

## REINSTATEMENT/ HEALTH DECLARATION FORM

(UMRAH)

بحالی / اقرارنامہ برائے صحت (عمرہ)

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

Membership No. \_\_\_\_\_  
ممبرشپ 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 قد می 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 ممبرشپ کے تحت کوڑ ہیں۔

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

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

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

### Declaration - اقرارنامہ

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.

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میں بحال طور پر صحت مند ہوں اور فی الحال کسی فوری مہلک مرض میں مبتلا نہیں ہوں اور نہ ہی مختصر عرصے میں 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

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

| Name<br>نام | Question#<br>سوال نمبر | Details<br>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<br>نام | Destination<br>منزل | Purpose & Duration of Stay<br>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 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 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 تیکس 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 بنیادی 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 فقہ پلر فیملی تکافل لمیٹڈ کی طرف سے CISSII سے متعلق بذریعہ 2013/SRO 14(I) 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

Signature of Witness \_\_\_\_\_

گواہ کے دستخط

Agent / AM / RM

ایجنٹ / اے ایم / آر ایم