SINDH INSURANCE
POWER TO THE PEOPLE

# سنڌ انشورنس لميٽڊ

يونيورسل ايڪسيڈنٽ انشورنس ۽ سوشل بينيفٽ اسڪيم

## اخراج رسيد

ڪمپني ان فارم جي شيڊول مطابق ڪابه ذميواري قبول نه ڪندي.

### درخواست ڏيندڙ/ ڪليم ڪندڙ جي ڄاڻ:

1. نالو: _____
2. پيءُ جو نالو / مڙس جو نالو: _____
3. شناختي ڪارڊ نمبر: | | | | | | – | | | | | | | | – | |
4. رابطي جي تفصيل لينڈ لائن نمبر: _____ موبائل نمبر: _____
   اي ميل (اگر آهي ته _____
5. فوتي سان لاڳاپو: _____
6. ڏس پتو: _____

_____

_____

_____

آءٌ پنهنجي مڪمل يقين سان اهو اقرار ڪريان ٿو/ٿي ته مون جيڪا ڄاڻ مٿي ڏنل بيان مطابق آهي، اها بلڪل درست ۽ صحيح آهي. جعلي دستاويزن ۽ غلط بياني جي صورت ۾ منهنجي هن ڪليم کي رد ڪيو وڃي.

تاريخ: _____ درخواست ڪندڙ/ ڪليم ڪندڙ جي صحيح: _____

### بئنڪ اڪائونٽ جي معلومات:

نالو (جنهن جي نالي اڪائونٽ آهي): _____

بئنڪ جو نالو: _____

برانچ جو نالو: _____

اڪائونٽ نمبر: _____

آءِ بي اين نمبر: _____

بئنڪ پاران تصديق ٿيل: _____

(صحيح ۽ مهر)