

REINSTATEMENT/ HEALTH DECLARATION FORM (UMRAH)

بحالی/ اقرار نامہ برائے صحت (عمرہ)

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

Membership No. _____
ممبر شپ نمبر

Name of Participant _____
اسیدوار کا نام

CNIC No. _____ Nationality _____
شناختی کارڈ نمبر قومیت

Date of Birth _____ Height _____ cm/ft. Weight _____ kg/lbs.
تاریخ پیدائش قد قد وزن

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 کورڈ 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 اسٹیٹمنٹ کیا جائے، میں مبلغ _____ روپے بذریعہ چیک ☐ آن لائن ☐ پی آرڈر ☐ کیش ☐ جمع کروا دیتے ہیں۔

Medical History / Lifestyle Questionnaire - طبی تاریخ / طرز زندگی کا سوالنامہ

I, the undersigned and declare:

I hereby confirm I am in good health and not suffering from any immediate life-threatening disease nor planning to have any medical or surgical procedures soon. ☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میں مکمل طور پر صحت مند ہوں اور فی الحال کسی فوری مہلک مرض میں مبتلا نہیں ہوں اور نہ ہی غصہ یا کسی طبی یا سرجیکل آپریشن کا کوئی ارادہ ہے۔

I also confirm that I do not participate in any following activities: Aviation, parachuting, motor sports, diving, mountaineering, or any other dangerous sports. ☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں

میں اس بات کی بھی تصدیق کرتا ہوں کہ میں درج ذیل کسی سرگرمی میں شامل نہیں ہوں: ایوی ایشن، ہیراٹونگ، موٹر سائیکل، غوطہ خوری، کوہ پیمائی یا کوئی اور خطرناک کھیل

Provide details of any "No" answer in the following space. Use separate sheet, if required.

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

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 اگلے بارہ ماہ میں سفر کا ارادہ ہے؟ اگر ہاں تو درج ذیل تفصیل فراہم کریں:

Name نام	Destination م 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:

ازراہ 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

District _____

ضلع

City _____

شہر

Mobile _____

موبائل نمبر

Whatsapp _____

واٹس ایپ

Telephone (Res.) _____

ٹیلیفون (رہائشی)

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 تصفیہ 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، روکے رکھنے یا وصول کرنے کو استثناء، ضبط طبعی یا کوئی امر جو اس شرط کو متاثر کرے تصور نہیں کیا جائے گا۔ میں یہ بھی سمجھتا اور متفق ہوں کہ اس ممبر شپ کی شرائط کو مد نظر رکھتے ہوئے ممبر شپ کی اس طرح بحالی یا تبدیلی کی صورت میں جس کی وجہ سے رسک بڑھ جائے تو ایسی ممبر شپ ناقابل دعویٰ ہوگی، بشرطیکہ شریک حفاظت کی زندگی کے دوران اس درخواست کی تاریخ سے دو سال تک رکنیت فعال رہی ہو، البتہ زرخفاوں 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 فیض پلر فیملی تکافل لمیٹڈ 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 _____

تاریخ

Month _____

مہینہ

Year _____

سال

Place _____

جگہ

Name of Participant _____

شریک کا نام

Signature of Participant _____

شریک کے دستخط

Name of Witness _____

گواہ کا نام

Agent / AM / RM

ایجنٹ/اے ایم/آر ایم

Signature of Witness _____

گواہ کے دستخط