ کو مرحوم کی موت کی تاریخ، علاج یا مرحوم کا ہسپتال کا مکمل میڈیکل ریکارڈ سے متعلق تمام معلومات فراہم کریں۔ اس اجازت نامہ کی تصویر نقل کو بھی حقیقی کی طرح درست تسلیم کیا جائے گا۔

Dated at Signature 20
(City) (شہر) (Country) (ملک) Name

This Address 20
..... day of (P.O. Box) (پ. او. بکس)

WITNESS: کو ذاتی طور پر میرے رو برو پیش ہونے
On this 20 Personally appeared before me the above
named who is known to me and subscribed the foregoing statement before me.
..... Date:
..... Signature
..... Witness Name:
..... Date:
..... Signature

AUTHORIZATION اجازت نامہ

"The undersigned hereby authorizes, all physicians, hospitals, clinics, Pharmacists, laboratories, Employers, Insurance Companies, other Companies, Institutions or any other persons who have any records or information of late..... of provide IGI Life Insurance limited any and all information with respect to this health and medical, constitutions, medical prescription, treatments or complete copy of his hospital medical record. A photographic copy of this authorization shall be as valid as the original"

زیر دستخطی ان تمام ڈاکوئرز، ہسپتالوں، کلینکس، فارمسٹ، لیبارٹریوں، ملازمین، انشورنس کمپنیوں، دیگر کمپنیوں، اداروں یا کسی دوسرے شخص کو جو مرحوم کے بارے میں کوئی معلومات یا ریکارڈ رکھتے ہیں، کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ آئی جی آئی لائف انشورنس لمیٹڈ کو مرحوم کی موت کی تاریخ، علاج یا مرحوم کا ہسپتال کا مکمل میڈیکل ریکارڈ سے متعلق تمام معلومات فراہم کریں۔ اس اجازت نامہ کی تصویر نقل کو بھی حقیقی کی طرح درست تسلیم کیا جائے گا۔

Name: Date:
..... Signature
..... Witness Name:
..... Date:
..... Signature