



میکس لائف انشورینس کمپنی لمیٹڈ  
رجسٹرڈ آفس میکس ہاؤس، 1 ڈاکٹر جھا مارگ، اوکھلا، نئی دہلی - 110 020  
بیڈ آفس 11ویں اور 12ویں فلور، ڈی ایل ایف سکوائر، جکارانڈا، مارگ، ڈی ایل ایف سیٹی فیز 122 002 II، بریاتہ

صحت کے اعلان کا فارم  
(براہ کرم جلی حرفوں لکھیں، تصحیح/دوبری تحریر میں مکمل دستخط ہونا ضروری ہے)

پالیسی دار:

درخواست کی قسم

پالیسی کی دوبارہ بحالی  سوار کا اضافہ؛ سواروں کا نام \_\_\_\_\_؛ \_\_\_\_\_  
دیگر/اچھی صحت کا بیان  یقین دلائی گئی رقم میں اضافہ؛ متیقنہ رقم \_\_\_\_\_  
(جیسے نیا نمبر کیس)

نوٹ: پالیسی کے دوبارہ بحالی کے لئے؛ اچھی صحت کا بیان - حصہ اے مکمل کریں

یقین دلائی گئی رقم میں اضافہ کے لئے؛ رائٹر کا اضافہ - مکمل سیکشن اے + بی

پالیسی دار										بیمہ کی گئی لائف									
محترم _____ عزیزہ _____ دیگر (بیان کریں)										محترم _____ عزیزہ _____ دیگر (بیان کریں)									
عنوان										عنوان									
نام										نام									
پہلا										پہلا									
درمیانہ										درمیانہ									
آخری										آخری									
کیا خط و کتابت کے پتہ میں کوئی تبدیلی ہے؟ اگر ہاں، تو براہ کرم نئے پتہ کا ذکر کریں (خود کے مصنفہ پتہ کے ثبوت کے ساتھ)										کیا خط و کتابت کے پتہ میں کوئی تبدیلی ہے؟ اگر ہاں، تو براہ کرم نئے پتہ کا ذکر کریں (خود کے مصنفہ پتہ کے ثبوت کے ساتھ)									
رابطہ کی تفصیلات										رابطہ کی تفصیلات									
ٹیلی فون نمبر										ٹیلی فون نمبر									
موبائل										موبائل									
ای میل آئی ڈی										ای میل آئی ڈی									
چھوٹے کی وجہ										چھوٹے کی وجہ									
موجودہ پیشہ کی تفصیلات:										موجودہ پیشہ کی تفصیلات:									
براہ کرم کمپنی کا نام بیان کریں، کام کا نام، فرائض کی نوعیت:										براہ کرم کمپنی کا نام بیان کریں، کام کا نام، فرائض کی نوعیت:									

سیکشن - اے

بیمہ کی گئی زندگی		پالیسی دار		بیمہ کی گئی زندگی	
فٹ _____ انچ	فٹ _____ انچ	فٹ _____ انچ	فٹ _____ انچ	فٹ _____ انچ	فٹ _____ انچ
یا _____ میٹر	یا _____ میٹر	یا _____ میٹر	یا _____ میٹر	یا _____ میٹر	یا _____ میٹر
کیلو گرام _____	کیلو گرام _____	کیلو گرام _____	کیلو گرام _____	کیلو گرام _____	کیلو گرام _____
ہاں	ہاں	نہیں	نہیں	ہاں	نہیں
1. قد اور وزن کی معلومات					
2. کیا آپ تمباکو/نیکوٹن استعمال کرتے ہیں یا کرتے ہیں (گزشتہ سگریٹ/بیڑی/سگاریں/خوشبودار پان مسالہ وغیرہ۔ اگر ہاں، تو براہ کرم روزانہ کے مقدار کو بیان کریں)					
3. گزشتہ 1 سال میں 10 دنوں سے زیادہ کی مدت کے لئے کیا آپ مستقل بیماری کی وجہ سے کام/اسکول/معمول کی سرگرمیوں سے دور رہے ہیں؟ اگر ہاں، نیچے تفصیلات فراہم کریں					
4. گزشتہ 5 سالوں میں کیا آپ کسی بیماری میں مبتلا ہوئے ہیں یا کسی طبی پریکٹیشنر سے چھوٹی موٹی پریشانی جیسے عام سردی کے علاوہ کسی کیفیت کے لئے صلاح لئے ہیں؟ اگر ہاں، نیچے تفصیلات فراہم کریں					
5. کیا زندگی اور صحت کے بیمہ کے لئے کبھی کوئی تجویز/بحالی مسترد، ترمیم، برخاست ہوئی ہے یا کسی دوسری کمپنی کے ذریعہ اضافی پریمیم کے ساتھ پیشکش ہوئی ہے۔ ذیل میں تفصیلات دیں (وجہ، ماہ، سال اور کمپنی کا نام)					
6. کیا آپ کو کسی قابل سزا جرم کے لئے سزا سنائی گئی تھی یا زیر تفتیش رہے تھے یا 3 یا اس سے زیادہ سالوں کی قید ہوئی تھی؟					
7. کیا بیمہ کی گئی لائف/تجویز پیش کرنے والا/نامزد شخص/ادائیگی کرنے والا سیاسی طور پر ایک بے نقاب شخص ہے؟*					

## سیکشن بی

بیمہ کی گئی لائف پالیسی دار کے طبی معلومات (اگر ادائیگی کرنے والا رائٹر موجود ہو تو پالیسی دار کے کالم کا بھی جواب دینا چاہئے)

8. خاندانی سرگزشت کیا آپ کے اہل خانہ میں سے کسی (والدین اور بھائی بہن) کی 60 سال کی عمر سے پہلے (ذیابیطس، ہائپرٹینشن، کینسر، دورہ قلب، گردے کی ناکامی، متعدد سکلیروسس (کاتھے) یا کسی موروثی بیماری سے تشخیص ہوئی ہے؟ اگر "ہاں" تو تفصیلات دیں۔

ہاں  نہیں

بیمہ کی گئی لائف		پالیسی دار		خاندانی تفصیلات	
کیفیت	تشخیص کے وقت عمر	کیفیت	تشخیص کے وقت عمر	فیملی ممبر	

9. کیا آپ کی کبھی درج ذیل کیفیتوں میں سے کسی سے تفتیش ہوئی، علاج ہوا یا تشخیص ہوئی:

بیمہ کی گئی زندگی		پالیسی دار		تفصیلات
ہاں	نہیں	ہاں	نہیں	
				i. سینے کا درد، سٹروک، دل کا دورہ، گنگناہٹ، ہائی بلڈ پریشر یا ہائی بلڈ پریشر یا کوئی دوسری دل کی بیماری
				ii. ذیابیطس
				iii. دمہ، برونکائٹس، تپ دق، دائمی کھانسی، سانس کی تنگی، یا کوئی دوسری سانس کی حالات
				iv. ہارمونی خرابی جیسا کہ تھائرائڈ کی بیماریاں؛ انیمیا، لیوکیمیا یا خون کی دوسری بیماری
				v. جگر/گال بلڈر/معدہ کی خرابی جیسا کہ سروسس، ہیپاٹائٹس، پیلیا، السر، کولیکس، گال کی پتھریاں، بدبضمی
				vi. کینسر، ٹیومر یا ترقی (مہلک یا سومی)
				vii. گردہ یا مثانہ کی خرابی، پتھریاں، پروسٹیٹ کا مرض یا عورتوں کے امراض
				viii. مرگی، اعصابی خرابی، متعدد سکلیروسس (کاتھے)، جھٹکے، فالج، ڈپریشن یا نفسیاتی عوارض۔
				ix. آنکھ، کان، ناک، حلق یا پیٹھ کے پتھوں، جوڑوں، ہڈی، گردن، ٹیفرمیٹی (بدصورتی)، کاتھے، گھپیا، گاؤٹ کی خرابیاں۔
				x. گزشتہ 5 سالوں میں کیا آپ کو کسی ایکس رے/سی ٹی اسکین / ایم آر آئی / الٹراساؤنڈ / ای سی جی / خون کی جانچ یا کسی دوسری تفتیشی یا تشخیصی جانچوں یا کسی قسم کی سرجری کی صلاح دی گئی ہے، یا اگلے 30 دنوں میں کرانے کی صلاح دی جائے گی
				xi. کیا آپ کا ایچ آئی وی/ایڈز یا ہیپاٹائٹس بی/سی یا جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریوں کا علاج کیا گیا ہے /مثبت جانچ کی گئی ہے۔
				xii. کیا آپ کسی دوسری بیماری میں مبتلا ہیں یا مذکورہ بالا کیفیتوں کے علاوہ کوئی تفتیش/علاج چل رہا ہے؟
				xiii. صرف خاتون درخواست گزاروں کے لئے۔ کیا آپ حاملہ ہیں؟ اگر ہاں، تو کتنے ماہ کا۔
				xiv. کیا اس فارم کے ساتھ آپ کوئی طبی رپورٹ منسلک کر رہے ہیں؟
				xv. کیا آپ کسی خطرناک سرگرمی جیسا کہ پیراشوٹنگ / بینگ گلائیڈنگ / سکو یا ڈائیونگ / ماؤنٹیننگ / کار کی دوڑ / پرواز میں شرکت کرتے ہیں یا شرکت کرنے کا ارادہ ہے (مسافر کے علاوہ)؟ ذیل میں تفصیلات فراہم کریں
				xvi. اگلے 12 ماہ میں چار ہفتے سے کم کی چھٹی پر رہنے کے علاوہ کیا آپ کو ملک کے باہر سفر یا قیام کا ارادہ ہے؟ اگر ہاں تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں بشمول ممالک، شہروں، مقصد اور مدت قیام کے۔ ذیل میں تفصیلات فراہم کریں

تفصیلات:

**اعلان:** میں/میں مزید یہ اتفاق اور اعلان کرتے ہیں کہ سیکشن اے اور سیکشن بی کے ساتھ یہاں پر دنے گئے بیانات اور اعلانات چھوٹی ہوئی پالیسی کی دوبارہ بحالی کی بنیاد پر ہوگی اور / رائٹر کا معاہدہ میرے/ہمارے اور کمپنی کے درمیان جاری کیا جانا ہے یا پھر سے بحال کیا جانا ہے اور یہ کہ میں/میں نے تمام حقائق اور حالات کا جو بھی متعلقہ ہو مکمل، سچ اور درست اظہار کیا ہے، اور کسی بھی ایسی معلومات کو روکا نہیں ہے جو خطرہ کی قابل قبولیت کے بارے میں کمپنی ایک باخبر فیصلہ کرنے کے قابل بنانے کے لئے متعلق ہو سکے۔ میں پوری طرح سے سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری پالیسی کی دوبارہ بحالی/رائٹر کا اجراء پالیسی دار کی قیمت پر، دوبارہ بحالی کے لئے قابل اطلاق اخراجات کی وصولی پر طبی جانچوں سے گزرنے والی (جب کبھی بھی ضرورت پڑے) اس زندگی کے ساتھ مشروط ہوگی جس کا بیمہ کیا جانا ہے۔ چھوٹی ہوئی پالیسی کی دوبارہ بحالی/رائٹر کا اجراء کمپنی کے خطرہ کو نئے سرے زیر معاہدہ لانے اور دوبارہ بحالی/اجراء کی تفصیلات کی پالیسی دار کو تحریری طور پر تصدیق کرنے پر مشروط ہوگا۔ پالیسی کی دوبارہ بحالی کی جاسکتی ہے یا رائٹر کو نظر ثانی کرنے/کم کئے ہونے کو (احاطہ) پر جاری کیا جاسکتا ہے۔ اگر کوئی اکائی ہو تو اسے دوبارہ بحالی کی جانے والی تاریخ یا کلنیرینس کی تاریخ پر مختص کیا جائے گا جو بھی پہلے ہو۔ میں / ہم، صحت کے اعلان کے اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد اور خطرہ کی قبولیت اور کمپنی کے ذریعہ پالیسی کی دوبارہ بحالی/رائٹر کے اجراء سے پہلے صحت کے اعلان والے فارم میں دنے گئے کسی بھی بیان میں کسی تبدیلی کے بارے میں کمپنی کو فوراً تحریری طور پر مطلع کرنے کا وعدہ کرتے ہیں۔

بیمہ کی گئی زندگی کے دستخط

پالیسی دار کے دستخط

(بچہ ہونے کی صورت میں، والدین/قانونی سرپرست کو بچے کی طرف سے دستخط کرنے ہیں)

جگہ:

تاریخ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

اگر پالیسی دار ناخواندہ ہو/انگوٹھا چھاپا ہو/انگریزی کے علاوہ دوسری زبان سمجھتا ہو/میں یہاں اعلان کرتا/تی ہوں کہ میں نے اس فارم کے مشمولات کو پالیسی دار/بیمہ کی گئی لائف کے سامنے ایسی زبان میں وضاحت کردی ہے اور یہ کہ پالیسی دار/بیمہ کی گئی لائف نے مشمولات کو پوری طرح سے سمجھنے کے بعد انگوٹھے کا نشان(نشانات) لگانے ہیں۔

اعلان کرنے والے کے دستخط

پتہ:

تاریخ:

\* سیاسی طور پر ہر نقاب اشخاص (ہی ای پی) وہ افراد ہیں جن کے سپرد اہم عوامی کام کئے جاتے ہیں یا کئے گئے ہیں، مثال کے طور پر صدور / مرکزی/ریاستی حکومت کے وزراء، سرکردہ سیاسی رہنما، سرکردہ سرکاری/عدالتی/فوجی آفیسرز، سرکاری کارپوریشنوں کے سینئر ایگزیکٹو، سیاسی پارٹی کے اہم اہلکار اور مذکورہ بالا اشخاص نزدیکی فیملی ممبر (شوہر یا بیوی، اولاد، والدین، بھائی بہن، سسرال والے)۔