

**ASKARI LIFE -
WINDOW TAKAFUL OPERATIONS
CERTIFICATE REINSTATEMENT
FORM**



**عسکری لائف، ونڈ وٹکافل آپریشنز
سرٹیفکیٹ کی تجدید کا فارم**

Certificate/Proposal No.: سرٹیفکیٹ/تجویز نمبر: _____ Name: نام: _____

Date of Birth: تاریخ پیدائش: _____ Detailed Present Occupation: موجودہ پیشگی تفصیلی پیشہ: _____

1. Have you ever had or been diagnosed with any of the following:

- کیا آپ کو درج ذیل امراض میں سے کسی کا سامنا ہوا یا اس کی تشخیص ہوئی
- a) high blood pressure, chest pain, stroke or any heart or circulatory trouble? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- بلند فشار خون، سینے کی تکلیف، فالج یا کوئی قلبی یا دوران خون کی تکلیف؟
- b) enlarged glands or any form of cancer, tumor or disorder of the blood? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- بڑھے ہوئے غدود یا کسی قسم کا سرطان، رسولی، یا خون کی بے قاعدگی؟
- c) diabetes mellitus or any disorder of the kidneys, liver or bladder? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- ذیابیطس یا گردوں، لیور یا مثانہ کی کوئی بے قاعدگی؟
- d) any disorder of the stomach or bowels? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- معدے یا آنتوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- e) any disorder of the joints or vertebral column? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- جوڑوں یا ریڑھ کی ہڈیوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- f) shortness of breath, asthma, bronchitis or any disorder of the lungs? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- سانس میں کمی، اسٹیمہما، حلق کی سوجن یا پھیپھڑوں کی کوئی بے قاعدگی؟
- g) epilepsy, fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- مرگی، دماغی جھٹکے، بار بار سردرد کی شکایت، اعصابی بیجان؟
- h) any illness, injury or disability not mentioned above? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- کوئی ایسی بیماری، چوٹ یا معذوری جو اوپر بیان نہ کی گئی ہو؟

If so, please give details (date, duration, treatment, name/address of physicians) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (تاریخ، دورانیہ، علاج، فزیشنز کا نام/پتہ)

2. Please answer the following:

براہ مہربانی درج ذیل کے جواب دیجئے:

- a) Are you presently taking medication of any kind? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- کیا آپ موجودہ طور پر کسی قسم کی ادویات لے رہے ہیں؟
- b) Have you ever been counselled or medically advised or treated in connection with an H.I.V. infection, AIDS or any sexually transmitted disease? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- کیا کبھی ایچ آئی وی انفکشن، ایڈز یا جنسی طور پر منتقل شدہ کسی بیماری کے سلسلے میں، آپ کی کونسلنگ ہوئی ہے یا آپ کو طبی مشورہ دیا گیا ہو یا آپ کا علاج ہوا ہو؟

If so, please give full particulars on the back signed by yourself

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے

3. Have any of your natural parents, brothers, sisters died or suffered before age 60 from diabetes mellitus, heart diseases, cancer, stroke, multiple sclerosis, mental or neurological disorders?

☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی

کیا آپ کے سکے والدین، بھائیوں، بہنوں میں سے کوئی ساڑھ سال کی عمر سے قبل، ذیابیطس، قلبی امراض، سرطان، فالج، مختلف بیماریوں، دماغی یا اعصابی بے قاعدگیوں کے سبب وفات پا چکے ہیں؟

If so, please give details (age if living, present state of health, age/cause of death) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (اگر حیات میں تو عمر و صحت کی موجودہ کیفیت، عمر/وفات کی وجہ)

4. Please answer the following:

براہ مہربانی درج ذیل کے جواب دیجئے:

- a) Are you in possession or have applied for any life, family takaful, disability, health insurance cover? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- کیا آپ کو زندگی، فیملی تکافل، حادثے، معذوری، صحت کے نیٹے کا تحفظ حاصل ہے؟
- b) Have you applied for any other cover with another company/Family Takaful/Window Takaful Operator at the time being? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- کیا آپ نے موجودہ طور پر کسی اور کمپنی سے بیمہ تحفظ/فیملی تکافل/ونڈ وٹکافل آپریٹر کے لئے درخواست دی ہے؟
- c) Has any application for life insurance/family takaful, accidental death, disability, critical illness covers ever been declined or modified in plan or rate? ☐ Yes ہاں جی ☐ No نہیں جی
- کیا بیمہ حیات/فیملی تکافل، حادثاتی وفات، معذوری، سنگین بیماری کے تحفظات کے لئے کوئی درخواست رد ہوئی ہے یا پلان میں یا شرح میں کوئی تبدیلی ہوئی ہے؟

If so, please give details (sum assured/sum covered, duration, reason for loading, certificate interest) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (زیر بیمہ، زرخفظ، مدت، پالیسی کی وجہ، پالیسی پر سود)

5. What is your normal weekly consumption of alcohol (Please state also whether Beer, Wine or Spirits):

آپ کا الکحل کا ہفتواری استعمال کتنا ہے؟ (براہ مہربانی یہ بھی تحریر کیجئے کہ آیا بیئر، شراب یا اسپرٹس)

6. Do you smoke?

☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں

If so, please state your normal daily consumption of cigarettes, cigarillos, cigars or pipe:

کیا آپ سگریٹ نوشی کرتے ہیں/کرتی ہیں؟ اگر ہاں، تو سگریٹ، سگاریلو، سگار یا پائپ کا یومیہ معمول کا استعمال تحریر کیجئے

7. Have you ever taken drugs other than those prescribed by a doctor?

☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں

کیا آپ نے ڈاکٹر کی تجویز کردہ ادویات کے علاوہ کوئی منشیات استعمال کی ہیں؟

If so, please give details (date, duration, type of drugs) on the back signed by yourself.

اگر ہاں، تو اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (تاریخ، مدت، منشیات کی قسم)

8. Do you participate or intend to participate in any hazardous pursuits or activities (e.g. diving, motor racing, aviation)? ☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں

کیا آپ کسی خطرناک مشاغل یا سرگرمیوں میں حصہ لیتے ہیں/لیتی ہیں یا ایسا کوئی ارادہ ہے (جیسے کہ غوطہ خوری، موٹر ریگ، ہوا بازی)؟

If so, please give details (e.g. diving depth, type of vehicle, type of aircraft) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (غوطے کی گہرائی، گاڑی کی قسم، ہوائی جہاز کی قسم)

9. Do you perform any hazardous occupational activities or foreign travels, stays?

☐ Yes جی ہاں ☐ No جی نہیں

کیا آپ کسی خطرناک پیشہ ورانہ سرگرمیوں میں یا غیر ملکی سفر، قیام میں حصہ لیتے ہیں/لیتی ہیں یا ایسا کوئی ارادہ ہے؟

If so, please give details (e.g. exact type of hazard, name/region of the country) on the back signed by yourself.

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی اپنے دستخط کے ساتھ اس صفحے کی پشت پر تفصیلات فراہم کیجئے (خطرے کی صحیح قسم، ملک کا نام/علاقہ)

DECLARATION BY LIFE ASSURED

یہیہ کنندہ کا اقرار نامہ

I confirm that all of the above answers and statements are true and that no material facts concerning my past and present state of health and habits have been withheld or omitted. I also agree that any doctor, whether named above or not, who has attended or examined me or who may do so hereafter shall be and is hereby authorized and directed by me to disclose to the Window Takaful Operator any information he may have acquired with regard to myself.

میں تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ درج بالا جوابات اور بیانات بالکل درست ہیں اور کوئی بھی مادی حقائق، میری موجودہ اور سابق صحت کی کیفیت اور عادات سے متعلق، نہ ہی چھوڑے گئے ہیں یا چھپائے گئے ہیں۔ میں اس بات پر متفق ہوں کہ کوئی بھی ڈاکٹر، خواہ اس کا نام اوپر درج ہو یا نہیں، جس نے کسی علاج یا بیماری کے سلسلے میں مجھے دیکھا ہو یا جو بعد ازاں دیکھ سکتا ہو، میری طرف سے اسکو اجازت اور ہدایت ہے اور ہوگی کہ وہ وند و تکافل آپریٹر کو کوئی بھی معلومات جو اس نے میرے سلسلے میں حاصل کی ہوں، عیاں کر سکتا ہے۔

Date: This _____ day of _____ in the year _____

اس دستاویز پر مورخہ _____ کو دستخط کئے گئے۔

Signature of Person Covered: _____ Signature of Witness: _____