

EMPLOYER'S STATEMENT

آجر کا بیان



This statement must be completed by the employer, or his duly authorized agent, such as a Superintendent Paymaster, etc. It MUST NOT be completed by a Clerk, Bookkeeper or Foreman, unless specially authorized, nor by Agent or IGI Life.

یہ بیان آجر یا اس کی طرف سے نامزد کردہ مجاز ایجنٹ جیسے کہ سپرنٹنڈنٹ پے ماسٹر وغیرہ کی طرف سے مکمل کیا جانا چاہیے۔ یہ بیان کلرک، بک کیپر یا فورمین کی طرف سے مکمل نہیں کیا جانا چاہیے جب تک ایجنٹ یا آئی جی آئی لائف کی طرف سے مجاز نہ بنایا جائے۔

1. Full name of Insured:

بیمہ دار کا پورا نام

2. Name and business address of Insured's employer:

بیمہ دار کے آجر کا نام اور کاروباری پتہ:

3. When was Insured compelled to give up his duties? (Give exact date.)

بیمہ دار کو کب فرائض سے عہدہ براہ ہونے پر مجبور کیا گیا (درست تاریخ فراہم کریں):

4. When did Insured return to Work?

بیمہ دار نے کب اپنی ڈیوٹی جو اٹن کی؟

5. Was Insured's injury the sole cause of his absence from duty for all of the above period? if not, give particulars.

کیا بیمہ دار کی چوٹ مذکورہ بالا مدت کیلئے ڈیوٹی سے غیر حاضری کی واحد وجہ تھی؟ اگر نہیں تو دیگر تفصیلات بیان کریں:

Date

تاریخ

Seal & Signature

سیل اور دستخط

Name

نام

Title

عنوان