

Policy/Proposal No.: پالیسی/تجویز نمبر \_\_\_\_\_ Name: نام \_\_\_\_\_

Date of Birth: تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ Detailed Present Occupation: موجودہ پیشگی تفصیلی پیشہ \_\_\_\_\_

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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- بلند فشار خون، 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- ذیابیطس یا گردوں، لیور یا bladder کی کوئی بے قاعدگی؟
- d) any disorder of the stomach or bowels? ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں
- معدے یا آنتوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- e) any disorder of the joints or vertebral column? ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں
- جوڑوں یا ریڑھ کی ہڈیوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- f) shortness of breath, asthma, bronchitis or any disorder of the lungs? ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں
- سانس میں کمی، اسٹیمہما، حلق کی سوجن یا پھیپھڑوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- g) epilepsy, fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown? ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں
- مرگی، دماغی جھٹکے، بار بار سردرد کی شکایت، اعصابی بیجان؟
- h) any illness, injury or disability not mentioned above? ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں
- 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، فزیشنز 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں

کیا آپ کے سکے 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 پا چکے 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، 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- کیا ابھی آپ کوئی 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- 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 جی ہاں ☐ No جی نہیں
- کیا بیمہ حیات، حادثاتی وفات، معذوری، سنگین بیماری کے تحفظات کے لئے کوئی درخواست رد ہوئی 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. What is your normal weekly consumption of alcohol (Please state also whether Beer, Wine or Spirits):

آپ کا الکحل کا ہفتواری استعمال کتنا ہے؟ (براہ مہربانی یہ بھی تحریر کیجئے کہ آیا بیئر، شراب یا اسپرٹس)

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 \_\_\_\_\_ Signature of Witness: گواہ کے دستخط \_\_\_\_\_