

REINSTATEMENT/ HEALTH DECLARATION FORM (HAJJ PRODUCT) بحالی / اقرارنامہ برائے صحت (حج)

In Connection With: Reinstatement ☐ Removal/Reduction in underwriting Rating ☐
بحالی خاتمہ / ریٹنگ میں کمی

Membership No. _____
ممبر شپ نمبر

Name of Participant _____
امیدوار کا نام

CNIC No. _____ Nationality _____
شناختی کارڈ نمبر قومیت

Date of Birth _____ Height _____ cm/ft. Weight _____ kg/lbs.
تاریخ پیدائش DD MM YY قد سی ایم / فٹ وزن کلوگرام / پائونڈز

Occupation _____ Daily Duties _____
پیشہ روزمرہ فرائض

Name of Employer Company _____
آجر / کمپنی / فرم کا نام

Nature of Business _____
کاروبار کی نوعیت

Particulars of dependents (Spouse and Children), if covered under the membership

زیر کفالت افراد (شریک حیات اور بچے) کی تفصیلات، اس ممبر شپ کے تحت کوڑ ہیں۔

Name نام	Nationality قومیت	Date of Birth تاریخ پیدائش	CNIC# / Form-B شناختی کارڈ نمبر / فارم بی	Relationship رشتہ	Height (cm/ft) قد	Weight (kg/lbs) وزن	Occupation پیشہ

Please reinstate my membership/memberships. I have paid Rs. _____ through, Cheque ☐ Online ☐ Pay order ☐ Cash ☐

برائے مہربانی میری رکنیت کو ری انسٹیٹوشن کیا جائے، میں مبلغ _____ روپے بذریعہ چیک ☐ آن لائن ☐ پے آرڈر ☐ کیش ☐ جمع کروا دیتے ہیں۔

Medical History/Lifestyle - طبی تاریخ / طرز زندگی

1) Do you smoke (Cigarette, vape, sheesha, tobacco usage)? If yes, how many/much per day?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	1) کیا آپ تباقہ کو نوشی کرتے ہیں (سگریٹ، ویپ، تباقہ، شیشہ)؟ اگر ہاں تو دن میں کتنی مرتبہ؟
2) Have you ever been diagnosed with, consulted a medical practitioner or been given treatment for any of the following conditions: Heart attack, chest pain, high cholesterol, stroke, hypertension, diabetes, cancer, tumor or abnormal growth, hepatitis, HIV infection, or AIDS, Any disease or disorder of the heart, brain, or nervous system, eyes, or ears, thyroid, lung, or respiratory system, liver, digestive system or gastrointestinal tract, kidney or urinary system, genital organs, spine or joints, immune system, blood disorder, hereditary disease or congenital abnormality, mental health or psychiatric illness, physical impairment or deformity, drug or alcohol abuse?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	2) کیا آپ کو کبھی مندرجہ ذیل بیماریوں کی تشخیص ہوئی ہے یا ان بیماریوں کے حوالے سے کسی معالج سے مشورہ کیا ہے یا علاج کروایا ہے؟ دل کا دورہ، سینہ کا درد، ہائی کولیسٹرول، اسٹروک، بائوپریشن، ذیابیطس، کینسر، ٹیومر یا غیر معمولی بڑھوتری، ہیپاٹائٹس، ایچ آئی وی انفیکشن یا ایڈز، دل، دماغ، اعصابی نظام، بصریت، سماعت، رگے کے نمودار، پیچھے پڑے، نظام تنفس، جگر، نظام انہضام، معدہ یا آنت یا اس کی نالیوں، گردہ یا پیشاب کا نظام، پھیپھڑے، اعضا، ریزہ کی ہڈی یا جوڑ، مدافعی نظام، خون کی بیماری، موروٹی یا پیدائشی بیماری، دماغی یا نفسیاتی بیماری، جسمانی کمی یا معدودی نشیبات یا الکحول کی عادت سے متعلق امراض میں جتا رہا ہے؟
3) Within the past three (3) years, have you consulted a specialist, been hospitalized, had surgery, had a diagnostic test with an abnormal result or been advised to have any of these in the future?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	3) گزشتہ تین سالوں کے دوران کبھی آپ نے کسی ماہرین معالج سے مشورہ کیا ہے یا ہسپتال میں زیر علاج رہے ہیں یا کوئی سرجری ہوئی ہے یا ایسا کوئی ٹیسٹ کروایا ہے جس کے نتائج غیر معمولی ہوں یا مستقبل میں اس قسم کے علاج یا ٹیسٹ کا مشورہ دیا گیا ہے؟
4) Have you ever had an application or an Insurance/Takaful coverage decline, postponed, rated up or accepted on modified medical terms?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	4) کیا آپ کی کبھی کوئی انشورنس/تکافل کی درخواست طبی وجوہات کی بناء پر نامنظور یا ملتوی ہوئی یا ترمیم شدہ طبی شرائط پر منظور کی گئی ہے یا ریٹ میں اضافہ کیا گیا ہے؟
5) Are you currently on a long term (>14 days) medication?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	5) کیا آپ فی الحال طویل المدت (14 دن سے کم) ادویات پر ہیں؟
6) Are you currently suffering or recovering from COVID-19 or any of its symptoms?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	6) کیا آپ فی الحال کرونا میں مبتلا ہیں یا تشخیصاتی کے مرحلہ میں ہیں یا آپ کو اس کی کوئی علامات ہیں؟
7) Are you involved in any high-risk occupation where your job involves working at height of 15 meters or more, working underwater or underground, working offshore, working with chemicals or explosives, or working as an armed guard?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	7) کیا آپ کسی زیادہ خطرہ والے پیشے سے منسلک ہیں، جس میں 15 میٹر یا اس سے زیادہ اونچائی پر یا زیر زمین یا پانی کے اندر یا ساحل پر، کیمیکل یا آتشیں مادہ یا مسلح گارڈ کے طور پر کام کرنا پڑتا ہو؟

8) کیا آپ نے کبھی ہوا بازی، پیراشونگ، گاڑی کے کھیل، غوطہ خوری، کود پانی یا دیگر خطرناک کھیلوں میں حصہ لیا ہے یا حصہ لینے کا ارادہ رکھتے ہیں: ☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں

8) Have you ever engaged or do you contemplate to engage in any of the following pursuits: Aviation, parachuting, motor sports, diving, mountaineering, or any other dangerous sports?

اگر ان سوالات میں سے کسی کا جواب "ہاں" میں ہے تو ذیل میں دیے گئے خانے میں تفصیل فراہم کریں، اگر ضرورت ہو تو علیحدہ صفحہ استعمال کریں۔

Provide details of any "YES" answer in the following space. Use separate sheet, if required.

Name نام	Question# سوال نمبر	Details تفصیلات

Do you intend to travel in the next twelve months? If yes, Please give details below: کیا آپ کا اگلے بارہ ماہ میں سفر کا ارادہ ہے؟ اگر ہاں تو درج ذیل تفصیل فراہم کریں:

Name نام	Destination منزل	Purpose & Duration of Stay قیام کی مدت اور مقصد

Please update my contact details as follows and all correspondence should be made on the following address:

اگر براہ کرم میرے رابطے کی تفصیلات کو ذیل کے اعتبار سے اپڈیٹ کر دیں اور آئندہ تمام خط و کتابت درج ذیل پتے پر ہی ہوگی:

Correspondence Address _____
خط و کتابت کا پتہ

City _____
شہر

District _____
ضلع

Mobile _____
موبائل نمبر

Whatsapp _____
واٹس اپ

Telephone (Res.) _____
ٹیلیفون (رہائش)

Email _____
ای میل

Website _____
ویب سائٹ

I declare that all of the above answers are full, complete and true. I understand and agree that they shall be taken as the basis of reinstatement, any change or issuance of any additional benefit or enhancement of coverage and that such reinstatement, change, issuance of any additional benefit or enhancement of coverage shall not be considered as affected by reason of settlement made in payment of or on account of the amount now due until this application shall be duly approved by the Company, and that the receipt, retention, deposit or cashing of any such payment or settlement by the Company or its agent shall not constitute a waiver or forfeiture, or otherwise affect this condition. I also understand and agree that, notwithstanding any provisions to the contrary in said Membership, the Membership, but not any part thereof granting disability or accident benefits, if reinstated or modified in such a manner to increase the risk, shall become incontestable after it has been in force during the lifetime of the insured for two years from the date of this application, except for non-payment of contribution, fraud and willful misrepresentation, and any part thereof granting disability or accident benefits.

میں اقرار کرتا ہوں کہ اوپر فراہم کردہ جوابات مکمل اور درست ہیں۔ میں سمجھتا اور متفق ہوں کہ ان فراہم کردہ معلومات کو رکنیت کی بحالی، کسی قسم کی تبدیلی یا اضافی فوائد کے اجراء یا زرخفظ کی مقدار میں اضافہ کے لیے استعمال کیا جائے گا اور یہ کہ ایسی کسی قسم کی بحالی، تبدیلی، اضافی فوائد کا اجراء یا زرخفظ کی مقدار میں اضافہ کو ادائیگی میں تفریق یا اس وقت واجب الاداء رقم کی بعد میں ادائیگی کے وعدہ کے باوجود اس وقت تک مؤثر نہیں سمجھا جائے گا جب تک کہ یہ درخواست کمپنی کی جانب سے منظور نہ ہو جائے۔ اور یہ کہ کمپنی یا اس کے ایجنٹ کی جانب سے اس قسم کی ادائیگی کو کیش کروانے، جمع کروانے، روکنے یا وصول کرنے کو استثناء، ضبطگی یا کوئی امر جو اس شرط کو متاثر کرے تصور نہیں کیا جائے گا۔ میں یہ بھی سمجھتا اور متفق ہوں کہ اس ممبرشپ کی شرائط کو مد نظر رکھتے ہوئے ممبرشپ کی اس طرح بحالی یا تبدیلی کی صورت میں جس کی وجہ سے رسک بڑھ جائے تو ایسی ممبرشپ ناقابل دعویٰ ہوگی، بشرطیکہ شریک کفائل کی زندگی کے دوران اس درخواست کی تاریخ سے دو سال تک رکنیت فعال رہی ہو، البتہ زرتعاون کی عدم ادائیگی، دھوکہ دہی اور جان بوجھ کر غلط بیانی اور ایسا کوئی حصہ جو معذوری یا حادثاتی فوائد کی اجازت دے رہا ہو اس شرط سے مستثنیٰ ہوں گے۔

I hereby authorize/agree/acknowledge/understand that 5th Pillar Family Takaful Limited may share information with any Life/Family Takaful/conventional insurer as per SECP regulations issued with respect to Centralized Information Sharing Solution for Life Insurance Industry (CISSII) vide SRO 14(I)/2013

میں اجازت دیتا ہوں / متفق ہوں / تصدیق کرتا ہوں / سمجھتا ہوں کہ فتنہ پلر فیملی تکافل لمیٹڈ SECP کی طرف سے CISSII سے متعلق بذریعہ SRO 14(I)/2013 جاری کردہ ریگولیشنز کے مطابق میری معلومات کسی لائف / فیملی تکافل / کنونشنل انشورر کو فراہم کر سکتی ہے۔

Date _____ Month _____ Year _____ Place _____
تاریخ مہینہ سال جگہ

Name of Participant _____ Signature of Participant _____
شریک کا نام شریک کے دستخط

Name of Witness _____ Signature of Witness _____
گواہ کا نام گواہ کے دستخط

Agent / AM / RM
ایجنٹ / اے ایم / آر ایم