

RECOVERY BENEFIT/CRITICAL/ILLNESS CLAIM FORM

بحالی کے فوائد / مہلک / بیماری کلیم فارم

POLICY NO. _____

پالیسی نمبر

PART A - INSURED'S STATEMENT

پہلا حصہ - بیمہ دار کا بیان

Name of Insured _____

بیمہ دار کا نام

Insured's Address: _____

بیمہ دار کا پتہ

1. Nature of Disease _____

1۔ بیماری کی نوعیت:

2. Date of First Consultation _____

2۔ ڈاکٹر سے پہلے معائنہ کی تاریخ:

3. Date of Diagnosis of Disease _____

3۔ بیماری کی تشخیص کی تاریخ:

4. Has disease been caused by _____

4۔ کیا بیماری مندرجہ ذیل کی وجہ سے ہوئی؟

a. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)? _____

اے۔ ایکوائزڈ ایمیون ڈیفینسٹی سینڈروم (ایڈز)؟

b. Misuse of drugs or alcohol? _____

بی۔ منشیات اور الکحل کا غلط استعمال؟

5. Cardiac Bypass Surgery (if applicable) (اگر قابل اطلاق ہے) _____

a. Date of Surgery _____

اے۔ سرجری کی تاریخ:

b. No. of Coronary Arteries involved _____

بی۔ کتنی کورونری شریانوں کی سرجری کی گئی:

6. a. Name of Treating Physician _____

6۔ اے۔ علاج کرنے والے معالج کا نام:

b. Physician's address _____

بی۔ معالج کا پتہ:

AUTHORIZATION

اجازت نامہ

I hereby authorize all doctors or other persons and all hospital's or other institutions to furnish all information (including full copies of their records) regarding myself, my medical history in general and this claim in particular to **IGI Life Insurance Limited**.

میں تمام ڈاکٹروں یا دیگر افراد اور تمام ہسپتالوں یا دیگر اداروں کو میرے متعلق، میری میڈیکل ہسٹری بالعموم اور اس کلیم بخصوص سے متعلق تمام معلومات

A photocopy of this authorization shall be considered as original.

(ریکارڈ کی مکمل نقول) آئی جی آئی لائف انشورنس لمیٹڈ کو فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

Signature of Insured _____

بیمہ دار کے دستخط

Date _____

تاریخ

PART B - PHYSICIAN'S STATEMENT دوسرا حصہ - معالج کا بیان

Name of Patient _____ Date of Birth _____
مریض کا نام تاریخ پیدائش
Height _____ Weight _____
قد وزن
=====

1. COMPLETE FOR MYOCARDIAL INFRACTION 1۔ مایوکارڈیل انفراکشن کیلئے مکمل کریں

a. Final diagnosis _____
اے۔ حتمی تشخیص

b. Date of Diagnosis _____
بی۔ تشخیص کی تاریخ

c. Was there history of Chest Pain? Yes _____ No _____
سی۔ کیا سینے میں تکلیف پرانی ہے؟ ہاں نہیں

If yes, give details. _____
اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں

d. Did ECG reveal new Electrocardiographic changes? Yes _____ No _____
ڈی۔ کیا ای سی جی میں نئی الیکٹرک کارڈیو گرافک تبدیلیاں ظاہر ہوئی؟ ہاں نہیں

If yes, give details. _____
اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں

e. Was there elevation of Cardiac Enzymes? Yes _____ No _____
ای۔ کیا کارڈیک انزائم کی سطح میں اضافہ ہوا؟ ہاں نہیں

(Company requires all laboratory test, ECGs and X-RAYS done)

(کمپنی کو تمام لیبارٹری ٹیسٹ، ای سی جی اور ایکس ریز مطلوب ہیں)

2. COMPLETE FOR CORONARY ARTERY DISEASE REQUIRING SURGERY 2۔ کورونری آرٹری کی بیماری کیلئے مکمل کریں جس کے لئے سرجری درکار ہو

a. Date of Diagnosis _____
اے۔ تشخیص کی تاریخ

b. Nature of Surgery _____
بی۔ سرجری کی نوعیت

c. Date of Surgery _____
سی۔ سرجری کی تاریخ

d. No. of Coronary Arteries involved _____
ڈی۔ کتنی کورونری آرٹری کی سرجری کی گئی

(Company requires all Laboratory Test, ECGs, and Catheterization Film & Diagram)

(کمپنی کو تمام لیبارٹری ٹیسٹ، ای سی جی اور ایکس ریز مطلوب ہیں)

3. COMPLETE FOR CEREBRAL STROKE 3۔ دماغی جھٹکے کی صورت میں مکمل کریں

a. Final Diagnosis _____
اے۔ حتمی تشخیص

b. Date of Diagnosis _____
بی۔ تشخیص کی تاریخ

c. Did ECG reveal permanent neurological deficit? _____
سی۔ کیا ای سی جی سے مستقل عصبانی نقصان ظاہر ہوا؟

(Company requires all Laboratory Tests, ECGs and Neurologist Option Confirming diagnosis)

(کمپنی کو تمام لیبارٹری ٹیسٹ، ای سی جی اور ایکس ریز مطلوب ہیں)

4. COMPLETE FOR CANCER 4۔ کینسر کی صورت میں مکمل کریں

a. Detailed final diagnosis including location _____

اے۔ کینسر کی تشخیص اور مقام کی حتمی تفصیلات

b. Date of Diagnosis _____

بی۔ تشخیص کی تاریخ

c. Medical History _____

سی۔ میڈیکل ہسٹری

(Company requires all Laboratory and Tissue Biopsy Pathology Tests)

(کمپنی کو تمام لیبارٹری ٹیسٹ، ای سی جی اور ایکس ریز مطلوب ہیں)

5. COMPLETE FOR CHRONIC, IRREVERSIBLE RENAL FAILURE 5۔ گردوں کی پرانی اور ناقابل علاج خرابی کی صورت میں مکمل کریں

a. Detailed diagnosis _____

اے۔ تفصیلی تشخیص

b. Date of Diagnosis _____

بی۔ تشخیص کی تاریخ

c. Medical History _____

سی۔ میڈیکل ہسٹری

d. Nature of Treatment _____

ڈی۔ علاج کی نوعیت

(Company requires all Laboratory Tests)

(کمپنی کو تمام لیبارٹری ٹیسٹ مطلوب ہیں)

6. COMPLETE FOR BLINDNESS CAUSED BY SICKNESS 6۔ بیماری کی وجہ سے اندھے پن کی صورت میں مکمل کریں

a. Nature of Sickness _____

اے۔ بیماری کی نوعیت

b. Is blindness total, permanent and irrevocable? Yes _____ No _____

ہاں

نہیں

بی۔ کیا اندھا پن مکمل، مستقل اور ناقابل علاج ہے؟

c. Date of Diagnosis _____

سی۔ تشخیص کی تاریخ

d. Medical History _____

ڈی۔ میڈیکل ہسٹری

(COMPANY REQUIRES ALL MEDICAL TESTS)

(کمپنی کو تمام لیبارٹری ٹیسٹ مطلوب ہیں)

COMPLETE FOR DIAGNOSED DISEASE تشخیص شدہ بیماری کی صورت میں مکمل کریں

1۔ وہ تاریخ جس پر اس بیماری کی علامات کیلئے آپ نے ڈاکٹر کو دکھایا: Date you were first consulted for the symptoms of this condition:

Month: _____ Day: _____ Year: _____
مہینہ دن سال

2۔ وہ تاریخ جس پر اس بیماری کیلئے مریض کو طبی توجہ کی ضرورت پیش آئی: Date Patient has previous medical attention for this condition:

Month: _____ Day: _____ Year: _____
مہینہ دن سال

Physician _____
معالج

Address: Street _____ City _____
پتہ: سٹریٹ شہر

Dates confined to Hospital: ہسپتال میں داخل ہونے تاریخیں:

3. From: _____ To: _____
سے تک

From: _____ To: _____
سے تک

4. Hospital Name _____
4۔ ہسپتال کا نام

Address _____
پتہ

5. Has disease been caused by: (Give Details) کیا بیماری مندرجہ ذیل کی وجہ سے ہوئی (تفصیلات فراہم کریں)

a. Acquired Immune Deficiency Disease Virus (HIV), or is it an AIDS related complex or infection by HIV Virus?

اے۔ ایکوائرڈ امیون ڈیفیئنسی ڈیزیز وائرس (ایچ آئی وی) یا ایڈز سے متعلق پیچیدگی یا ایچ آئی وی وائرس کی وجہ سے انفکشن

b. Misuse of Drugs or Alcohol?

بی۔ منشیات یا الکوحل کے غلط استعمال؟

Name of Attending Physician _____
علاج کرنے والے معالج کا نام

Hospital or Clinic Address _____
ہسپتال یا کلینک کا پتہ

Seal & Signature: _____ Date: _____
سیل اور دستخط: تاریخ: