

Group Policy No گروپ پالیسی نمبر _____ Claim No دعوی نمبر _____

Name of the Employee ملازم کا نام	
Designation عہدہ	
Personnel No./ Employee No. پرسنل نمبر / ملازم نمبر	
Date of Birth تاریخ پیدائش	
Salary/ Wages تنخواہ / اجرت	
Date of appointment نوٹری ابتدا کی تاریخ	
Nature of Job ملازمت کی نوعیت	Permanent / مستقل <input type="checkbox"/> Contract / معاہدہ <input type="checkbox"/>
Status of employment at the time of injury چوٹ کے وقت ملازمت کی حیثیت	Regular / باقاعدگی سے <input type="checkbox"/> On leave / چھٹی پر <input type="checkbox"/> Terminated / نکال دیئے گئے <input type="checkbox"/>
Current Status of employment ملازمت کی موجودہ حیثیت	Regular / باقاعدگی سے <input type="checkbox"/> On leave / چھٹی پر <input type="checkbox"/> Terminated / نکال دیئے گئے <input type="checkbox"/>
Are you satisfied that the Employee's Statement made herein (form attached) is correct? کیا آپ ملازم کے بیان سے مطمئن ہیں؟ یہ بتایا گیا (فارم منسلک) درست ہے؟ If not please state the inaccuracies اگر نہیں تو غلطیاں درست کریں	
Sate the period of absence treated: (Due to accident) علاج کی غیر حاضری کی مدت بیان کریں: (حادثے کی وجہ سے)	To سے
Has the Employee Returned to Work کیا ملازم کام پر واپس آ گیا ہے؟	Yes / ہاں <input type="checkbox"/> No / نہیں <input type="checkbox"/> If yes, date returned to work: _____ اگر ہاں، کام پر واپس آنے کی تاریخ _____
Amount of Insured بیمہ شدہ رقم	

I hereby certify that the above named employee is a member of our Group Disability Program. The Information stated above is correct to the best of my knowledge and belief.

میں اس کے ذریعے تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ مذکورہ ملازم ہمارے گروپ معذوری پروگرام کا رکن ہے۔ اوپر دی گئی معلومات میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق درست ہیں۔

Date تاریخ _____

Manager/ Incharge Signature & Seal مینیجر / انچارج دستخط اور مہر _____