



Group Risk Initial Disability Claim Advice

How to complete this form

This form must be completed in full by the Employer

PLEASE ensure that the following information is attached:

- Consent form
- Sick notes

1. Scheme Details

Policy Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Scheme Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Designation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Details of Member

Surname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

First Names

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth

Y	Y	Y	Y	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---

ID Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Country of Origin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cellphone Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Declaration

I declare my answers and statements are true and correct

Signed at															

Date							
Y	Y	Y	Y	M	M	D	D

Signatory First Name(s) and Surname																												

Designation													

Signature

Company Stamp