

# Adamjee Insurance Company Limited

Health Insurance

## STATUS CHANGE FORM (SCF)



1. In case of an ADDITION of the dependant(s) like (spouse/children/parents) to an employee, please enclose duly filled Health Questionnaire Form (HQF) along with original credit letter of the employee so that the revised credit letter can be issued.

- a) For addition of a spouse: Health Questionnaire Form (HQF) duly filled along with a copy of Marriage Certificate.
- b) For addition of child: Health Questionnaire Form (HQF) duly filled along with a copy of Birth Certificate.

2. In case of a DELETION of an employee, please return the original credit letter for cancellation so that this may not be misused to our financial detriment. However, for the deletions of any of his/her dependant(s) (parent/spouse/children), please return us the original credit letter only as the same would be re-issued after incorporating the desired changes.

Name of Policy Holder/Company: \_\_\_\_\_ Policy No.: \_\_\_\_\_

Name of Employee: \_\_\_\_\_

### ADDITIONS/DELETIONS:

S/No.	Name of the person(s) to be added/deleted	Addition/Deletion Please specify	Date of Birth	Credit Letter No.	Relationship With The Employee	Category/ Plan	Effective Date
1							
2							
3							
4							
5							
6							

### CHANGE OF CATEGORY (please provide the copy of the letter as evidence for the change in category):

S/No.	Employee's Name	Employee's Credit Letter No.	Reason for the change in category	Existing Category	Revised Category	Effective Date
1						
2						
3						
4						
5						

\_\_\_\_\_  
Signature & Seal of the Employer

Date: \_\_\_\_\_

- (1) کسی ملازم کے زیر کفالت افراد (اہلیہ، بچے یا والدین) میں اضافے کی صورت میں برائے مہربانی مکمل طور پر پُر کیا گیا Health فارم اور ملازم کا اصل کریڈٹ لیٹر جمع کروائیں تاکہ ترمیم شدہ کریڈٹ لیٹر جاری کیا جاسکے۔
- (a) اہلیہ کے نام کے اندراج کیلئے صحت کا سوالنامہ فارم جو مکمل طور پر پُر کیا گیا ہو اور میرج سرٹیفکیٹ کی نقل۔
- (b) بچے کے نام کے اندراج کیلئے صحت کا سوالنامہ جو مکمل طور پر پُر کیا گیا ہو اور برتھ سرٹیفکیٹ کی نقل۔
- (2) کسی ملازم کے اخراج کی صورت میں برائے مہربانی اصل کریڈٹ لیٹر بمعہ ہیلتھ کارڈ منسوخی کی غرض سے ہمیں ارسال کر دیں تاکہ اس کا غلط استعمال کسی مالی نقصان کا باعث نہ بنے۔ تاہم کسی ملازم کے زیر کفالت کسی فرد (اہلیہ، بچے، والدین) کے نام کے اخراج کی صورت میں صرف اصل کریڈٹ لیٹر واپس کیجئے تاکہ مطلوبہ تبدیلیوں کے بعد یہ دوبارہ جاری کیا جاسکے۔

پالیسی ہولڈر/کمپنی کا نام: \_\_\_\_\_ پالیسی نمبر: \_\_\_\_\_  
ملازم کا نام: \_\_\_\_\_

#### اضافہ/اخراج:

نمبر شمار	شامل/ خارج ہونے والے شخص کا نام	اندراج/ اخراج (برائے مہربانی وضاحت کیجئے)	تاریخ پیدائش	کریڈٹ لیٹر نمبر	ملازم سے رشتہ	کنٹری/ پلان	مؤثر تاریخ
1							
2							
3							
4							
5							
6							

کنٹری میں تبدیلی (برائے مہربانی کنٹری میں تبدیلی کیلئے لیٹر کی نقل بطور ثبوت فراہم کریں)۔

نمبر شمار	ملازم کا نام	ملازم کا کریڈٹ لیٹر نمبر	کنٹری میں تبدیلی کی وجہ	موجودہ کنٹری/ پلان	نظر ثانی شدہ کنٹری/ پلان	مؤثر تاریخ
1						
2						
3						
4						
5						

تاریخ

ہیومن ریسورس ڈیپارٹمنٹ کے دستخط اور مہر