

PART A: THIS SECTION TO BE COMPLETED BY CLAIMANT

پہلا حصہ: یہ حصہ دعویٰ دار کی طرف سے مکمل کیا جانا چاہیے

1. Participant Name: _____ 2. Date of Birth: _____
شریک کا نام تاریخ پیدائش

3. Membership Number: _____ 4. Class / Plan: _____ 5. Cert. / Emp ID: _____
نمبر رکنیت کلاس/پلان: سرٹیفکیٹ/ملازمت نمبر:

6. Name of Patient: _____ 7. Relationship to participant: _____ 8. Date of Birth: _____
مریض کا نام شریک کا نام سے رشتہ تاریخ پیدائش

9. Nature of Ailment? (If ailment due to injury, where, and how happen) _____
بیماری کی نوعیت؟ (اگر بیماری چوٹ کی وجہ سے ہو یا پھر کسی اور وجہ سے ہو تو بتائیے جہاں اور کیسے)

10. Date Symptoms of ailment first appear? _____
بیماری کی علامات کے پہلی مرتبہ ظاہر ہونے کی تاریخ؟

11. Has the patient ever had the same or similar medical conditions? Yes ☐ No ☐ _____
کیا مریض اس سے پہلے اس طرح کی بیماری یا طبی حالت کا شکار ہوا؟

If 'Yes' please provide details and dates of ANY previous conditions and treatment under taken give details:

اگر ہاں تو براہ مہربانی ذیل میں پہلے سے موجود کسی بھی بیماری اور علاج کی تفصیلات فراہم کریں؟

12. Name and address of physician first consulted: _____
معالج کا نام اور پتہ جس سے پہلی مرتبہ معائنہ کرایا گیا:

13. If patient hospitalized, give name & address: _____
اگر مریض کو ہسپتال میں داخل کرایا گیا تو ہسپتال کا نام اور پتہ:

Date of Admission: _____ Date of Discharge: _____
داخلگی کی تاریخ خارج ہونے کی تاریخ

Had the patient ever had the same ailment: If yes give details: _____
کیا مریض کو اس سے پہلے اس طرح کی بیماری ہوئی۔ اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں۔

14. Are you entitled to any other benefit or compensation, from any source whatsoever? If so, give details:

کیا آپ کسی بھی ذرائع سے کسی دوسرے فوائد یا معاوضہ کے حقدار ہیں؟ اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں:

15. Occupation/Duties _____
پیشہ/فرائض

I hereby certify that all answers and all documents submitted with the Claim Form are complete and true, I hereby authorize any doctor, hospital, clinic or medical provider, any insurance company or any other company, institution or any other person who has any record or information about me and/ or any of my family members to provide - IGI Life Insurance Limited with the information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization, Any photocopy of this authorization shall be taken as the original copy.

میں اس بات کی تصدیق کرتا/ کرتی ہوں کہ کلیم فارم کے ساتھ جمع کرائے گئے تمام جوابات اور دستاویزات مکمل اور درست ہیں، میں کسی بھی ڈاکٹر، ہسپتال، کلینک یا طبی سہولت فراہم کنندہ، کسی بھی انشورنس کمپنی یا کسی دوسری کمپنی، ادارے یا کسی دوسرے شخص کو جی آئی آئی لائف انشورنس لمیٹڈ کو میرے اور/ یا میرے کسی فیملی ممبر کے متعلق ریکارڈ یا معلومات بعد بیماری یا حادثہ، علاج، معائنہ، مشورہ یا ہسپتال میں قیام کے حوالے سے انقل فراہم کرنے کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں۔ اس اجازت نامہ کسی بھی انقل حقیقی نقل کے طور پر قبول کی جائے گی۔

16. Claim Amount _____ Signature of Claimant _____ Date _____
کلیم کی رقم دعویٰ دار کے دستخط تاریخ

FOR OFFICE USE ONLY

صرف دفتری استعمال کے لیے

DOS 1 ذی اولیس 1	DOS 2 ذی اولیس 2	PC پی سی	DEP ذی ای پی	CRVS سی آر وی ایس	PROV پی آر وائی	PAYEE اداکندہ	PRD پی آر ڈی	AC CD ای سی سی ڈی
BEN. CD بیلنس سی ڈی	CLAIMED EXP. کلیم کردہ اخراجات	APPROVED EXP. منظور کردہ اخراجات						

PART B: TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN

دوسرا حصہ: علاج کرنے والے معالج کی طرف سے مکمل کیا جانا چاہیے

1. Patient's Name: _____ 2. Age: _____
مریض کا نام عمر
3. Nature of Sickness/Injuries: _____
بیماری / چوٹوں کی نوعیت
4. If due to pregnancy, give exact date of onset: _____
اگر حمل کی وجہ سے ہے تو بیماری جاری رہنے کی بالکل درست تاریخ فراہم کریں
5. Was it confirmed by investigations: _____
کیا تشخیص سے یہ ثابت ہوا تھا
6. When did Symptoms first appear? _____
پہلی مرتبہ علامات کب ظاہر ہوئیں؟
7. When did the patient first consult you? _____
مریض نے پہلی مرتبہ آپ سے معائنہ کب کروایا؟
8. If hospitalized give details: _____
اگر ہسپتال میں داخل ہونا پڑا تو اس کی تفصیلات فراہم کریں
9. Has the patient ever had a similar conditions: _____
کیا مریض ایسی بیماری میں پہلا مبتلا ہوا؟
10. Name & date of Surgical procedure performed (describe in detail): _____
اگر کوئی سرجیکل پروسیجر کیا گیا تو اس کا نام اور تاریخ (تفصیل سے بیان کریں)

I, hereby certify that my answers to the foregoing questions are correct and true, to the best of my knowledge and belief, without evasion or reservation.
میں اس بات کی تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا سوالات کے جوابات میرے علم و یقین کی حد تک بغیر کسی خدشات کے درست اور حقیقی ہیں۔

Date _____
تاریخ

Signed & Stamped _____
دستخط و مہر

ATTENDING PHYSICIAN
علاج کرنے والا معالج

Complete Address & Tel No. _____
مکمل پتہ اور ٹیلی فون نمبر

The following original documents are to be attached:

مندرجہ ذیل اصل دستاویزات منسلک کیے جائیں گے:

(Please tick) (نشان لگائیے)

	YES ہاں	NO (REASON) نہیں (وجہ)
1. Itemized Hospital Bill & Receipts. _____ ترتیب وار ہسپتال کے بل اور رسیدیں		
2. Detailed Hospital Discharge Report. _____ ہسپتال ڈسچارج کی تفصیلی رپورٹ		
3. Itemized Laboratory & Radiology Bills. _____ ترتیب وار لیبارٹری اور ریڈیالوجی کے بل		
4. All Laboratory & Radiology Reports and Films. _____ تمام لیبارٹری اور ریڈیالوجی رپورٹ اور فلمز		
5. Itemized Pharmacy Bills Along with Prescriptions _____ ترتیب وار فارمیسی بل سمیت ڈاکٹر کا نسخہ		
6. Ultrasound, C.T. Scan, MRI Reports, Films etc. _____ الٹراساؤنڈ، سی ٹی اسکین، ایم آر آئی رپورٹ، فلمز وغیرہ		
7. Others (If Any) _____ دیگر (اگر ہو)		
Must be attached copy of CNIC and IGI Life Medical Card _____ شناختی کارڈ کی کاپی اور آئی جی آئی لائف میڈیکل کارڈ منسلک کرنا ضروری ہے		