



STATE LIFE
INSURANCE CORPORATION OF PAKISTAN

درخواست برائے تجدید بیمہ پالیسی (طبی معائنہ کے ساتھ)

**APPLICATION FOR REVIVAL OF POLICY
(With Medical Examination)**

ATTENTION

Please note that you are required to give correct and truthful answers of the questions given below, Any concealment of the facts or untrue statement shall render the contract voidable and no benefits under the contract shall be paid

توجہ فرمائیں
براہ کرم یہ ذہن نشین کر لیں کہ درج ذیل سوالوں کے جوابات آپ کو درست اور پوری سچائی کے ساتھ دینا ہیں کسی حقیقت کی پردہ پوشی یا غلط بیانی معاہدے کو ختم کر دے گی اور اس معاہدے کے تحت فوائد کی ادائیگی نہیں ہوگی۔

Particulars of Insured بیمہ دار کے کوائف

1. Policy No	پالیسی نمبر	4. Mark of Identification	
2. Name of insured in Full	بیمہ دار کا پورا نام	5. N.I.C No.	شناختی کارڈ نمبر
3. Father's/Husband's Name	والد / شوہر کا نام	6. Present Occupation	موجودہ پیشہ
7. (a) Address for correspondence	خط و کتابت کے لئے	7. (b) Permanent residential address	مستقل رہائشی پتہ
8. (a) Telephone Office:	ٹیلیفون نمبر (آفس)	8. (b) E-mail No:	ای میل نمبر
Res: _____	(رہائشی)	(c) Fax No. _____	فیکس نمبر
9. Average monthly income from all sources			

Personal Statement of Health ذاتی بیان صحت

10. Family History	خاندانی کوائف	No. تعداد	Living		Dead		
			Age عمر	State of Health صحت کی کیفیت	Year of Death سال وفات	Age at Death عمر بوقت وفات	Cause of Death موت کا سبب
Father	والد						
Mother	والدہ						
No. of Brother (s)	بھائیوں کی تعداد						
No. of Sister (s)	بہنوں کی تعداد						
Wife/Husband	زوجہ شوہر						
No. of Son (s)	بیٹوں کی تعداد						
No. of Daughter (s)	بیٹیوں کی تعداد						

11. (1) State Height _____ Meters _____ cm Weight _____ kg Chest Insp _____ cm Exp _____ cm Abdomen _____ cm
قد درج کریں میٹر سینٹی میٹر وزن سینٹی میٹر پچکانے پر سینہ میٹر پچکانے پر سینہ سینٹی میٹر سینٹی میٹر سینٹی میٹر

(ii) Change of weight in past 12 month: Loss _____ kg Gain _____ kg

Reason for change in weight _____

گزشتہ بارہ ماہ میں وزن میں تبدیلی
وزن میں تبدیلی کی وجہ



STATE LIFE

INSURANCE CORPORATION OF PAKISTAN

12. State average daily consumption of (I) Tobacco/Cigarette / (ii) Plan/Niswar (iii) Alcohol (iv) Drugs نشہ آور دوائیں / شراب / سوار / پان / سگریٹ / تمباکو					
13. State physical impairments, if any, such as defective eyesight, or hearing or loss of limb etc. جسمانی نقص اگر کوئی ہو تو درج کریں مثلاً بینائی یا سماعت کی کمزوری یا عضو سے محرومی وغیرہ					
14. When did illness or injury last keep you away from work? State dates and describe illness or injury. آخری مرتبہ بیماری یا چوٹ کی وجہ سے آپ کب تک کام کرنے سے قاصر رہے ہیں۔ تاریخیں درج کریں اور بیماری یا چوٹ کی وضاحت کریں۔					
15. State dates and results of medical investigation undergone such as Blood, Urine and other Laboratory tests, X-Rays ECGs, and others. Also state who did the investigations. ماضی میں کروائے گئے تمام طبی معائنوں کی تاریخ اور نتائج درج کریں مثلاً خون، پیشاب اور دیگر لیباٹری ٹیسٹ، ایکسرے ای، جی، وغیرہ نیز معالج کا نام بھی درج کریں۔					
16. Do you now have or ever had Heart Diseases, Diabetes, High Blood Pressure Store, TB, Jaundice, Cancer, Nervous or Psychological Disorder or other Liver, stomach and Repal Diseases? If so, specify with dates. کیا آپ ابھی یا پہلے بھی عارضہ قلب، بلند فشار خون، تپ و ق، برقان، سرطان، اعصابی نفسیاتی مرض یا جگر، معدہ گردے کی بیماری میں مبتلا ہے تو تاریخ وار تفصیل لکھیں۔ سرطان رومہ مرگی، اعصابی با انسانی مرض میں بتا رہے ہیں اتر آیا ہے تو تاریخ اور تحصیل لے					
17. In your Family, is there a history of insanity suicide or any other disease listed in Question 16 above or does any of them have an infectious or hereditary disease? If so specify آپ کے خاندان میں کیا یا نکل پن خود کشی یا کسی کو مورٹی یا جراثیمی مرض لاحق ہے یا سوال نمبر 16 میں درج شدہ کسی مرض کی ہسٹری موجود ہے۔					
18. Are you in good health? If not, describe the disease. کیا صحت مند ہیں؟ اگر نہیں تو بیماری کی نوعیت درج کریں۔					
19. If Defence or Ex-Defence personnel, PIA Flight Crew or Plant Protection Pilot, state latest medical category اگر آپ فوجی / سابقہ فوجی عملہ شہری ہو ابازی، تحفظ فصل کے ہو باز ہیں تو موجودہ طبی درجہ بند کا اندراج کریں۔					
20. Have you ever been discharged on medical grounds from service/employment? if so, give detail. آپ کبھی طبی بنیاد پر خدمات ملازمت سے برخواستہ کئے گئے ہیں؟ اگر ایسا ہے تو تفصیل لکھیں۔					
21. Are you presently engaged or intend to engage in any hazardous occupation or pastime? If so, give details. کیا آپ فی الوقت کسی پرخطر پیشے یا مشغلے سے وابستہ یا آئندہ وابستہ ہونے کا ارادہ ہے؟ اگر ایسا ہے تو تفصیل سے لکھیں۔					
22. Give details of each and every other policy or proposal including those declined/pending/postponed/cancelled/not taken up/ lapsed/paid-up/surrendered/accepted with extra premium/restrictions or modifications. ان تمام پالیسیوں یا پراپوزل کی تفصیل بشمول بن کر جو مستعد امور الملتوی / منسوخ نامکمل ساقط منجمد دستبردار از اند پر یتیم پابندیوں یا تبدیلیوں کے ساتھ منظور شدہ ہو، بیان کریں۔					
Policy/Proposal No. پالیسی نمبر / پراپوزل نمبر	Company/Zone کمپنی / زون	Sum Assured زر بیمہ		Accepted/Rejected. If accepted, state terms of acceptance منظوری / نام منظوری اگر منظور ہوا ہے تو شرائط منظوری لکھیں	STATUS کیفیت Inforce/Lapsed/Paid up Auto-surrendered جاری اساقط / منجمد دستبردار
		Life حیاتی	Accident حادثاتی		



STATE LIFE
INSURANCE CORPORATION OF PAKISTAN

23. IF FEMALE STATE خواتین کے لئے

اگر خاتون ہے تو بیان کریں

(1) Date of last delivery

آخری زچگی کی تاریخ _____

(ii) Date of any miscarriages or ceasarean (give reasons)

کسی اسقاط حمل یا آپریشن سے زچگی کی تاریخ اور اسباب _____

(iii) Are you Pregnant?

کیا آپ حاملہ ہیں؟ _____

(iv) Any history of female disease?

کبھی کوئی نسوانی مرض لاحق ہو تو لکھیں۔ _____

(v) L.M.P date

ایام حیض کی آخری تاریخ _____

Proposal/Policy No. _____

Name of Policyholder/Proposer _____

DECLARATION (اقرار نام)

I declare that (1) foregoing statements and answers are true in every respect, (2) the sum, insured is reasonable in relation to my income, (3) I have fully understood the terms and conditions of the proposed insurance contract including my obligations and benefits payable to me thereunder, (4) the proposed insurance contract is according to my needs, (5) this statement and declaration together with the statement of health and any statements made to the Medical Examiner shall be the basis of the contract, between the proposed and the State Life Insurance Corporation of Pakistan (hereinafter called the Corporation), and (6) I understand that as per section 79 (3) and (4) of Insurance Ordinance 2000, the Corporation may avoid the contract if the failure to disclose any material information or any misrepresentation of facts, disclosed to the insurer was fraudulent or the misrepresentation was made fraudulently, and corporation has the right to recover damages from me in respect of loss suffered by the corporation, as a result of fraudulent act committed by me or any criminal liability to which I may be subject by reason of fraudulent act by me or to forfeit to the corporation all money paid in respect there of.

I hereby authorize any hospital(s) physician(s) or any other person(s), who has attended or may in future attend me to give the Corporation all information and "knowledge which was, thereby acquired including the history Obtained and diagnosis made I also authorize the Corporation to share information about my personal as per directives of SECP under the centralized information sharing solution For Life Insurance Industry and Insurance Repository which is for policyholder's protection and sound development of the Life Insurance Industry. I note that the Corporation shall not be on risk on my life until the issue of its First Premium Receipt after full consideration of my proposal.

Apart from the facts mentioned in the above statements and answers and in the personal statement of health, there is no fact or circumstances, which may be material to the underwriting of my proposal.

میں اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا بیانات اور جوابات ہر لحاظ سے درست ہیں (2) زر بیمہ میری آمدنی کی مناسبت سے ہے۔ (3) میں نے زیر تجویز بیمہ کے معاہدے کی شرائط و ضوابط بشمول اپنی ذمہ داری اور اس کے تحت مجھے حاصل ہونے والے فوائد کو پوری طرح سمجھ لیا ہے (4) تجویز کردہ معاہدہ میری ضروریات کے عین مطابق ہے (5) یہ بیان اور اقرار نامہ بشمول بیان صحت اور میڈیکل ایگزامنز کو دیا گیا بیان اسٹیٹ لائف انشورنس کارپوریشن آف پاکستان اور تجویز کنندہ کے درمیان معاہدے کی بنیاد ہو گا (6) میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں اہم معلومات فراہم کرنے کا صبر رہا/رہی یا بیان کردہ حقائق دھوکہ دہی اور غلط بیانی پر مبنی ہوئے تو کارپوریشن، انشورنس آرڈیننس 2000 کی شق (3) اور (4) کے تحت اس معاہدے سے انکار کر سکتی ہے اور کارپوریشن کو یہ حق حاصل ہو گا کہ وہ مجھ سے اس نقصان کی قانونی طریقے سے تلافی کر سکے جو کہ میرے دھوکہ دہی کے عمل کی وجہ سے اٹھانا پڑے یا مجرمانہ ذمہ داری کی وجہ سے وجود میں آئے، اس ضمن میں تمام ادا شدہ رقم بحق کارپوریشن ضبط ہو جائے گی۔

میں ہر اس اسپتال، معالج یا کوئی اور فرد جس نے میرا علاج کیا ہو یا آئندہ علاج کرے ذریعہ ہذا کو اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ کارپوریشن کو عند الطلب میری صحت، تشخیص اور علاج کی مکمل تفصیل فراہم کریں۔ میں کارپوریشن کو اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ سیکورٹیز اینڈ ایکس چینج کمیشن آف پاکستان کی ہدایت کے مطابق میرے پروپوزل کے متعلق معلومات سینٹرل انفارمیشن شیئرنگ سولوشن برائے لائف انشورنس اور انشورنس ریپوزٹری کو فراہم کرے، جو کہ بیمہ داران کے تحفظ اور انشورنس انڈسٹری کی مستحکم ترقی کے لئے ہے۔ میں پاور کرتا/کرتی ہوں کہ میری زندگی کے بیمہ کا تحفظ اس وقت تک شروع نہیں ہو گا جب تک کارپوریشن میرے بیمے کی تجویز پر غور و خوض کے بعد منظوری کا فیصلہ نہ کر دے اور پہلے پر بیمہ کی ادائیگی کی باضابطہ رسید جاری نہ کرے۔ اوپر بیان کردہ حقائق اور صحت کے متعلق بیان صحت کے علاوہ ایسی کوئی کیفیت یا حقیقت بیان کرنے سے باقی نہیں رہی جو اس تجویز بیمہ کی منظوری میں رکاوٹ کا سبب بن سکتی ہو۔

Signed at _____ this _____ day of _____ two thousand and _____

Signature of Witness

گواہ کے دستخط

(Signature of Policy holder)

بیمہ کے دستخط

(Signature of the life insured)

بیمہ شدہ شخص کے دستخط

Name _____

CNIC No. _____

Address _____

بایاں نشان اگوٹھا

دایاں نشان اگوٹھا

بایاں نشان اگوٹھا

دایاں نشان اگوٹھا



STATE LIFE

INSURANCE CORPORATION OF PAKISTAN

(If the life insured/policy holder is illiterate, the following. Certificate must be given by an educated person)

(اگر بیمہ دار شدہ شخص ناخواندہ ہے تو درج ذیل تصدیق نامہ تعلیم یافتہ فرد سے تصدیق کروانا لازمی ہے)

I certify that before the proposer/policyholder had affixed his/her thumb impression/signed this form, I read over, translated and explained to him/her the contents of the form which he/she fully understood.

میں تصدیق کرتا کرتی ہوں کہ بیدہ شخص کے اس فارم پر انگوٹھے کا نشان اداستحظ کرنے سے پہلے میں نے مطالعہ کیا اور ترجمہ کر کے اس کو وضاحت سے اس کو انکف سے آگاہ کیا جس کو اس نے بخوبی سمجھ لیا ہے۔

Endorsement

1) Lapsed/Revived Policies

In consideration of Revival of policy It _____ I undertake that I will not ask for the policy loan or surrender value under this policy before passing Two. Complete years i.e. (24 Months) from the date of Revival.

2) Auto Paid up Z. Reinstated Policies

in consideration of reinstatement of Auto Paid up policy # _____ I undertake that only 70% of policy loan will be allowed / offered to me after passing one complete year i.e. 12 Months from the date of reinstatement and no surrender value will be allowed to me before completing two years i.e. (24 Months) from reinstatement date of policy.

Signature of Policy Holder _____



STATE LIFE

INSURANCE CORPORATION OF PAKISTAN

MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT TO THE CORPORATION

NOTE!
 1. If the agent or life insured/policy holder is your relative/regular patient or employee please do not examine.
 2. Please check the identity of the life insured vide his original N.1.C.
 3. Female examiners should not examine adult male life insured.
 4. Female life insured should be examined by a Female doctor.
 5. Please send the report direct to the Zonal office.
 6. Before sending please ensure that every question has been answered

A. 1. How long have you know the insured? _____
 2. National Identity Card No.
 3. Mark of Identification _____

B. Measurements
 Height _____ Meter _____ cm Weight _____ kg
 Chest Full insp _____ cm. Exp _____ cm.
 Abdomen at umbilicus _____ cm

C. Pulse At rest	Rate per Minute.	Irregularities	
		No.	

Blood Pressure	(Three readings)		
	Lying down	Sitting down	Standing
Systolic			
Diastolic 5th phase (on cessation of sound)			
Instrument			

E. Any Heart Murmur Yes No

F. Is there any sign of past or present disease of the following type?
 1. Respiratory Yes No
 2. Digestive Yes No
 3. Genito-Urinary Yes No
 4. Cardio Vascular Yes No
 5. Glandular Yes No
 6. Nervous System Yes No
 7. Brain Yes No
 8. Bones & Joints Yes No

1. How old does he/she look? _____
 2. Is his/her appearance healthy? _____
 3. Any impairments of sight or hearing? _____
 4. Any disease of gums or teeth? _____
 5. Which teeth are missing? _____
 6. Are dentures worn? _____
 7. Any deformity, lameness or other physical defect? _____
 8. Any henia YES REDUCIBLE IRREDUCIBLE
 NO

Urine Analysis
 Sp. Gravity _____ Sugar. _____ Albumen _____
 Was urine passed in your Clinic? _____

FEMALE SECTION
 1. Any sign of past or present disease of the breast? _____
 ii. Any sign pregnancy? _____
 iii. Have past confinements resulted in complications? _____
 iv. Any sign of past or present disease of female reproductive organs etc _____

HEART SECTION

J. To be completed in all cases

1. Exercise Test 10 ascends on an ordinary chair

(a) Pluse	Rate per Minute	Imegularities	
		NO	YES
(i) Immediately after exercise			
(ii) 3 minutes after exercise			

(b) Any Dyspnen of heart after exercise?
 Yes No
 If there is a murmur, how did exercise effect it?
 No effect Accentuated
 Reduced or disappeared

2. Other particulars of murmur if any.
 (a) Type Systolic Diastolic
 Presystolic at Apex Base

(b) Transmission Axilla Scapula
 None

(c) It is heard when breath Yes No is held?
 While Standing? Yes No
 While recumbent? Yes No

3. Other questions on heart
 (a) Any Hypertrophy? Yes No
 (b) Is heart Normal? Yes No
 (b) Apex located in _____ Interspace _____ cm to left of midsternal (midbody) line

K. Examiner's remarks amplifying answers to any previous question or on any other adverse feature.

Examiner's Signature _____
 Examiner's Seal _____
 Date _____ Time _____ pm/am
 Name in Capital letters _____
 Address _____

 Authorised Limit Rs _____