

Policy/Proposal No.: پالیسی/تجویز نمبر _____ Name: نام _____
Date of Birth: تاریخ پیدائش _____ Detailed Present Occupation: موجودہ تفصیلی پیشہ _____
Premium Amount: پریمیم کی رقم _____ Sum Assured: بیمہ شدہ مجموعہ _____

1. Have you ever had or been diagnosed with any of the following:

- کیا آپ کو درج ذیل امراض میں سے کسی کا سامنا ہوا یا اس کی تشخیص ہوئی
- a) high blood pressure, chest pain, stroke or any heart or circulatory trouble? Yes ہاں جی No نہیں جی
بلند فشارخون، سینے کی تکلیف، فالج یا کوئی قلبی یا دوران خون کی تکلیف؟
- b) enlarged glands or any form of cancer, tumor or disorder of the blood? Yes ہاں جی No نہیں جی
بڑھے ہوئے غدود یا کسی قسم کا سرطان، رسولی، یا خون کی بے قاعدگی؟
- c) diabetes mellitus or any disorder of the kidneys, liver or bladder? Yes ہاں جی No نہیں جی
ذیابیطس یا گردوں، لیور یا bladder کی بے قاعدگی؟
- d) any disorder of the stomach or bowels? Yes ہاں جی No نہیں جی
معدے یا آنتوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- e) any disorder of the joints or vertebral column? Yes ہاں جی No نہیں جی
جوڑوں یا ریڑھ کی ہڈیوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- f) shortness of breath, asthma, bronchitis or any disorder of the lungs? Yes ہاں جی No نہیں جی
سانس میں کمی، آسٹھما، حلق کی سوجن یا پھیپھڑوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- g) epilepsy, fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown? Yes ہاں جی No نہیں جی
مرگی، دماغی جھٹکے، بار بار سردرد کی شکایت، اعصابی ہیمان؟
- h) any illness, injury or disability not mentioned above? Yes ہاں جی No نہیں جی
کوئی ایسی بیماری، چوٹ یا معذوری جو اوپر بیان نہ کی گئی ہو؟

If so, please give details (date, duration, treatment, name/address of physicians) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (تاریخ، دورانیہ، علاج، فریڈینسز کا نام/پتہ)

2. Please answer the following:

براہ مہربانی درج ذیل کے جواب دیجئے:

- a) Are you presently taking medication of any kind? Yes ہاں جی No نہیں جی
کیا آپ موجودہ طور پر کسی قسم کی ادویات لے رہے ہیں؟
- b) Have you ever been counselled or medically advised or treated in connection with an H.I.V. infection, AIDS or any sexually transmitted disease? Yes ہاں جی No نہیں جی
کیا کبھی ایچ آئی وی انفیکشن، ایڈز یا جنسی طور پر منتقل شدہ کسی بیماری کے سلسلے میں، آپ کی کونسلنگ ہوئی ہے یا آپ کو طبی مشورہ دیا گیا ہو یا آپ کا علاج ہوا ہو؟

If so, please give full particulars on the back signed by yourself

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے

3. Have any of your natural parents, brothers, sisters died or suffered before age 60 from diabetes mellitus, heart diseases, cancer, stroke, multiple sclerosis, mental or neurological disorders?

Yes ہاں جی No نہیں جی

کیا آپ کے سگے والدین، بھائیوں، بہنوں میں سے کوئی ساٹھ سال کی عمر سے قبل، ذیابیطس قلبی امراض، سرطان، فالج، مختلف بیماریوں، دماغی یا اعصابی بے قاعدگیوں کے سبب وفات پانچے ہیں؟

If so, please give details (age if living, present state of health, age/cause of death) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (اگر حیات ہیں تو عمر و صحت کی موجودہ کیفیت، عمر/وفات کی وجہ)

4. Please answer the following:

براہ مہربانی درج ذیل کے جواب دیجئے:

- a) Have you any life assurance or accidental death, disability, critical illness covers in force? Yes ہاں جی No نہیں جی
کیا ابھی آپ کوئی جاری بیمہ حیات یا حادثاتی وفات، معذوری، سنگین بیماری کی صورت میں بیمہ تحفظ کے/کی حامل ہیں؟
- b) Have you applied for any other cover with another company at the time being? Yes ہاں جی No نہیں جی
کیا آپ نے موجودہ طور پر کسی اور کمپنی سے بیمہ تحفظ کے لئے درخواست دی ہے؟
- c) Has any application for life, accidental death, disability, critical illness covers ever been declined or modified in plan or rate? Yes ہاں جی No نہیں جی
کیا بیمہ حیات، حادثاتی وفات، معذوری، سنگین بیماری کے تحفظات کے لئے کوئی درخواست روہی ہے یا پلان میں یا شرح میں کوئی تبدیلی ہوئی ہے؟

If so, please give details (sum assured, duration, reason for loading, policy interest) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (زیر بیمہ مدت، پالیسی کی وجہ، پالیسی پر سود)

5. Do you consume alcohol? If yes, please provide details of type (Beer, Wine, Spirits) and average weekly consumption. Yes جی ہاں No جی نہیں
کیا آپ شراب پیتے ہیں؟ اگر ہاں، تو براہ کرم قسم (بیر، وائن، اسپرٹ) اور اوسط ہفتہ وار استعمال کی تفصیلات فراہم کریں۔

6. Do you smoke? Yes جی ہاں No جی نہیں
If so, please state your normal daily consumption of cigarettes, cigarillos, cigars or pipe:
کیا آپ سگریٹ نوشی کرتے ہیں/کرتی ہیں؟ اگر ہاں، تو سگریٹ، سگاریلو، سگار یا پائپ کا یومیہ معمول کا استعمال تحریر کیجئے

7. Have you ever taken drugs other than those prescribed by a doctor? Yes جی ہاں No جی نہیں
کیا آپ نے ڈاکٹر کی تجویز کردہ ادویات کے علاوہ کوئی دوائی استعمال کی ہے؟
If so, please give details (date, duration, type of drugs) on the back signed by yourself.
اگر ہاں، تو اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (تاریخ، مدت، دوائی کی قسم)

8. Do you participate or intend to participate in any hazardous pursuits or activities (e.g. diving, motor racing, aviation)? Yes جی ہاں No جی نہیں
کیا آپ کسی خطرناک مشاغل یا سرگرمیوں میں حصہ لیتے ہیں/لیتی ہیں یا ایسا کوئی ارادہ ہے (جیسے کہ غوطہ خوری، موٹر ریگ، ہوا بازی)؟
If so, please give details (e.g. diving depth, type of vehicle, type of aircraft) on the back signed by yourself.
اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (غوطے کی گہرائی، گاڑی کی قسم، ہوائی جہاز کی قسم)

9. Do you perform any hazardous occupational activities or foreign travels, stays? Yes جی ہاں No جی نہیں
کیا آپ کسی خطرناک پیشہ ورانہ سرگرمیوں میں یا غیر ملکی سفر، قیام میں حصہ لیتے ہیں/لیتی ہیں یا ایسا کوئی ارادہ ہے؟
If so, please give details (e.g. exact type of hazard, name/region of the country) on the back signed by yourself.
اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (خطرے کی صحیح قسم، ملک کا نام/علاقہ)

DECLARATION BY LIFE ASSURED

بیمہ کنندہ کا اقرار نامہ

I confirm that all of the above answers and statements are true and that no material facts concerning my past and present state of health and habits have been withheld or omitted. I also agree that any doctor, whether named above or not, who has attended or examined me or who may do so hereafter shall be and is hereby authorized and directed by me to disclose to the insurance company any information he may have acquired with regard to myself.

میں تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ درج بالا جوابات اور بیانات بالکل درست ہیں اور کوئی بھی مادی حقائق، میری موجودہ اور سابق صحت کی کیفیت اور عادات سے متعلق، نہ ہی چھوڑے گئے ہیں یا چھپائے گئے ہیں۔ میں اس بات پر متفق ہوں کہ کوئی بھی ڈاکٹر، خواہ اس کا نام اوپر درج ہو یا نہیں، جس نے کسی علاج یا بیماری کے سلسلے میں مجھے دیکھا ہو یا جو بعد ازاں دیکھ سکتا ہو، میری طرف سے اسکو اجازت اور ہدایت ہے اور ہوگی کہ وہ بیمہ کمپنی کو کوئی بھی معلومات جو اس نے میرے سلسلے میں حاصل کی ہوں، عیاں کر سکتا ہے۔

Date: This _____ day of _____ in the year _____

اس دستاویز پر مورخہ _____ کو دستخط کئے گئے۔

Signature of Life Assured: پالیسی کے حامل کے دستخط _____

Name of Witness: گواہ کا نام _____

CNIC# of Witness: گواہ کا شناختی کارڈ نمبر _____

Signature of Witness: گواہ کے دستخط _____