

EFU LIFE ASSURANCE LTD. HOSPITALIZATION / MEDICAL EXPENSE CLAIM FORM

POLICY#																										
1. Name of Group																										
2. Name of Member																3	. Da	ate	of B	irth	D	D	M	M	Υ	Υ
4. CNIC No.					-							_			6	. CN	IIC	Issu	e D	ate	D	D	Μ	M	Υ	Υ
5. Contact																										
7. Account Details Bank Name																										
IBAN Number (24 Digits)																										
8. Details of Incident / E	Event _																									
9. Date	DD	M	Μ	Υ	Y	10.	Cau	ıse																		
11. Brief Description of12. What Were the PreHospitalization Req	esenting		mpla es [No		If Y	es l	Kind	dly F	ill in	the	Deta	nils												_
		Date of Admission					Date of					Days of ICU Confinement			Name of Operation / Surgery						Date of Operation					
Name of Hospital		_														INai				ition		(1	
Name of Hospital 1)	D	T_		ssion	Υ	Y	D [Dis	scha	rge	Y					INal				ition	D	D			n Y	Y
·	D	D	Admi	ssion	Y	Y	D [Dis	scha	rge VI Y	Y					INAI				ition	D	1	Oper M	atior	γ Υ	Y Y
1)		D	Admi	ssion M	Υ	Y	D [Dis	scha	rge M Y M Y	Y					Ivai				ition	 	D	Oper M	atior)	Y Y Y
1) 2)	D	D D	Admi M	M M	Y	Y	D [Dis	scha M N M N	rge M Y M Y	Y					Ivai				ition	D	D	M M	M M	Y	Y Y Y
1) 2) 3)	D	D D D	Admi M M	M M	Y \\		D [0	Dis	scha M N M N	Irge Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Y					INdi				ition	D	D D D	M M	M M	Y Y Y	Y Y Y Y Y
1) 2) 3) 4) 5) 13. Name of Physician	D D / Surge	D D D	Admi M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	M M	Y \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	Y	D [0]	Dis	scha	Irge Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Y	C	onfir	leme	ent	INdi				ition	D	D D D	M M	M M	Y Y Y	Y Y Y Y Y
1) 2) 3) 4) 5) 13. Name of Physician 14. Basic Documents F	D D D Surge	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Admi	ssion M M M M M M M Seessr	Y \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	Y	D [0]	Dis	scha	Irge Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Y	C	onfir	nent	s)	INdi				Ition	D	D D D	M M	M M	Y Y Y	Y
1) 2) 3) 4) 5) 13. Name of Physician 14. Basic Documents F	Discharg	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Admi	ssion M M M M M M M Seessr	Y \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	Y	D [0]	Dis	scha	Irge Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Y Y Y Y Attac	C	onfir	nent	ss)		/8			Ition	D	D D D	M M	M M	Y Y Y	Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
1) 2) 3) 4) 5) 13. Name of Physician 14. Basic Documents F	Discharg	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Admi	ssion M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	y N	v P	D [0]	Dis	scha	Irge Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Y	C	onfir	nent	ss)	Forr	/8			ition	D	D D D	M M	M M	Y Y Y	Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
1) 2) 3) 4) 5) 13. Name of Physician 14. Basic Documents F Admission & D Hospital / Med	Discharg	D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Admi	ssion M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	y N	v P	D [0]	Dis	scha	Irge Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Y	C	onfir	nent	ss)		/8			lition	D	D D D	M M	M M	Y Y Y	Y
1) 2) 3) 4) 5) 13. Name of Physician 14. Basic Documents F Admission & D Hospital / Med Hospital Treate	/ Surge Required Discharg dical Bills ment &	on d for e Si	Admin M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	ssion M N N N N N N N N N N N N N N N N N N N	y N	Y	D C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	Discount of the control of the contr	scha M N N N N N N N N N N N N N N N N N N N	arge M Y M Y M Y M Y M Y M Y M Y M Y M Y M		ch Do	onfir	nent CN Cla	ss)	Forr	/ S	Surgi		ition	D	D D D	M M	M M	Y Y Y	Y