

REINSTATEMENT/ HEALTH DECLARATION FORM (SAVING PLAN) بحالی / اقرارنامہ برائے صحت (سیونگ پلان)

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 ☐

اقرار کرم میری رکنیت کو بحال کر دیا جائے۔ میں نے بذریعہ چیک ☐ آن لائن ☐ پے آرڈر ☐ کیش ☐ کی صورت میں مبلغ _____ روپے ادا کر دیے ہیں۔

Medical History/Lifestyle - طبی تاریخ / طرز زندگی

1) Do you have any existing insurance including those now being proposed to other companies?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	1) کیا آپ کی کوئی انشورنس پالیسی جاری ہے، بشمول ان پالیسیز کے جو اس وقت دیگر کمپنی کو تجویز کی جارہی ہیں؟
2) Has any proposal, reinstatement or application for renewal of insurance on your life (including those now being proposed to other companies) ever been declined, postponed, rated, restricted or in any way modified or subjected to additional terms?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	2) کیا کبھی آپ کا کوئی پروپوزل، بحالی، یا لائف انشورنس کی تجدید کی درخواست (بشمول ان پالیسیز کے جو اس وقت دیگر کمپنی کو تجویز کی جارہی ہیں) منظور پائلٹی ہوئی ہے یا ریٹ میں اضافہ کیا گیا ہے یا محدود کی گئی ہے یا کسی طرح اس میں ترمیم کی گئی ہے یا کوئی اضافی شرط لگائی گئی ہے؟
3) Family History: Have any of your biological parents, brothers or sisters ever suffered from heart diseases, hypertension, diabetes, kidney disease, mental disorders, cancer, hereditary, neurological or congenital disease?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	3) آپ کے حقیقی والدین یا بہن بھائیوں میں سے کوئی کبھی دل کے عارضے، دماغی جھٹکے، ہائپر ٹینشن، ذیابیطیس، گردوں کے مرض، دماغی مرض، کینسر، موروثی مرض، اعصابی یا پیدائشی مرض میں مبتلا ہوا ہے؟
4) Are you currently receiving medical treatment and / or suffering from physical impairment or infirmity or congenital abnormality?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	4) کیا آپ فی الحال کوئی علاج معالجہ کر رہے ہیں اور / یا کسی جسمانی خرابی یا کمزوری یا پیدائشی بیماری سے گزر رہے ہیں؟
5) Have you ever had, been diagnosed to have, been investigated or treated for or advised to seek any medical or surgical treatment for any of the conditions listed below:	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	5) کیا آپ کو کبھی درج ذیل بیماریوں کی تشخیص ہوئی ہے یا جانچ پڑتال کی گئی ہے یا علاج کروایا ہے یا کوئی طبی یا سرجیکل مشورہ دیا گیا ہے:
a) Stroke, transient ischemic attack (TIA), brain hemorrhage or brain injury, epilepsy, convulsion (fits), paralysis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, multiple sclerosis, prolonged recurrent dizziness or headache, migraine, cerebral palsy or other disease or disorder of the brain or nervous system?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	الف) جھٹکے، عارضی طور پر سانس کا بند ہو جانا، برین ہیمریج یا دماغی چوٹ، مرگی، دورے، فالج، رعشہ کا مرض، الزائمر کا مرض، صلابت اعضا، بار بار لمبے دورانیے پر مشتعل پکڑ آنا یا سر کا درد، مانجھرن، دماغی فالج، دماغی یا اعصابی نظام سے متعلق کوئی اور مرض یا کمزوری؟
b) Depression, anxiety, schizophrenia, suicide attempt, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autism, Down's syndrome, dementia, or any other mental health or psychiatric illness?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ب) ڈپریشن، بے چینی، شیذوفرینیا، خودکشی کی کوشش، توجہ کی کمی اور فوری اثر دکھانے کا مرض، آٹزم، ڈاؤن سندروم، سوچنے جھنجھٹے یا فیصلہ کرنے کی صلاحیت کا ختم ہو جانا یا دیگر کوئی دماغی یا نفسیاتی بیماری؟

c) Asthma, bronchitis, tuberculosis (TB), pneumonia, coughing of blood or any other disease or disorder of the lungs or respiratory system?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ج) دسمہ، بھینچھڑوں کی سوجن، ٹی بی، مونیہ، خون کی کھانسی، بھینچھڑوں یا نظام تنفس کی کوئی خرابی یا بیماری؟
d) Chest pain, angina, palpitation, irregular heartbeat, coronary artery disease (heart disease), heart attack, raised cholesterol, hypertension (high blood pressure), hypotension (low blood pressure), heart valve disorder, cardiomyopathy (enlarged heart), heart defects from birth or heart surgery, deep vein thrombosis, varicose veins or any other disease or disorder of the heart or vascular system?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	د) سینے کا درد، انجینا، دھڑکن، غیر معمولی دل کی دھڑکن، دل تک آکسیجن پہنچانے والی رگوں کی بیماری (دل کی بیماری)، دل کا دورہ، بڑھا ہوا کولیسٹرول، ہائپر ٹینشن (ہائی بلڈ پریشر)، دل کی نالیوں کا مرض، دل کا سائز بڑھ جانا، پیدائشی یا دل کی سرجری کی وجہ سے دل کا مسئلہ، رگوں کی گہرائی میں خون جم جانا، پھولی ہوئی رگیں، دل یا عروقی نظام کا کوئی مرض یا خرابی؟
e) Diabetes, abnormal blood sugar, thyroid disease, goiter, thalassemia, anemia, hemophilia or other disease or disorder of the endocrine glands, blood, chromosomal abnormality or hereditary disease?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	و) ذیابیطیس، غیر معمولی بلڈ شوگر، گلے کے غدود کا مرض، گردن کی سوجن (گھٹڑ)، تھلیمیسیمیا، خون میں نیوکلوٹین کی کمی، زخم سے خون کا پتہ نہ رہنا، اینڈوکرائن غدود، خون، غیر معمولی کروموسوم یا کوئی موروثی مرض؟
f) Gastritis, gastric or duodenal ulcer, gastro-esophageal reflux disease (GERD), colitis, Crohn's disease, hernia, fistula, piles, blood in stool, vomiting blood or other disease or disorder of the digestive system or gastrointestinal tract?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	و) معدے کی سوجن، معدے یا پھولی آنت کا اسر، معدے کی میزائیت کا منہ میں واپس آنا، آنت کی سوجن یا پھلنے کے مقام کی بیماری، ہیرنیا، فیولوا، بواسیر، پھلنے میں خون، خون کی انجی، انضمام انضمام یا معدے کی نالی کا کوئی اور مرض یا کمزوری؟
g) Jaundice, Hepatitis B or C, gall bladder or biliary system stone or obstruction, pancreatitis or other disease or disorder of the liver, gall bladder, biliary system or pancreas?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ز) یرقان، ہپاٹائٹس بی اور سی، پتہ یا اس کی نالی میں پتھری یا رکاوٹ، لیپے کی سوزش، جگر، پتہ کی نالی یا مبلبر کا کوئی اور مرض یا کمزوری؟
h) Kidney or urinary system stones, kidney infection, polycystic kidneys, protein or blood in urine or any disease or disorder of the kidney, ureter, bladder, urethra, prostate or genital organs?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ح) گردے یا پیٹھ کی نالی میں پتھری، گردن کا انفیکشن، گردوں میں پتھریں یا جم جانا، خون یا پیٹھ میں پتھریں، پیٹھ کی نالی، مثلاً، اس کے غدود یا شریانوں کی کوئی بیماری یا ان کی خرابی؟
i) Cancer, tumor, cyst, lump, growth, lymphoma, leukemia, melanoma, Hodgkin's disease, bone marrow disorders, any malignant or pre-malignant condition?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ط) کینسر، ٹیور، سسٹ، گانڈ، بڑھوتری، لمفوما، خون کا کینسر، چلیدی کینسر، لمفوماٹک نظام کا کینسر، ہڈی کے گودے کا مرض، غیر معمولی یومر یا اس سے پہلے کی صورت حال سے متعلق کوئی مرض یا کمزوری؟
j) Blindness, cataract, glaucoma, impaired sight (excluding long sighted and short sighted), impaired hearing or speech, deafness, tonsillitis, deviated nasal septum, chronic rhinitis, sinusitis, nose bleed, sleep apnoea or other disease or disorder of the eyes, ears, throat, mouth or nose?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ی) اندھا پن، موٹیہ بند، کالا موٹیہ، نظر کی کمزوری (قریب کی نظر کی کمزوری یا دور کی نظر کی کمزوری) اس سے متعلق ہے، سماعت یا گویائی کی کمزوری، بہرہ، ناسٹز، ناک کی ہڈی کا مڑ جانا، دائمی ناک کی سوزش، سائنس کا مرض، ناک سے خون آنا، تینڈر کی کمی یا آگے، کان، حلق، منہ یا ناک کا کوئی اور مرض؟
k) Backache, slipped disc, spondylosis, arthritis, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus (SLE), osteoporosis, gout, psoriasis, chronic skin disease or other disease or disorder of the immune system, connective tissue, spine, muscle, bone or joint?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ک) سر کا درد، مہروں کا ٹھک جانا، مہروں کی سوزش، گھٹیا، جوڑوں کا مرض، مدافعتی نظام کا اپنے عضلات پر حملہ کر دینا، ہڈیوں کا بہت سخت ہو جانا، ہڈیوں میں یورک ایسڈ کی زیادتی، جلد کا موڈی مرض، مدافعتی نظام، مربوط عضلات، ریزہ کی ہڈی، پتھوں، ہڈی یا جوڑوں کا کوئی مرض؟
l) Syphilis, gonorrhea, venereal disease, Human Papilloma Virus (HPV) infection or any other sexually transmitted disease?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ل) آئفک، سوزاک، یا اس کے علاوہ جنسی طور پر منتقل ہونے والے بیکٹیریا سے ہونے والی بیماریاں یا انفیکشن؟
m) Any other illness, disease, disorder, disability, accident or hospitalization or any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature that has not been mentioned above?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	م) کوئی اور کمزوری، مرض، خرابی، معذوری، حادثہ یا ہسپتال میں داخلہ، یا سرجیکل آپریشن یا نگہداشت میں ہونے والا علاج جو روزمرہ نوعیت کا نہ ہو اور ان کا اوپر تذکرہ نہ کیا گیا ہو؟
6) In the past 5 years, have you ever been hospitalized, had surgery or been advised to undergo or do you intend to undergo any investigation or screening tests including but not limited to blood or urine test, pap smear, mammogram, ultrasound, biopsy, X-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, echocardiogram, lung function test, bone density test, angiogram, scope, EEG, Sleep study?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	6) گزشتہ پانچ سالوں میں کبھی ہسپتال میں داخل ہوئے ہیں، سرجری کروائی ہے یا سرجری کا مشورہ دیا گیا ہے یا آپ کسی معائنہ یا اسکریننگ ٹیسٹ کا ارادہ رکھتے ہیں جن میں سے شامل ہیں، لیکن انہی میں منحصر نہیں: خون یا پیٹھ یا ٹیسٹ، رحم کی منہ کی صفائی، میگنٹ، البراساؤنڈ، پاپ سٹیج، ایکس رے، سی ٹی اسکین، ایم آر آئی، ای سی جی، ٹریڈل ای سی جی، ایچو کارڈیوگرام، بھینچھڑوں کے عمل کا ٹیسٹ، ہڈیوں کی کثافت کا ٹیسٹ، انجیوگرام، اسکوپ، ای ای سی جی، ٹینڈر کا مطالعہ؟
7) Have you or your spouse or partner ever been tested for or received medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV)?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	7) کیا کبھی آپ یا آپ کے شریک حیات یا ساتھی نے ایڈز یا ایچ آئی وی کے انفیکشن سے متعلق کوئی ٹیسٹ کروایا ہے یا کروانے کا بھی مشورہ دیا گیا ہے یا مشاورت کی گئی ہے یا علاج کروایا ہے؟
a) Is there anything in your lifestyle that puts you at an increased risk of AIDS or any AIDS related condition?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	الف) کیا آپ کی طرز زندگی میں کوئی ایسی سرگرمی شامل ہے جس کی وجہ سے ایڈز یا اس سے متعلق خطرات بڑھ جاتے ہیں؟
b) Have you or your spouse or partner in the past three months, suffered from any of the following for a continuous period of more than one week- fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ب) آپ یا آپ کے شریک حیات یا ساتھی تین ماہ میں ایک ہفتہ سے زیادہ مسلسل مدت تک مندرجہ ذیل مسائل کا شکار ہوئے ہیں: تھکاوٹ، وزن کی کمی، دائیہ، لمف کی بڑھی ہوئی گھٹیاں یا غیر معمولی جلدی زخم؟
8) Do you use Tobacco, Pan or alcohol: Quantity: _____ Details: _____	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	8) کیا آپ تنباکو، پان یا الکوحل استعمال کرتے ہیں؟ تعداد: _____ تفصیل: _____
9) Have you ever taken or do you now take any drugs or narcotics, other than those validly prescribed by doctors, or been treated for drug habits?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	9) ڈاکٹر کی تجویز کے علاوہ کیا آپ نے کبھی منشیات کا استعمال کیا ہے یا کر رہے ہیں یا کبھی منشیات کی عادت کا علاج کروایا ہے؟
10) 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?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	10) کیا آپ مندرجہ ذیل امور میں مشغول ہیں یا مشغولیت کا ارادہ رکھتے ہیں: ہوائی اڑان، ہیراٹھونگ، موٹر اسپورٹس، غوطہ خوری، وہ پینائی یا دیگر کوئی خطرناک کھیل؟

11) Are you involved in a high risk occupation where your job involves working at height of 15 meters or more, working underwater or underground, working off-shore, working with high voltage, chemicals or explosives or working as an armed guard?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	11) یا آپ کسی زیادہ خطرہ والے پیشے سے مشغول ہیں، جس میں 15 میٹر یا اس سے زیادہ اونچائی پر یا زیر زمین یا پانی کے اندر یا ساحل پر یا ہائی وے کے ساتھ یا کنکریٹ یا آتشیں مادہ یا مسلح گارڈ کے طور پر کام کرتا پڑتا ہو؟
12) Do you engage or have you ever engaged (in any capacity) in any political activity? Are you or have you ever been an office bearer for any religious or political organization (registered or unregistered)?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	12) کیا آپ (کسی بھی درجہ میں) کسی سیاسی سرگرمیوں میں مشغول ہیں یا کبھی مشغول رہے ہیں؟ کیا آپ کبھی کسی مذہبی یا سیاسی تنظیم (رجسٹرڈ ہو یا غیر رجسٹرڈ) کے عہدیدار رہے ہیں؟
13) Do you have or have you ever had any enmity with anyone whomsoever? Are you engaged or were you ever engaged in any civil or criminal litigation or police case in any court of law or law enforcing agency?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	13) کیا فی الحال یا کبھی بھی آپ کی کسی بھی شخص سے دشمنی رہی ہے؟ کیا آپ کسی بھی کورٹ آف لاء یا قانون نافذ کرنے والی ایجنسی میں سول یا کرمل چارہ جوئی یا پولیس کیس میں مشغول ہیں یا رہے ہیں؟

For Female Only		صرف خواتین کے لئے
14) Are you currently pregnant? If "Yes", please state the gestational age. Gestational Age: _____ weeks	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	14) کیا آپ اس وقت حمل سے ہیں؟ "ہاں" تو حمل کی عربیان کریں۔ حمل کی عمر: _____ ہفتے
a) Have you ever had any complications in current or previous pregnancy or childbirth (e.g. gestational diabetes, gestational hypertension, preeclampsia/eclampsia, ectopic pregnancy, stillbirth, miscarriage, disseminated intravascular coagulation, placental abruption, amniotic fluid embolism, therapeutic abortion, caesarean section due to underlying medical condition, cervical insufficiency, fetus abnormalities, Rh Disease or acute infections)?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	الف) کیا آپ کو موجودہ یا کسی بھی حمل یا زچگی میں کسی قسم کی پیچیدگی کا سامنا کرنا پڑا ہے (مثلاً: دوران حمل ذیابیطس، ہائپرٹینشن، حمل کی غیر معمولی کیفیت، رحم سے باہر حمل، ٹھہرنا، مردہ پیدائش، سقط حمل، جسم کی خون کی گتیاں بن جانا، نال کا وقت سے پہلے رحم کی دیوار چھوڑ دینا، جینیسی جھلی میں ہوائی بلبند یا ٹھوس مادہ کا بننا، کسی جلی وجہ سے استسقاء حمل، کسی مرض کی وجہ سے پیٹ چیر کر بچہ کی پیدائش کرنا، رحم کے منہ کا جھنے کے قابل نہ ہونے کی وجہ سے حمل ساقط ہو جانا، جینین کی معذوری، ماں کی اخفی باڈیز کا بچے کے خون کے خلیات ضائع کرنا یا مہلک انفیکشن)
b) Have you ever been or currently being informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for breast lumps, fibroids, ovarian cysts, polycystic ovarian syndrome, endometriosis, cervicitis, abnormal papsmear(s), or any other disease or disorder of the breast or female organs?	☐ Yes / ہاں ☐ No / نہیں	ب) کیا فی الحال یا کبھی بھی آپ کو مندرجہ ذیل بیماریوں کے حوالے سے کسی قسم کی معلومات دی گئی ہیں یا معائنہ کیا گیا ہے یا علاج معالجہ کیا گیا ہے یا طبی یا سرجیکل علاج کے لیے مشورہ دیا گیا ہے؟ جھاتی کے غدود، رحم کی رسولی، پیٹھ دانی کی جھٹی، پیٹھ دان میں کسی سسٹوں پر مشتمل بیماری کا اجتماع، رحم کے باہر سسٹوں کا پید ہونا، رحم کے پچھلے حصے میں سوزش، رحم کے منہ پر خلیات کی غیر معمولی تبدیلی، چھاتی یا نسوانی اعضاء سے متعلق کوئی اور مرض یا کمزوری۔

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 مقصد	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

District _____ City _____
ضلع شہر

Mobile _____ Whatsapp _____ Telephone (Res.) _____
موبائل نمبر واٹس اپ ٹیلیفون (رہائش)

Email _____ Website _____
ای میل 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.

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 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، 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 کفالت 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 معدوری یا حادثاتی فوائد کی اجازت دے رہا ہو اس شرط سے مستثنیٰ ہوں گے۔

میں اجازت دیتا ہوں / متفق ہوں / تصدیق کرتا ہوں / سمجھتا ہوں کہ فقہ پلر فیملی کفالت لمیٹڈ SECP کی طرف سے CISSII سے متعلق بذریعہ 2013/14(I) SRO جاری کردہ ریگولیشنز کے مطابق میری معلومات کسی لائف / فیملی کفالت / 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