ودآؤٹ پریکوڈائس

IN MEMORY OF SHAHEED MOHTARMA BENAZIR BHUTTO

SINDH INSURANCE

POWER TO THE PEOPLE

سندھ انشورنس لمیٹڈ

یونیورسل ایکسیڈنٹ انشورنس وسوشل بینیفٹ اسکیم

اخراج رسید

کمپنی اس فارم کے اجراء کے توسط سے کوئی ذمہ داری قبول نہیں کرتی ہے۔

درخواست گزار/ کلیم کرنے والے کی معلومات:

۱۔ نام: _____

۲: والد کا نام/شریک حیات کا نام: _____

۳۔ شناختی کارڈ نمبر: | | | | | | - | | | | | | | | - | |

۴۔ رابطہ کی تفصیلات: لینڈ لائن نمبر: _____ موبائل نمبر: _____

ای میل (اگر کوئی ہو) _____

۵۔ متوفی کے ساتھ رشتہ: _____

۶۔ ڈاک کا پتہ: _____

_____

_____

میں اپنے مکمل یقین کے ساتھ یہ اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے جو تفصیلات اوپر بیان کی ہیں وہ میری دانست میں سچ اور صحیح ہیں۔
جعلی دستاویزات یا غلط بیانی کی صورت میں میرا کلیم خارج کر دیا جائے گا۔

تاریخ: _____ درخواست گزار/ کلیم کرنے والے کے دستخط: _____

بینک اکاؤنٹ کے معلومات

اکاؤنٹ ہولڈر کا نام _____

بینک کا نام _____

برانچ کا نام _____

اکاؤنٹ نمبر _____

آئی بی این نمبر _____

بینک کی طرف سے تصدیق شدہ _____

دستخط اور مہر