


اسٹیٹ لائف بلڈنگ نمبر 2 ویلیس روڈ
پوسٹ بکس 4599 کراچی 74000
ٹیلیفون: 99217022, 99217039
فیکس: 99217025

فارم د

اسٹیٹ لائف 
انشورنس کارپوریشن آف پاکستان
کراچی سدرن زون

آجر کی سند

پالیسی نمبر: _____ مرحوم بیمہ دار کا نام: _____

اس فارم کو مکمل کرنے کیلئے ہدایات:

- یہ فارم اس ادارے کا مجاز افسر مکمل کرے گا جہاں مرحوم بیمہ دار وفات کے وقت ملازم تھا تھی۔
- برائے مہربانی مکمل معلومات فراہم کریں۔ نامکمل فارم قابل قبول نہ ہوگا۔
- فارم کو صاف ستھری لکھائی میں مکمل کریں۔

میں اہم _____ تصدیق کرتا ہوں کرتے ہیں کہ محترمہ _____
ولد ازدوج _____ میرے اہلکارے ادارے میں _____ برس _____ ماہ _____
سے بمقام _____ ملازم تھے اُنہیں۔ ادارے میں ان کی آخری حاضری مورخہ _____ 201 _____ کو تھی اور وہ _____ سال کی عمر میں بعارضہ _____
علیل رہنے کے بعد مورخہ _____ کو انتقال کر گئے آگئیں۔ مرحوم مرحومہ کے ظاہری خدو خال درج ذیل ہیں

ادارے کے ریکارڈ کے مطابق مرحوم مرحومہ کی تاریخ پیدائش _____ ہے ادارہ کو فراہم کردہ عمر کا ثبوت منسلک ہے۔
ہمارے ریکارڈ کے مطابق مرحوم بیمہ دار تعطیلات کی تفصیل درج ذیل ہے:

درخواست میں بیان کردہ سبب تعطیل	تعطیلات کی مدت تاریخ وار
	از _____ تا _____
	از _____ تا _____
	از _____ تا _____

تعطیلات کی تائید میں پیش کردہ درخواستیں اور میڈیکل سرٹیفکیٹ کی فوٹو کاپیاں منسلک ہیں۔
مجھے انہیں یقین ہے کہ مذکورہ بالا شخص وہی ہے جس کی حیات پراسٹیٹ لائف انشورنس آف پاکستان نے مندرجہ پالیسی جاری کی تھی۔

مقام دستخط _____ تاریخ دستخط _____

(دستخط مجاز افسر)

نام: _____ عہدہ: _____ دفتری مہر: _____
پتہ: _____ فون نمبر: _____ فیکس نمبر: _____

تصدیق نامہ (اس فارم کے مندرجات کی تصدیق کی جسٹس آف پیس، جج، مجسٹریٹ، گزٹڈ افسر، ناظم، اسٹیٹ لائف کے انتظامی افسر جو اسٹنٹ منیجر سے کم نہ ہو یا ایئر لائن منیجر سے کرائی جاسکتی ہے بشرطیکہ یہ افسر دو بار کوڈ ذاتی طور پر جانتا ہو)
میں تصدیق کرتا کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا جوابات اور بیان میرے علم کے مطابق مکمل اور درست ہیں

دستخط بمعہ مہر: _____ تاریخ: _____ نام: _____
شناختی کارڈ نمبر: _____ پتہ: _____