

صنعتی حادثے کی معاوضاتی انشورنس  
افسیت اور اختتامی الاؤنس کی (پہلی) درخواست (دعوٰی)

براہ مہربانی خلی جگہ پر کریں اور متعلقہ مفاہمت پر صحیح کا نشان لگائیں (سلمانے کا حصہ) ※

رجسٹریشن نمبر	تاریخ رجسٹریشن	پروسنگ کا وقت: 7 دن
شکل نمبر (ایلین رجسٹریشن نمبر)	نام (غیر ملکی افراد ایلین کارڈ پر دئے گئے نام کو بڑے حروف میں لکھیں)	
حادثے کا	پتہ:	فون: موبائل:
شکار	حادثے کا وقت اور تاریخ	ای میل (E-mail):
	بھرتی کی تاریخ	پیشہ:
	حاضری کا وقت:	کام شروع کرنے کا وقت:
	کام کی حیثیت: عام ملازمت □ عارضی □ روز کے روز	روزگار کی قسم: مستقل ملازم □ عارضی ملازم
انشورنس کرانے والے کے ساتھ رشتہ	اصل مالک □ ذیلی ٹھیکہ □ شریک حیات □ والدین □ اولاد □ بھائی یا بہن □ دیگر رشتہ دار □ نا قابل اطلاق □ بزنس پارٹنر	

طبی علاج	درخواست کی قسم □ پہلی بار □ دوبارہ بیماری کا شکار □ ہسپتال کی منتقلی □ متوازی علاج □ نمونیا □ پہلی بار علاج اور دوبارہ بیماری کی جگہ ایک ساتھ سیلیکٹ کی جا سکتی ہے۔	
	بزنس میڈیجمنٹ نمبر: _____	
	بزنس شروع کرنے کا نمبر: _____	
	حادثے کی وجہ اور حادثہ کیسے ہوا (اضافی کاغذ پر لکھا جا سکتا ہے)	
	مذکورہ حادثے کے وقت نشے کی حالت میں ہونے یا نشے کی حالت میں ڈرائیونگ کرنے کی رپورٹ کی؟ □ ہاں □ نہیں	
	حادثے کے متعلق 119 یا فائر بریگیڈ کو رپورٹ کی؟ □ ہاں □ نہیں	
	حادثے کے متعلق پولیس کو رپورٹ کی؟ □ ہاں □ نہیں	
	<p>❖ غلط معلومات دے کے غیر قانونی طریقہ سے پیسے حاصل کرنا آرٹیکل 84 کے تحت غیر قانونی ہے اور قابل سزا ہے لفظ ٹھیک معلومات دیں۔</p> <p>❖ لکھنے کا طریقہ: کہاں (تفصیلی جگہ) کس وجہ سے (کام، مقصد) کیا استعمال کرتے ہوئے (کام کے اوزار، مواد کی بینڈلنگ) کیسے کرتے ہوئے (معائنہ، حرکت، کارروائی) کس وجہ سے کیا کرتے ہوئے واقعہ پیش آیا براہ مہربانی تفصیل سے لکھیں۔</p>	
	گواہ کی موجودگی کی صورت میں: نام، فون نمبر، گواہ سے تعلق	
	مجرم کی موجودگی کی صورت میں: نام، فون نمبر، گواہ سے تعلق	
حادثے کے علاج کی وجہ سے جانے والے طبی ادارے سے پہلے کس طبی ادارے سے علاج کروایا		
ادارے کا نام: ادارے کا پتہ: _____		
ادارے کا نام: ادارے کا پتہ: _____		
دوبارہ علاج کروانے کی وجہ	وجہ	<p>□ میٹل امپلانٹ کو نکلوانے کے لئے □ بیماری بگڑنے کی وجہ سے دوبارہ علاج طبی علاج □ بیماری کے بگڑنے کی</p> <p>□ اعلامات کے پیش نظر سرجیکل کیئر کی ضرورت □ آرٹیفیشل اعضا کی دیکھ بھال</p> <p>سرجری کروانے کی جگہ: سرجری کس تاریخ کو متوقع ہے: سل مہینہ دن</p>
سرجری کی صورت میں لکھیں		

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ کام نہ کر سکنے کے الاؤنس اور افسیت کے متعلق دئے گئے تمام حقائق درست ہیں سل مہینہ دن کمپنی کا نام پتہ انشورنس کروانے والا (کمپنی کا مالک) (دستخط)	میں مندرجہ بالا درخواست کا دعویٰ کرتا ہوں تاریخ (سال مہینہ دن) درخواست گزار (مدعی) (نام اور دستخط) نمائندہ (دستخط)
وفات پانے یا 3 دن سے زیادہ کام بند کرنے کی صورت میں پہلے دن سے لے کر ایک ماہ کے اندر سوالنامہ کو کل لیبر آفس میں پیش کرنا ضروری ہے۔	

- ❖ مالک کے دستخط یا مہر نہ پا سکنے کی صورت میں بھی یہ درخواست جمع کرائی جا سکتی ہے۔ لیکن اس صورت میں لیبر ویلفئر کارپوریشن آرٹیکل 20 پیراگراف 3 کے تحت درخواست پروسیس کرے گی۔
- ❖ اگر درخواست کنندہ کسی نمائندہ کے ذریعے درخواست جمع کروا رہا ہے تو اسے کوریا لیبر ویلفئر کارپوریشن کو تقرری نمائندہ کا فارم جمع کروانا ہو گا

[کام بند ہونے کا معاوضہ اور دیگر دعویٰ (نقصان کا دعویٰ) کی تفصیل فارم کی پچھلی جانب لکھیں]

✱ افسیٹ کی درخواست کے لئے ضروری دستاویزات ✱

- 1- پہلے دورے کا ریفرل (پہلا علاج یا دوبارہ علاج) 1 کاپی
- 2- عینی شاہدین اور انتظامیہ (پولیس) سے حلف نامہ وغیرہ کی کاپی اور حادثے کو ثابت کرنے والے دوسرے دستاویزات جیسے متعلقہ لوگوں کے بیانات وغیرہ کاپی
- 3- سول قانون یا کسی دوسرے قانون کے تحت اگر آپ نے اس سے پہلے رقم یا معاوضہ وصول کیا ہے یا اپنے مالک سے یا کسی تھرڈ پارٹی سے انشورنس کے عوض رقم یا اس رقم کے برابر سامان حاصل کیا ہے تو اس رقم یا معاوضہ کی تفصیل کا دستاویز

کام نہ کر سکنے کی بلنگ کی مدت	کام نہ کر سکنے کے معاوضے کی بلنگ کی مدت
	بینک کا نام : اکائونٹ نمبر : (اکائونٹ ہولڈر) : اکائونٹ نمبر
کام نہ کر سکنے کے عوض معاوضہ	<p>&lt;حادثے کے شکار کا تصدیق نامہ &gt;</p> <p>1- کیا آپ نے پہلے ہی مالک سے کام نہ کر سکنے کے عوض معاوضہ وصول کیا ہے؟ ہاں ( ) نہیں ( )</p> <p>2- کیا آپ نے کام نہ کر سکنے کی مدت کے دوران کہیں اور کام کیا ہے؟ کیا ہے ( ) نہیں کر سکا ( )</p> <p>3- کیا آپ کام نہ کر سکنے کے عوض معاوضہ کی وصولی خود کار طریقہ سے حاصل کرنے کی درخواست دینا چاہتے ہیں؟ ہاں ( ) نہیں ( )</p> <p>✱ درخواست لکھتے وقت احتیاط کرنے کی چیزیں ✱</p> <p>1- [کام یا ملازمت] سے مراد یہاں صرف مزدوری یا نوکری نہیں بلکہ ذاتی کاروبار اور تعلیمی کام جیسے پیشے بھی شامل ہیں۔</p> <p>2- کام نہ کر سکنے کے عوض ادائیگی کی درخواست کی صورت میں وہ مدت شامل نہیں کی جائے گی جس میں درخواست دہندہ طبی مدد نہ حاصل کرنے کی سرگرمیوں میں ملوث ہو جیسے جیل جانا یا غیر ملکی دورے پر جانا وغیرہ۔</p> <p>3- کام نہ کر سکنے کے عوض ادائیگی کی درخواست کی صورت میں اگر غلط مدت بیان کر کے یا کام نہ کر سکنے کا دعویٰ کرتے ہوئے کام کر کے یا اور کوئی غلط بیانی کر کے غیر قانونی طریقے سے رقم وصول کی گئی تو اس رقم کا دو گنا کوریا لیبر ویلفئر کارپوریشن کو لوٹانا ہو گا۔</p> <p>4- درخواست دہندہ (مالک) سے اگر کام نہ کر سکنے کے عوض رقم ایڈوانس میں وصول کر لی ہے تو دوبارہ رقم وصول نہیں کی جا سکتی۔</p> <p>✱ اگر درخواست دہندہ (مالک) نے حادثے کے شکار کو ادائیگی کی رقم کے برابر رقم کے عوض سامان ادا کیا ہے تو درخواست دہندہ دستاویزات (بینک سٹیٹمنٹ، پے رول وغیرہ) دکھا کر رقم کی واپسی کا مطالبہ کر سکتا ہے۔</p> <p>5- [کام نہ کر سکنے کے عوض ادائیگی کا خود کار سسٹم] بہ سسٹم ہسپتال میں داخل ہونے کی مدت (اؤٹ پشٹنٹ کی مدت نکال کر) کی ادائیگی خودکار طریقہ سے ادا کرنے کا سسٹم ہے۔</p> <p>6- اگر اوسط تنخواہ کا اندازہ لگانا مشکل ہو تو یومیہ کم از کم تنخواہ کے حساب سے ادائیگی ہو گی۔ بعد ازاں اگر اوسط تنخواہ زیادہ نکلے تو باقی کی رقم ادا کر دی جائے گی۔</p> <p>7- [صنعتی حادثے کی انشورنس کی ادائیگی کا قانون] آرٹیکل 23 کے مطابق یومیہ تنخواہ کا 0.73 گنا اوسط تنخواہ قرار دیا جائے گا۔</p> <p>✱ صنعتی حادثے کی ادائیگی کا مطالبہ کرتے وقت ضروری دستاویزات ✱</p> <p>1- حادثہ ہونے والے مہینے اور اس سے قبل 4 ماہ میں لی گئی رقم کے متعلق دستاویزات (سالانہ الاؤنس اور بونس کی صورت میں 12 ماہ کے دستاویزات)۔</p> <p>2- ڈیلی ورکر کی صورت میں کنٹریکٹ یا دہاڑی کی ادائیگی کا دستاویز۔</p>

دیگر معاوضے	<p>1- کیا آپ نے کبھی اس حادثے یا اس سے ملتے جلتے کسی دوسرے حادثے کے عوض سول لا یا کسی دوسرے قانون کے تحت معاوضہ وصول کیا ہے؟</p> <p>2- معاوضہ اور معاوضہ کی رقم کے بارے میں لکھیں (صرف اگر نمبر 1 کو ہاں کیا ہے)</p> <p>ہاں ( ) نہیں ( )</p>
	<p>منسلک دستاویزات</p> <p>1 - معاہدات -2 حکم نامہ (یا فیصلے)</p> <p>3- رسید -4 دیگر</p>

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اوپر دئے گئے ادائیگی کے متعلق اور دیگر کوائف صحیح ہیں ۔  
دعویدار (نام اور دستخط)

- ✱ اگر کوئی کوریا لیبر ویلفئر کارپوریشن سے آپ کو خاص ٹریٹمنٹ دینے کے عوض رقم کا مطالبہ کرے تو شکایتی سینٹر (052-704-7926) میں رپورٹ کریں۔
- ✱ اگر کسی نے انشورنس کی رقم غیر قانونی طریقہ سے حاصل کی ہے تو شکایتی سینٹر میں اطلاع کرنے پر آپ کو معاوضہ ادا کیا جائے گا۔

مشترک	<p>کیا آپ کی علاج مکمل ہونے کے بعد پہلے والی جگہ پر کام کرنے کی خواہش ہے؟ ہاں ( ) نہیں ( )</p>
	<p><b>ذاتی معلومات استعمال کرنے کی شرائط</b></p> <p>استعمال کا مقصد : لیبر ویلفئر کارپوریشن میں انشورنس کے حوالہ سے معلوماتی میسج اور شکریے کے میسج وغیرہ میں استعمال کیا جائے گا</p> <p>استعمال ہونے والی معلومات : نام، پتہ، فون نمبر، موبائل نمبر ای میل ایڈریس</p> <p>استعمال کی مدت: اس ایگریمنٹ کے بعد 5 سال</p> <p>معلومات استعمال کرنے کی اجازت نہ دینا: معلومات استعمال کرنے کی اجازت دینے سے انکار کیا جا سکتا ہے لیکن اس صورت میں کوریا لیبر ویلفئر کارپوریشن کی طرف سے دی جانے والی سہولیات محدود ہوں گی۔</p> <p>نام (دستخط یا مہر)</p> <p><input type="checkbox"/> قبول ہے</p> <p><input type="checkbox"/> قبول نہیں ہے</p> <p>✱ صنعتی حادثے کی معاوضاتی انشورنس ایکٹ یا کسی دوسرے قانون کے تحت منظوری الگ سے لینے کی ضرورت نہیں ہے اور صنعتی حادثے کی معاوضاتی انشورنس ایکٹ کے آرٹیکل 36 اور 2T کے مطابق رقم کی ادائیگی کا فیصلہ ہونے پر اس فارم کے لکھنے کے قطع نظر رقم وصول کرنے والے کو ذاتی معلومات فراہم کی جائے گی۔</p> <p>&lt;کسی دوسرے کی جگہ افسیٹ اور کام نہ کر سکنے کے معاوضے کی درخواست لکھنے کی صورت میں منظوری کا فارم &gt;</p> <p>میں منظوری دیتا ہوں کہ میری جگہ طبی ادارہ <input type="checkbox"/> افسیٹ <input type="checkbox"/> کام نہ کر سکنے کا معاوضہ کا دعویٰ لیبر ویلفئر کارپوریشن میں کر سکتا ہے۔ اس کے ساتھ صنعتی حادثاتی انشورنس ٹوٹل سروس (total.kcomwel.or.kr) کو بھی دعویٰ کرنے کی منظوری دیتا ہوں۔</p> <p>منظوری دینے والا (درخواست دہندہ)</p> <p>منظوری حاصل کرنے والا (طبی ادارہ)</p> <p>(نام اور دستخط)</p> <p>(دستخط)</p>

لیبر ویلفئر کارپوریشن لوکل صدر دفتر (ذیلی دفتر) کے انچارج کے نام



15- ہسپتال میں داخلہ	متوقع مدت	سال مہینہ دن - سال مہینہ دن (ہفتے)
	وجہ	دیگر حرکت ممکن نہیں □ آرام اور حفاظت □ لازمی طور پر آرام □ پلاسٹر بینڈیج □ بیرونی مشینی مرمت □ شعور کے امراض □ سرجری □

16- اؤٹ ہسپتال	متوقع مدت	سال مہینہ دن - سال مہینہ دن (ہفتے)
	وجہ	*روزگار بمع علاج (کام کرنے کے ساتھ ساتھ علاج) روزگار جاری رکھنے کے ساتھ ساتھ علاج کو کہنے میں (طبی فیصلہ) □ جنرل کام کے ساتھ ساتھ علاج □ مخصوص کام کے ساتھ ساتھ علاج □ کام کے ساتھ ساتھ علاج ناممکن : آئندہ ( ) مہینوں کے بعد نیا فیصلہ ممکن ہے۔

17- ہسپتال کی منتقلی	منتقل کئے جانے والے ہسپتال کا نام : پتہ : منتقل کتنے کی وجہ : *ہسپتال کی منتقلی کا مطلب ہے کہ اپنے علاقے کے قریب ہونے یا بہتر علاج کی سہولت موجود ہونے کی وجہ سے ہسپتال کی منتقلی۔
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18- مشاورت: دو امراض کے متوازی علاج کے لئے ضروری میڈیکل ڈیپارٹمنٹ	
19- پہلے سے موجود مرض کا نام جس کا متوازی علاج ضروری ہے	
بحالی کے علاج کی ضرورت	□ مشاورت □ سنگین بحالی کا علاج * □ مستقبل کا فیصلہ □ غیر ضروری (*قابل اطلاق: سیریبروویسکیولر مرض، ریڑھ کی ہڈی کا مرض، گھٹتے کندھے کو لہے کے مریض)

منسلک دستاویزات	1- دائمی مرض کی تصدیق کر سکنے والا دستاویز جیسے ٹیسٹ یا ٹیسٹ کے رزلٹ کی رپورٹ۔ 2- زخم، جلنے کا نشان، بیڈسور وغیرہ کی رنگین فوٹو۔ 3- ذہنی مرض کی صورت میں مرض کا تعین کرنے ہوئے ثبوت کے دستاویزات جیسے ایمرجنسی رپورٹ وغیرہ کی ایک ایک کاپی (برین امیجنگ ٹیسٹ، EKG، EGG، دماغی حالت کا ٹیسٹ، نفسیاتی ٹیسٹ، نہائیرائڈ فنکشن ٹیسٹ وغیرہ)
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اوپر دیئے گئے کوائف درست ہیں۔ درخواست کی تاریخ سال مہینہ دن	
طبی ادارے کا پتہ : طبی ادارے کا نام (دستخط):	ڈاکٹر کا لائسنس نمبر: نمبر سپیشلائزیشن کورس: (سپیشلائزیشن: نمبر)

علاقائی صدر دفاتر (برانچ) کے انچارج کے نام

کنسلٹنٹ کے ریمارکس
کنسلٹنٹ (نام اور دستخط یا میر) سال مہینہ دن