

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.
3. Father's/Husband's Name	والد / شوہر کا نام	6. Present Occupation
7. (a) Address for correspondence	خط و کتابت کے لئے	7. (b) Permanent residential address
8. (a) Telephone Office:	ٹیلیفون نمبر (آفس)	8. (b) E-mail No:
Res: _____	(رہائشی)	(c) Fax No. _____
9. Average monthly income from all sources		

Personal Statement of Health

ذاتی بیان صحت

10. Family History	خاندانی کوائف	No.	Living		Dead		
			Age	State of Health	Year of Death	Age at Death	Cause of Death
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. (i) 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 سینٹی میٹر سینٹی میٹر پھیلائے پر سینہ سینٹی میٹر میٹ

(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



<p>12. State average daily consumption of روزانہ کا اوسط استعمال درج کریں (I) Tobacco/Cigarette / (ii) Plan/Niswar (iii) Alcohol (iv) Drugs نشہ آور دواؤں شراب سوار / پان / سگریٹ / تمباکو</p>				
<p>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</p>				
<p>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۔</p>				
<p>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 لیبارٹری ٹیسٹ، ایکسرے ای، جی، وغیرہ نیز معالج کا نام بھی درج کریں۔</p>				
<p>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، یرقان، سرطان، اعصابی نفسیاتی مرض یا جگر، معدہ گردے کی بیماری میں مبتلا ہے تو تاریخ وار تفصیل لکھیں۔ سرطان رومہ مرغی، اعصابی یا انسانی مرض میں مبتلا ہے ہیں اتر آیا ہے تو تاریخ اور تحصیل لیے</p>				
<p>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 پاگل 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۔</p>				
<p>18. Are you in good health? If not, describe the disease. کیا صحت مند ہیں؟ اگر نہیں تو بیماری کی نوعیت درج کریں۔</p>				
<p>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 ہوا بازی، تحفظ فصل کے ہو باز ہیں تو موجودہ طبی درجہ بند کا اندراج کریں۔</p>				
<p>20. Have you ever been discharged on medical grounds from service/employment? if so, give detail. آپ کبھی طبی بنیاد پر خدمات ملازمت سے برخاست کئے گئے ہیں؟ اگر ایسا ہے تو تفصیل لکھیں۔</p>				
<p>21. Are you presently engaged or intend to engage in any hazardous occupation or pastime? If so, give details. کیا آپ فی الوقت کسی پر خطر پیشے یا مشغلے سے وابستہ یا آئندہ وابستہ ہونے کا ارادہ ہے؟ اگر ایسا ہے تو تفصیل سے لکھیں۔</p>				
<p>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 و ستمبر دار از اند پر یتیم پابندیوں یا تبدیلیوں کے ساتھ منظور شدہ ہو، بیان کریں۔</p>				
Policy/Proposal No. پالیسی نمبر / پراپوزل نمبر	Company/Zone کمپنی / زون	Sum Assured رہنمائی Life حیاتی Accident حادثاتی	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 و ستمبر دار

23. IF FEMALE STATE خواتین کے لئے

اگر خاتون ہے تو بیان کریں

(1) Date of last delivery

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

آخری زچگی کی تاریخ

کسی اسقاط حمل یا آپریشن سے زچگی کی تاریخ اور اسباب

(iii) Are you Pregnant?

(iv) Any history of female disease?

کیا آپ حاملہ ہیں؟

کبھی کوئی نسوانی مرض لاحق ہو تو لکھیں۔

(v) L.M.P date

ایام حیض کی آخری تاریخ

Prosposal/Policy No.

Name of Policyholder/Proposer

DECLARATION (اقرارنامہ)

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 thereof.

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 اقرارنامہ 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 اٹھان 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 انڈسٹری اور انشورنس رپوزٹری کے تحت محفوظ اور انشورنس انڈسٹری کی مستحکم ترافی کے لئے ہے۔ میں پاور کرتا/کرتی ہوں کہ میری زچگی 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 پریمیئم 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
-------------------	-------------------	-------------------	-------------------



(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 اور دستخط کرنے سے پہلے میں نے مطالعہ کیا اور ترجمہ کر کے اس کو وضاحت سے اس کو انف 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 _____



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 _____