

Details of Employer

ملازم کی تفصیلات

Policy Number / پالیسی نمبر _____ Name of Policy Holder Company / پالیسی ہولڈر کمپنی کا نام _____
 Address of employer / ملازم کا پتہ _____
 Contact Number of Employer / رابطہ نمبر آجر کا _____ Email / ای میل _____ Name of person
 to be contacted for claim / دعوے کے لیے رابطہ کیا جانے والے کا نام _____ Contact Number / رابطہ نمبر _____

General Information

عام معلومات

Full name of employee / ملازم کا پورا نام _____ DOB / تاریخ پیدائش _____
 CNIC # / شناختی کارڈ نمبر _____ Employee Number / ملازم کا نمبر _____ Category / _____
 Date on which employment commenced / ملازمت شروع ہونے کی تاریخ _____ Date of last day of work / کام کے آخری دن کی تاریخ _____
 Normal monthly salary at time of disability / معذوری کے وقت عام ماہانہ تنخواہ _____ Job title / پیشہ _____

Details of Disability

معذوری کی تفصیلات

- Please provide specific details of all duties performed by the employee. Please attach a copy of his/her job description
 براہ کرم ملازم کی طرف سے انجام پانے والے تمام فرائض کی مخصوص تفصیلات فراہم کریں۔ براہ کرم اس کی ملازمت کی تفصیل کی ایک کاپی منسلک کریں۔
- What physical positions are adopted by the employee in the performance of his/her duties (e.g. sitting, kneeling, bending, climbing, reaching overhead, lifting etc.)?
 ملازم اپنے فرائض کی انجام دہی میں کون سی جسمانی پوزیشن اختیار کرتا ہے (مثلاً بیٹھنا، گھٹنے ٹیکنا، جھکنا، چڑھنا، پہنچنا اور ہیڈ، لفٹنگ وغیرہ)؟
- Describe the difficulties the employee experiences in performing the normal duties of his/her occupation
 بیان کریں کہ ملازم کو اپنے پیشے کے معمول کے فرائض کی انجام دہی میں مشکلات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔
- What duties is the employee currently able to attend to?
 ملازم فی الحال کن فرائض میں شرکت کرنے کے قابل ہے؟
- Have any attempts been made to redeploy the employee? If so, please provide details
 کیا ملازم کو دوبارہ تعینات کرنے کی کوئی کوشش کی گئی ہے؟ اگر ایسا ہے تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں۔
- Please supply a schedule of all medical attention/sick leave taken by the employee in the past 24 months
 براہ کرم پچھلے 24 مہینوں میں ملازم کی طرف سے لی گئی تمام طبی امداد / بیماری کی چھٹیوں کا شیڈول فراہم کریں۔

Declaration

اقرار نامہ

I declare that all the foregoing statements are true and correct

میں اعلان کرتا / کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام بیانات بالکل صحیح اور درست ہیں۔

Name / نام _____ Position in Company / کمپنی میں پوزیشن _____

Date / تاریخ _____ Signature & Seal / دستخط اور مہر _____

Please return Claim Forms to / براہ کرم دعویٰ کے فارم کو اس ای میل پر بھیجیں : claims-dep@adamjeelife.com

Post Originals documents to / اصلی دستاویزات کو اس پتہ پر ارسال کریں

The Claims Department Adamjee Life Assurance Co. Ltd. 3rd & 4th Floor, Adamjee House, I.I. Chundrigar Road, Karachi

Head Office: 3rd and 4th Floor, Adamjee House, I.I.Chundrigar Road, Karachi - 74000.

+92 (21) 111-11-5433 | +92 (21) 38677344 EXT: 344 | +92 (21) 38630011 | www.adamjeelife.com