STATE LIFE
INSURANCE CORPORATION OF PAKISTAN
KARACHI CERTRAL ZONE

ESTABLISHED UNDER ARTICLE 11 (1) OF THE LIFE INSURANCE (NATIONALISATION) ORDER 10 OF 1972

Date of Receipt & Signature

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 ذہین کرلیں درج ذیل سوالوں کے جوابات آپ کو درست اور پوری سچائی کے ساتھ دینا ہیں کیس قسم حقیقت کی پردہ پوشی یا غلط بیانی معاہدے کو ختم کردے 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 شناختی علامت
2. Name of insured in Full بیمہ دار کا پورا نام	5. C.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 وکتابت کے لئے	7. (b) Permanent residential address مستقل رہائشی پتہ
8. (a) Telephone Office: _____ ٹیلیفون نمبر (آفس) Res: _____ (رہائشی)	7. (b) E-mail No. _____ ای میل نمبر (c) Fax No. _____ فیکس نمبر
9. Average monthly income from all sources	

PERSONAL STATEMENT OF HEALTH ذاتی بیانِ صحت

10. Family History خاندانی کوائف	No. تعداد	Living باحیات		Dead فوت شدہ		
		Age عمر	State of Health صحت کی کیفیت	Year of Death سالِ 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. (i) State Height قد درج کریں------ Meters میٹر------cm سینٹی میٹر Weight وزن--------Kg. کلوگرم Chest Insp پچکانے پر سینہ-------cm سینٹی میٹر E.xp پھیلانے پر سینہ--------cm Abdomen میٹ-----cm سینٹی میٹر

(ii) Change of weight in past 12 month: Loss ---------- Kg Gain ---------- Kg گزشتہ بارہ ماہ میں وزن میں تبدیلی

Reason for change in weight ---------- وزن میں تبدیلی کی وجہ

PHS-42

12. State average daily consumption of:- روزانہ کا اوسط استعمال درج کریں (I) Tobacco / Cigarette (ii) Plan / Niswar (iii) Alcohol (iv) Drugs تمباکو / سگریٹ پان / نسوار شراب نشہ آور دوائیں	(I) _____ (ii)_____ (iii)_____ (iv)_____
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 لیبارٹری ٹیسٹ، ایکسرے، ای سی 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 کبھی عارضہ قلب، بلند فشار خون، تپ دق، یرقان، سرطان، اعصابی نفسیاتی مرض یا جگر، معدہ گردے کی بیماری میں مبتلا ہے تو تاریخ وار تفصیل لکھئے۔ سرطان، دمہ مرگی، اعصابی یا نفسانی مرض میں مبتلا رہے ہیں؟ اگر ایسا ہے تو تاریخ اور تفصیل لکھیے۔	
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 خودکشی یا کسی کو موروثی 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 ہوابازی، تحفظ فصل کے ہوا باز ہیں تو موجودہ طبی درجہ بندی 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 برخاست 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 پُرخطر 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 پروپوزل کی تفصیل بشمول بن کر جو مسترد / موخر / ملتوی / منسوخ نامکمل ساقط / منجمد / دستبردار / زائد پریمیم یا پابندیوں یا تبدیلیوں کے ساتھ منظور شدہ ہو، بیان کریں۔

Policy/Proposal No. پالیسی نمبر / پروپوزل نمبر	Company/Zone کمپنی / زون	Sum Assured زرِ بیمہ		Accepted/Rejected. If accepted, state terms of acceptance منظوری / نامنظوری اگر منظور ہوا ہے تو شرائط منظوری لکھیں	STATUS کیفیت Inforce/Lapsed/Paid up Auto-surrendered جاری / ساقط / منجمد / دستبردار
		Life حیاتی	Accident حادثاتی		

CamScanner

23. IF FEMALE STATE خواتین کے لئے — اگر خاتون ہے تو بیان کریں

(I) 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 _____

Prosposal/Policy No. _____

Name of Policyholder/Proposer _____

DECLARATION (اقرار نامہ)

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 (۲) زر بیمہ میری آمدنی کی مناسبت سے ہے۔ (۳) میں نے زیر تجویز بیمہ کے معاہدے کی شرائط وضوابط بخصوص اپنی ذمہ داری اور اُس کے تحت مجھے حاصل ہونے والے فوائد کو پوری طرح سمجھ لیا ہے (۴) تجویز کردہ معاہدہ میری ضروریات کے عین مطابق ہے (۵) یہ بیان اور اقرار نامہ بخصوص بیان صحت اور میڈیکل ایگزامنر کو دیا گیا بیان اسٹیٹ لائف انشورنس کارپوریشن آف پاکستان اور تجویز کنندہ کے درمیان معاہدے کی بنیاد ہوگا (۶) میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں اہم معلومات فراہم کرنے سے قاصر رہا/رہی یا بیان کردہ حقائق دھوکہ دہی اور غلط بیانی پر مبنی ہوئے تو کارپوریشن، انشورنس آرڈیننس ۲۰۰۰ کی شق (۳) ۷۹ اور (۴) کے تحت اس معاہدے سے انکار کرسکتی ہے اور کارپوریشن کو یہ حق حاصل ہوگا کہ وہ مجھ سے اس نقصان کی قانونی طریقے سے تلافی کر سکے جو کہ میرے دھوکہ دہی کے عمل کی وجہ سے اُٹھانا 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 اُس اسپتال، معالج یا کوئی اور فرد جس نے میرا علاج کیا ہو یا آئندہ علاج کرے بذریعہ 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 سیکیورٹیز اینڈ ایکسچینج کمیشن آف پاکستان کی ہدایت کے مطابق میرے پروپوزل کے متعلق معلومات سینٹرل انفارمیشن شیئرنگ سولوشن برائے لائف انشورنس انڈسٹری اور انشورنس رپوزٹری کو فراہم کر سکے، جو کہ بیمہ داران کے تحفظ اور انشورنس انڈسٹری کی مستحکم ترقی کے لئے ہے۔ میں باور کرتا/ کرتی ہوں کہ میری زندگی کے بیمہ کا تحفظ اُس وقت تک شروع نہیں ہوگا، جب تک کارپوریشن میرے بیمے کی تجویز پر غور وخوض کے بعد منظوری کا فیصلہ نہ کردے 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 بمقام — تاریخ

Signature or LTI of Proposer (if other than life proposed)
درخواست گزار کے دستخط یا بائیں ہاتھ کے انگوٹھے کا نشان

Signature or the life Proposed and both thumb imperssion
مجوز کے دستخط اور دونوں ہاتھوں کے انگوٹھے کے نشانات

مرد کے بائیں انگوٹھے کا نشان	عورت کے دائیں انگوٹھے کا 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

(If the life insurred/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 کے بیمہ شخص کے اس فارم پر انگوٹھے کا نشان/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 Polices

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,

Date: _____

Signature of the Policyholder

CamScanner