



RECOVERY BENEFIT/CRITICAL/ILLNESS CLAIM FORM

بحالی کے فوائد امہلک ابیاری کلیم فارم

アイドルション (insured finance) PART A - INSURED'S STATEMENT (POLICY NO	
Name of Insured (ກະທານອຸກິດ) Insured (ກະທານອຸກິດ) Insured (ກະທານອຸກິດ) Insured (ກະທານອຸກິດ) Insured (ກະທານອຸກິດ) Insured (shadress: ຊະກັບລະ Date of First Consultation ມ້າງເປັນສຸດ ທີ່ ເພື່ອເຂົ້າເຂົ້າ 2 Date of First Consultation ມ້າງເປັນສຸດ ທີ່ ເພື່ອເຂົ້າເຂົ້າ 2 Date of First Consultation ມ້າງເປັນສຸດ ທີ່ ເພື່ອງ ທີ່ ເພື່ອ	بالسي نمبر	
Name of Insured (ການແຂງ Saddress: Insured Saddress:	پېلاحصيه بيمه دار کا بيان	
I. Nature of Disease		
1. Nature of Disease نَعْمَانُونُو - 1 2. Date of First Consultation نَعْمَانُونُو - 1 3. Date of Disposis of Disease نَعْمَانُونُونُو - 2 4. Has disease been caused by نَعْمَانُونُونُونُو - 3 4. Has disease been caused by نَعْمَانُونُونُو - 3 5. Missuse of drugs or alcohal? 5. Date of Surgery 5. Cardiac Bypass Surgery (if applicable) (جَاءَ عُنْمُ الْمُونُونُونُونُونُونُونُونُونُونُونُونُونُ		
1. Nature of Disease - المحافية المحافظة المح		
2. Date of First Consultation		
2. Date of First Consultation		
2. Date of First Consultation		
2. Date of First Consultation יייי ביייי בייי ביייי בייי ביייי בייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי בייי ביייי בייי בייי בייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי בייי ביייי בייי ביייי בייי ביייי בייי ביייי בייי ביייי בייי בייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי ביייי	1. Nature of Disease	
3. Date of Diagnosis of Disease - ເປັນເປັນ ການ ເປັນ ເປັນ ການ ເປັນ ເປັນ ການ ເປັນ ເປັນ ການ ການ ເປັນ ການ ການ ເປັນ ການ ການ ເປັນ ການ ການ ການ ການ ການ ການ ການ ການ ການ ກາ		
3. Date of Diagnosis of Disease : ເປັນເປັນຕົ້ວໃນປະຊາວິດ		
4. Has disease been caused by ເມື່ອງ ເປັນ ເຂົ້າ ເຂົ້	2-دا مرسے بیٹے محاصل عن کاری: 3. Date of Diagnosis of Disease	
a. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)? (ادران الله الله الله الله الله الله الله ال		
a. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)? (ادران الله الله الله الله الله الله الله ال	4. Has disease been caused by 3.	
اراز المحادة الموادة	a. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)?	
\$. Cardiac Bypass Surgery (if applicable) (المرة على اطلاق التعالى المرات المرات المرات المرات المرات المرات المرت المر		
5. Cardiac Bypass Surgery (if applicable) (جارل کا پائی پاک برجی (اگری تاراطیات کی اترائی تاریخ کا تاریخ کی تا		
a. Date of Surgery ال المساري الترك ال المساري الترك	ني _منشيات اوراللوطل كا غلط استعمال : ؟	
a. Date of Surgery ال المساري الترك ال المساري الترك	5. Cardiac Bypass Surgery (if applicable) (اگرة بل اطلاق ہے)	
المن المن المن المن المن المن المن المن		
المن المن المن المن المن المن المن المن	:בגיק אטטארט b. No. of Coronary Arteries invloved	
6. a. Name of Treating Physician	نی بی کتنی کوروزی شریانوں کی سرجری کی گئی:	
المن المن المن المن المن المن المن المن	•	
b. Physician's address : المي معاني كالميد الله المعالمة المعالم	o. a. Name of Treating Physician	
AUTHORIZATION ا المجازت نامه 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. عین تنام دُاکر دن کی افراد اور تنام مهداواری کارور و میشود کی اجازی میری میڈ کیل ہمری بالعوم اوران کلیم مشخوص مے متعلق تنام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. Signature of Insured	b. Physician's address	
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 ڈاکٹر وں یادیگر افراواور تمام بہتا اوں یادیگر افراواروں کو میر میڈیکل بسٹری بالعوم اوراس کلیم کشخص سے متعلق تمام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. Signature of Insured	بي-معارفح كا پيعه:	
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 ڈاکٹر وں یادیگر افراواور تمام بہتا اوں یادیگر افراواروں کو میر میڈیکل بسٹری بالعوم اوراس کلیم کشخص سے متعلق تمام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. Signature of Insured		
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 ڈاکٹر وں یادیگر افراواور تمام بہتا اوں یادیگر افراواروں کو میر میڈیکل بسٹری بالعوم اوراس کلیم کشخص سے متعلق تمام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. Signature of Insured		
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 ڈاکٹر وں یادیگر افراواور تمام بہتا اوں یادیگر افراواروں کو میر میڈیکل بسٹری بالعوم اوراس کلیم کشخص سے متعلق تمام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. Signature of Insured		
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 ڈاکٹر وں یادیگر افراواور تمام جہتا اوں یادیگر اداروں کومیر مے متعلق میری میڈیلی ہوں یا لعوم اوراس کلیم بلخصوص ہے متعلق تمام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. Signature of Insured		ION
of their records) regarding myself, my medical history in general and this claim in particular to IGI Life Insurance Limited. میں تمام ڈاکٹر وں یادیگر افراداور تمام بہتا اوں یادیگر اداروں کومیر میڈیکل بسٹری بالعوم اوراس کلیم کخصوص ہے متعلق تمام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. Signature of Insured		
میں تمام ڈاکٹر وں یادیگر افراداور تمام ہیپتالوں یادیگر اداروں کومیر مے متعلق نمام معلومات A photocopy of this authorization shall be considered as original. میں تمام ڈاکٹر وں یادیگر افراداور تمام ہیپتالوں یادیگر اداروں کومیر مے متعلق تمام معلومات Date Date	I hereby authorize all doctors or other persons and all hospital's or other inst	tutions to furnish all information (including full copies
A photocopy of this authorization shall be considered as original. دریکارؤ کی کمیل نقول) آئی جی آئی لائف انشورش لمیینڈ کوفرا ہم کرنے کی اجازت دیتا ادیتی ہوں۔ Signature of Insured		
Signature of Insured Date	ں بالعموم اوراس کلیم بلخصوص ہے متعلق تمام معلومات	میں تمام ڈاکٹروں یا دیگر افراداور تمام ہیتالوں یا دیگراداروں کومیرے متعلق،میری میڈیکل ہسٹر
Signature of Insured Date	A photocopy of this authorization shall be considered as original.	(ریکارڈ کیکمل نقول) آئی جی آئی لائف انشورٹس کمیٹڈ کوفرا ہم کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں
•		,
•	Signature of Insured	Date
	· ·	ئارىخ.

Name of Patient	Date of Birth
مريض كانام	تاريخ پيدائش
Height تر	
	1- مائيوكار ۋىلى انفرىكىشن كىلىيى كىمل كرىي AL INFRACTION
اے حتی تشخیص 	
b. Date of Diagnosis —	
نې تشخیص کی تاریخ: ۲ میرو ملک میرون که میرون که در این میرون کاریخ:	V N-
c. Was there history of Chest Pain?	Yes No بین پاں
If yes, give details.	
اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں	
d. Did ECG reveal new Electrocard کای کی بیمین گن النیکٹر وکارڈ لوگرا فکت تبدیلیاں ظام ہوئی؟	iographic changes? Yes No نہیں ہا ^ل ڈی۔کیا
If ves, give details	· U.
اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں	
a. Date of Diagnosis	ARTERY DISEASE REQUIRING SURGERY بِزِی آرٹری کی بیاری کیلیے عمل کریں جس کے لئے سرجری درکار ہو
بی۔سرجری کی نوعیت	
-	
سی _سرجری کی تاریخ	
تی۔برجری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve ڈی۔ تنی کوروزی آرٹری کی جری کی گئ	d
تی۔ سرجری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve ڈی۔ کتی کوروزی آرٹری کی سرجری کی گئی (Company requires all Laboratory T	d Test, ECGs, and Catheterization Film & Diagram)
تی۔برجری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve ڈی۔ کئی کوروزی آرٹری کی ہے جی کی گئ	d Test, ECGs, and Catheterization Film & Diagram)
تی سر جری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve ڈی کئی کوروزی آرٹری کی سر جری کی گئی (Company requires all Laboratory T کوتمام لیبارٹری ٹمیٹ، ای ہی جی اورا میکس ریز مطلوب ہیں)	d
تی پسر جری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve ڈی کی گئی کوروزی آرٹری کی سر جری کی گئی (Company requires all Laboratory T کوتمام لیبارٹری ٹمیٹ، ای ہی جی اورا کیس ریزمطلوب ہیں) (COMPLETE FOR CEREBRAL S	Pest, ECGs, and Catheterization Film & Diagram)
تی پسر جری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve ڈی کی گئی کوروزی آرٹری کی سر جری کی گئی (Company requires all Laboratory T کوتمام لیبارٹری ٹمیٹ، ای ہی جی اورا کیس ریزمطلوب ہیں) (COMPLETE FOR CEREBRAL S	d Test, ECGs, and Catheterization Film & Diagram) (کیپنی STROKE دوافی تنظیمی کا کسورت میں مکمل کریں
می سر جری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve ڈی کتی گوروزی آرٹری کی سر جری کی گئ (Company requires all Laboratory T فرقتام لیبارٹری ٹمیٹ، ای ہی جی اورا کیس ریز مطلوب ہیں) COMPLETE FOR CEREBRAL S a. Final Diagnosis	d Test, ECGs, and Catheterization Film & Diagram) (کینژ STROKE دوافی تنظیلی صورت بین ممل کریں 3
على المرتبى كى تارتخ d. No. of Coronary Arteries involve خى كى كى كوروزى آر گرى كى سر جرى كى گئ (Company requires all Laboratory T (كوتمام ليرار ئرى ئىيىپ، اى تى جى اورا كيس ريز مطلوب بيس) كوتمام ليرار ئرى ئىيىپ، اى تى جى اورا كيس ريز مطلوب بيس) كوتمام ليرار ئرى ئىيىپ، اى تى جى اورا كى تى	d
می سر جری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve خی سے تنجی کوروزی آرٹری کی سر جری کی گئی (Company requires all Laboratory T کوتمام لیبارٹری ٹمیٹ، ای ہی جی اورا کیس ریز مطلوب ہیں) COMPLETE FOR CEREBRAL S a. Final Diagnosis اے ختی تنجیص ال ختی تنجیص کی تاریخ b. Date of Diagnosis کی تنجیص کی تاریخ c. Did ECG reveal permanent neuro	d Test, ECGs, and Catheterization Film & Diagram) (کینژ STROKE دوافی تنظیلی صورت بین ممل کریں 3
می سربری کی تاریخ d. No. of Coronary Arteries involve روی کنی کوروزی آرٹری کی سربری کی گئی (Company requires all Laboratory T کوتمام لیبارٹری شمیٹ، ای ہی جی اورا کیس ریز مطلوب ہیں) COMPLETE FOR CEREBRALS a. Final Diagnosis اسے حتی شخیص الی تشخیص کی تاریخ b. Date of Diagnosis نی تشخیص کی تاریخ c. Did ECG reveal permanent neuro	Test, ECGs, and Catheterization Film & Diagram) (م کینی کی مسلک کریں STROKE دورت میں کمل کریں 3

Details 4 Co1 41	duding lageties
	cluding location
ے۔ کینسر کی شخیص اور مقام کی حتمی تفصیلات	
b. Date of Diagnosis	
تې تشخيص کې تاريخ	
c. Medical History سی۔میڈیکل ہسٹری	
-/ - * -	
(Company requires all Labora	atory and Tissue Biopsy Pathology Tests)
را نیس ریز مطلوب ہیں)	(کمپنی کوتمام لیبارٹری شیٹ ،ای بی اور
COMPLETE FOR CHRON	TIC, IRREVERSIBLE RENAL FAILURE مردول کی پرانی اورنا قابل علاج خرابی کی صورت میں کمل کریں
a. Detailed diagnosis	
- اے۔ تفصیل شخص	
b. Date of Diagnosis	
بی ۔ تشخیص کی تاریخ	
c. Medical History س_میڈیکل ہسٹری	
d. Nature of Treatment	
د کی۔علاج کی نوعیت ڈی۔علاج کی نوعیت	
(Company requires all Labora	
کمپنی کوتمام لیبارٹری ٹمسٹ مطلوب ہیں)	
COMPLETE FOR BLINDN	6- بیاری کی وجہ سے اندھے پن کی صورت میں تکمل کریں۔ NESS CAUSED BY SICKNESS
a. Nature of Sickness ———	
اے۔ بیاری کی نوعیت	
ا ہے۔ نیاری کی نوعیت 	
اے۔ یاری کی نوعیت b. Is blindness total, permaner	nt and irrevocable? Yes No
ا ہے۔ نیاری کی نوعیت 	nt and irrevocable? Yes No
اے۔ بیماری کی نوعیت b. Is blindness total, permaner بھا پن مکمل، مستقل اور نا قابل علاج ہے؟	nt and irrevocable? Yes No نبیس با ^ل بی کیااند
ا ہے۔ پیماری کی نوعیت b. Is blindness total, permaner چھا پین مکمل مستقل اور نا قابل علاج ہے؟ c. Date of Diagnosis	nt and irrevocable? Yes No نبيس با ^ل پي کيااند
ا ہے۔ پیماری کی نوعیت b. Is blindness total, permaner چھا پین مکمل مستقل اور نا قابل علاج ہے؟ c. Date of Diagnosis	nt and irrevocable? Yes No نبیس با ^ل بی کیااند

(COMPANY REQUIRES ALL MEDICAL TESTS) (کمپنی کوتمام لیبارٹری ٹمیٹ مطلوب ہیں)

	d for the symptoms of this condi	ں بیاری کی علامات کیلیے آپ نے ڈاکٹر کود کھایا: :tion	1_وہ تاریخ جس پراتر
Month:	Day:	Year:	
مهيينه	ول	سال	
. Date Patient has previous me	edical attention for this condition	به اس بیاری کیلئے مریض کولمبی تعجبہ کی ضرورت پیش آئی :1	2_وەتارىخ: جس
Month:	Day:	Year:	
مواخ Address: Street پتة :ستر بيث		City	
Dates confined to Hospital:	ہپتال میں داخل ہونے تاریخیں:		
From:	т	To:	
	T		
* .,			
Has disease been caused by:	پروئی (تفصیلات فراہم کریں) (Give Details)	5-كيانياري مندرجيذ مل كي وجه	
	ency Disease Virus (HIV), or is it		fection by HIV Virus?
•	ن	زِ زے متعلق پیچیڈگی یاا چ _ے آئی وی وائرس کی وجہ سے انفکشر	ا یکوائرڈامیون ڈیفیشنسی ڈیزیزوائرس(ایچ آئی وی) ماابڈ
b. Misuse of Drugs or Alcoh کی منشات بالکوئل کے فاط استعال ؟	nol?		
b. Misuse of Drugs or Alcoh بی منشیات یا الکوحل کے غلط استعمال؟	nol?		
	nol?		
	nol?		
نی _ منشیات یا الکوحل کے خاط استعمال؟ 	nol?		
بی۔ منشیات یا الکوحل کے فاط استعمال؟ بالکوحل کے فاط استعمال؟ 			