

PROOFS OF DEATH
Submitted to
IGI Life Window Takaful Operations
(All answers must be in the physician's handwriting)

موت کے ثبوت

آئی جی آئی لائف ونڈو تکافل آپریشنز کو جمع کرائے گئے
(تمام جوابات معالج کی اپنی تحریر میں ہونے چاہیے)

1.	-1	d) Date of Death موت کی تاریخ (ڈی)
a) Full name of deceased (اے) مرحوم کا پورا نام		e) Place of death موت کا مقام (ای)
b) Residence at death (بی) موت کے وقت رہائش		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		
2. Cause of death (enter only one cause for each of a, b, and c) موت کی وجہ (اے، بی اور سی میں سے ہر کیلئے ایک وجہ بیان کریں)	Interval between onset and death بیماری اور موت میں وقفہ	
Disease or conditions directly leading to death موت کی براہ راست وجہ بننے والی بیماری یا حالت	(a) (اے)	
a) (اے) پہلے کی وجوہات	(b) (بی)	
Antecedent causes Due to (b) کی وجہ سے (بی)	(c) (سی)	
(Due to (c) کی وجہ سے (سی))		
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"/> 6- (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 7- (اے) 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"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں (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 8- (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
If Yes to either question, please furnish the following:
یا کسی ہسپتال یا ادارہ میں علاج کرایا؟ ہاں ☐ نہیں ☐

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 State maiden name also
Deceased's name in full مرحوم کا پورا نام
Age عمر

- Occupation at date of death? 1۔ موت کی تاریخ پر پیشہ
- 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). (فیملی ریکارڈ یا کوئی دوسرا ریکارڈ یا پیدائشی حقیقت کا حوالہ لایا جائے)
- Date and place of death 3۔ اے۔ موت کی تاریخ اور مقام
b. Cause of death? b.
(بی۔ موت کی وجہ؟)
- when did deceased first complain of, or give other indications of his last illness? 4۔ اے۔ مرحوم نے پہلی مرتبہ کب اپنی آخری بیماری کے بارے میں شکایت یا دیگر اشارات دیے؟
Date تاریخ
 - When did deceased first consult a physician for his last illness? 4۔ بی۔ مرحوم نے آخری مرتبہ کب اپنی آخری بیماری کیلئے معالج سے مشورہ کیا؟
Date تاریخ
- On what date did deceased last attend to his usual work? 5۔ آخری مرتبہ کب تاریخ کو مرحوم نے اپنا معمول کا کام کیا؟
Date تاریخ
- 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
نام	پتہ	علاج کی تاریخ	بیماری یا حالت
.....
.....
.....
.....

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

- 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 کی اختیار ی طریقہ کار میں سے ایک کا انتخاب کیا؟
If so, which mode of settlement? اگر ہاں تو تصفیے 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 ڈاکٹر، 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 طبیعت کی مدد کے لئے انشورنس کا حکم کرتا ہے اور اس بات اس اتفاق کرتا ہے کہ تمام تحریری بیانات اور..... بیمہ دار کا معائنہ اور علاج کرنے والے ڈاکٹر صاحبان کے بیان حلفی شامل کیے جائیں گے اور موت کے ثبوت کا حصہ بنائے جائیں گے اور اس بات سے بھی اتفاق کرتا ہے کہ شخص یہ فارم یا اس کے ہمراہ مذکورہ کمپنی کے کوئی دیگر فارم پیش کر دینے سے نہ تو اس امر کا کوئی ہوگا اور نہ ہی زیر غور لایا جائے گا کہ مذکورہ شخص کی زندگی کا یہ کہ کیا تھا اور کوئی انشورنس لاگو تھا اور نہ ہی اس نے اپنے دفاع کے کسی حق سے دستبرداری اختیار کی تھی

Dated at Signature
(City) (شہر) (ملک) (Country)
نام

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

WITNESS:
On this Personally appeared before me the above
named who is known to me and subscribed the foregoing statement before me.
..... کو ذاتی طور پر میرے دربر پیش ہوئے
..... 20
..... who is known to me and subscribed the foregoing statement before me.
..... سے واقف ہوں۔

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 ڈاکٹر، 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 طبیعت کی مدد کے لئے انشورنس کا حکم کرتا ہے اور اس بات اس اتفاق کرتا ہے کہ تمام تحریری بیانات اور..... بیمہ دار کا معائنہ اور علاج کرنے والے ڈاکٹر صاحبان کے بیان حلفی شامل کیے جائیں گے اور موت کے ثبوت کا حصہ بنائے جائیں گے اور اس بات سے بھی اتفاق کرتا ہے کہ شخص یہ فارم یا اس کے ہمراہ مذکورہ کمپنی کے کوئی دیگر فارم پیش کر دینے سے نہ تو اس امر کا کوئی ہوگا اور نہ ہی زیر غور لایا جائے گا کہ مذکورہ شخص کی زندگی کا یہ کہ کیا تھا اور کوئی انشورنس لاگو تھا اور نہ ہی اس نے اپنے دفاع کے کسی حق سے دستبرداری اختیار کی تھی

Name: Signature
..... نام
Witness Name: Signature
..... گواہان کے نام
Date:
Date: