

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 کہ ایجنٹ یا آئی جی آئی لائف کی طرف سے مجاز نہ بنا یا جائے۔

1. Full name of Participant:

شریک تکافل کا پورا نام

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

شریک تکافل کے آجر کا نام اور کاروباری پتہ:

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

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

4. When did Participant return to Work?

شریک تکافل نے کب اپنی ڈیوٹی جو ان کی؟

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

کیا شریک تکافل 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