



**STATE LIFE**  
INSURANCE CORPORATION OF PAKISTAN

درخواست برائے تجدید بیمہ پالیسی (بلاطبی)

**APPLICATION FOR REVIVAL REINSTATEMENT OF POLICY  
(Non Medical)**

**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 کر لیں درج ذیل سوالوں کے جوابات آپ کو درست اور پوری سچائی کے ساتھ دینا ہیں کیسی قسم حقیقت کی پردہ پوشی یا لحاظ 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. تعداد	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. (1) State Height \_\_\_\_\_ Meters \_\_\_\_\_ cm Weight \_\_\_\_\_ kg Chest Insp \_\_\_\_\_ cm Exp \_\_\_\_\_ cm Abdomen \_\_\_\_\_ cm  
قد درج کریں میٹر سینٹی میٹر وزن کلو گرام پچکانے پر سینہ سینٹی میٹر پھیلانے پر سینہ سینٹی میٹر میٹ سینٹی میٹر

(ii) Change of weight in past 12 month: Loss \_\_\_\_\_ kg Gain \_\_\_\_\_ kg  
وزن میں تبدیلی کی وجہ گزشتہ بارہ ماہ میں وزن میں تبدیلی



# 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 وار تفصیل 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 الاملازمت سے برخاستہ 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 ہو اسے 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 خواہن 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 جو اباط 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 صواب راہی 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 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 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
دستخط مقام تاریخ

Signature or LTI of Proposer  
(if other than life proposed)

درخواست گزار کے دستخط بابا میں ہاتھ کے انگوٹھے کا نشان

Signature or the life Proposed and  
both thumb impression

موز کے دستخط اور دونوں ہاتھوں کے انگوٹھے کے نشان

Signature of witness (with rubber stamp) گواہ کے دستخط مع مہر  
Name نام

Father's Name والد کا نام  
CNIC No. کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر

مرد کے پائیں انگوٹھے کا نشان

عورت کے دائیں انگوٹھے کا نشان



**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 اداستحفظ کرنے سے پہلے میں نے مطالعہ کیا اور ترجمہ کر کے اس کو وضاحت سے اس کو آف 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 \_\_\_\_\_