

DECLARATION OF HEALTH, OCCUPATION & AVOCATION

IMPORTANT INSTRUCTIONS FOR FORM COMPLETION

Please ensure that all the questions are properly and completely answered. Please tick within the relevant boxes. Leave the remaining boxes unmarked. Kindly use a single pen to complete and sign the form. Please write in neat legible script. Do not use abbreviations, dots, crosses and dashes. Any alteration, overwriting, mutilation, cancellation, deletion in answers must be endorsed under full signatures. Please sign as per signature affixed on proposal form. Only Original Forms should be filled out and completed. Do not use photocopied forms. Please mention all facts including those the materiality of which you may not be certain about. Please read and understand the IMPORTANT NOTICE provided here below and only sign this form if you agree with its contents.

Membership No: _____ Member: _____

Person Covered: _____

Since applying to Jubilee Life Insurance Company Limited-Window Family Takaful Operations for this Membership or since when the Membership was last reinstated:

- a) Have you suffered from any Illness, Accident, Injury or other Disability ? Yes No
- b) Has your Occupation changed ? Yes No
- c) Has your Country of Residence changed ? Yes No
- d) Are you now suffering from any sickness, ill-health, disability OR from any physical OR mental medical condition OR impairment ? (Female Person Covered should inform about pregnancy.) Yes No
- e) Is any dependent covered for Hospitalization Cash Rider (HCR) Benefit under this Membership, suffering from OR has suffered from any sickness, ill-health, disability OR from any physical OR mental medical condition OR impairment ? Yes No
- f) Do you engage in any hazardous work or risky pastimes ? Yes No
- g) Are you/were you ever an activist/member/worker of any Political or Religio-Political Organization ? Yes No
- h) Are you or were you ever engaged in any legal suit or litigation? Do you have personal/tribal/family enmity ? Yes No

For every "Yes" answer and / or If your Health, Occupation, Avocation or Country of Residence has changed or you are or your dependent (covered for HCR) is not in good health, please provide details:

DECLARATION BY PERSON COVERED

I/we declare that all answers provided in this form are true and complete and that no information has been concealed or misrepresented. I/we agree that this declaration and the information given here or in any medical report/document attached, shall be the basis of Reinstatement/Enhancement of Benefits/Revision of Contribution of this Membership. I also understand that any omission or misstatement of material fact could adversely affect the payment of Benefits under the Membership and could result in forfeiture by Jubilee Life Insurance Company Limited-Window Family Takaful Operations of all contribution paid under this Membership. I/we realize that whilst this request for Reinstatement/ Revision of Benefits/Contribution of the Membership is under consideration, it is my / our responsibility to inform Jubilee Life Insurance Company Limited-Window Family Takaful Operations at the address provided below of any change in health and in the information now being provided by me/us. I/we also understand that Reinstatement/Revision of Benefits and/or Contribution of the Membership would be at the sole discretion of Jubilee Life Insurance Company Limited-Window Family Takaful Operations, after all due Contribution have been paid. I/we also authorize any physician, clinic, hospital, laboratory, medical body, insurance/takaful company, employer, any organization, friend, relative or person to provide to Jubilee Life Insurance Company Limited-Window Family Takaful Operations, all information, record or knowledge about the health & medical history of myself (Person Covered). A photocopy of this declaration signed by me be treated as original.

Signed on (Date) : _____

Signature of Person Covered

Name: _____

CNIC NO. _____

Address: _____

Signature of Witness / Member (if other than Person Covered)

Name: _____

CNIC NO. _____

Address: _____

Jubilee Life Insurance Company Limited

Window Takaful Operations

74/1-A, Lalazar, M.T. Khan Road, Karachi - 74000, Pakistan.

Phone: (021) 32120201, 35205094, Fax: (021) 35610959, WhatsApp: 021 111-111-554

UAN: (021) 111-111-554, Email: info@jubileelife.com, complaints@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com/takaful

NTN Number: 0660564-8

فارم کی تکمیل کے لیے اہم ہدایات

براہ کرم اس بات کو یقینی بنائیں کہ تمام سوالات کا صحیح اور مکمل جواب دیا جائے۔ براہ مہربانی متعلقہ خانوں کے اندر تک لگائیں بقیہ خانوں کو خالی چھوڑیں۔ برائے مہربانی فارم پُر کرنے اور دستخط کرنے کے لیے ایک ہی قلم کا استعمال کریں۔ براہ کرم صاف ستھرے اور قابل فہم رسم الخط میں لکھیں۔ مختلف نقطے، کراس اور ڈبل استعمال نہ کریں۔ جوابات میں کسی بھی ترمیم، تبدیلی، اور رائٹنگ، نسخ، تیشخ اور حذف کی عمل و دستخط کے تحت توثیق کی جائے۔ براہ کرم پروفوزل فارم پر شہادت و دستخط کے مطابق دستخط کریں۔ صرف اصل فارم بھرے اور مکمل کیے جائیں۔ فونو کا پی شدہ فارم استعمال نہ کریں۔ اگر آپ کو کسی حقیقت کے بارے میں یقین نہیں ہے کہ وہ اہم ہے یا نہیں تو براہ کرم اسے بیان کریں۔ براہ کرم یہاں ذیل میں فراہم کردہ اہم نوٹس کو پڑھیں اور سمجھیں اور صرف اس صورت میں اس فارم پر دستخط کریں جب آپ اس کے مندرجات سے متفق ہوں۔

ممبر شپ نمبر: _____ ممبر: _____
پرسن کورڈ: _____

اس ممبر شپ کے لیے جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈو تکافل آپریٹرز میں درخواست دینے کے بعد یا آخری بار ممبر شپ بحال ہونے کے بعد سے:

- (a) کیا آپ کسی بیماری، حادثے، چوٹ یا معذوری کا شکار ہیں؟
 ہاں نہیں
- (b) کیا آپ کا پیشہ تبدیل ہوا ہے؟
 ہاں نہیں
- (c) کیا آپ کی رہائش کا ملک تبدیل ہوا ہے؟
 ہاں نہیں
- (d) کیا آپ کسی بیماری، خرابی صحت، معذوری یا کسی جسمانی یا ذہنی طبی حالت یا عارضہ میں مبتلا ہیں؟ (خواتین، بیدار حمل کے متعلق آگاہ کریں)
 ہاں نہیں
- (e) کیا اس پالیسی کے تحت ہسپتلائزیشن کیش رائلٹی (بیچ سی آر) بینیفٹ کے لیے کورڈ شخص کسی بیماری، خرابی صحت، معذوری یا کسی جسمانی یا ذہنی طبی حالت یا عارضہ کا شکار ہے؟
 ہاں نہیں
- (f) کیا آپ خطرناک کام یا مشغلہ رکھتے ہیں؟
 ہاں نہیں
- (g) کیا آپ کسی سیاسی یا مذہبی سیاسی تنظیم کے کارکن ہیں یا کبھی رہے ہیں؟
 ہاں نہیں
- (h) کیا آپ کبھی کسی قانونی مقدمے یا قانونی چارہ جوئی میں ملوث رہے ہیں؟ کیا آپ کی ذاتی/قبائلی/خاندانی دشمنی ہے؟
 ہاں نہیں

ہر مثبت جواب اور/یا اگر آپ کی صحت، پیشہ، ایجوکیشن یا رہائش کا ملک تبدیل ہو گیا ہے یا آپ آپ کے ڈیپنڈنٹ (بیچ سی آر کے لیے کورڈ) اچھی صحت میں نہیں ہیں، براہ کرم تفصیلات فراہم کریں:

پارٹنر شپ کا تصدیق نامہ

میں تصدیق کرتا/ہم تصدیق کرتے ہیں کہ فارم میں دیے گئے جوابات صحیح اور مکمل ہیں اور کوئی بھی معلومات غلط یا سچی نہیں رکھی گئی ہیں۔ میں اتفاق کرتا/ہم اتفاق کرتے ہیں کہ ممبر شپ کو بحال/فوائد کا بڑھاؤ کنٹری بیوشن کی تجدید، فراہم کی گئی معلومات اعلیٰ رپورٹ / منسلک اخراجات کی بنیاد پر ہوگا۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ کسی بھی قسم کی اہم معلومات کی غلط بیانی یا سچی رکھنے سے ممبر شپ کے فوائد پر اثر انداز ہو سکتے ہیں۔ کبھی یہ سچی بھی رکھتی ہے کہ ایسی صورت میں اس کا ادا کردہ تمام کنٹری بیوشن بھی بحق ضبط کر لے۔ میں یہ بھی سمجھتا اور تسلیم کرتا / کرتی ہوں کہ جس دوران کبھی میرے فوائد کی درخواست یا ممبر شپ کی تجدید کا جائزہ لے رہی ہوں تو اس دوران اگر صحت میں کوئی تبدیلی ہو تو میں فوراً جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈو تکافل پر پیشتر کو مطلع کروں گا۔ میں یہ بھی تسلیم کرتا ہوں کہ میری ممبر شپ کی تجدید یا فوائد کی تجدید یا کنٹری بیوشن کی تجدید کی درخواست کے فیصلے کا حق بھی جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈو تکافل پر پیشتر محفوظ رکھتی ہے۔

میں کسی بھی ڈاکٹر، ہسپتال، کلینک، لیبارٹری، انشورنس انکال کبھی، آجر، دوست، رشتہ دار، ادارہ یا کوئی شخص کو یہ اختیار دیتا ہوں کہ وہ میری صحت سے متعلق معلومات جو بی لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈو تکافل پر پیشتر کو دے اور یہ کہ اس تصدیق نامے کی فونو کا پی اصل تصویر کی جائے۔

دستخط کی تاریخ: _____

گواہ کے دستخط / ممبر (اگر پرسن کورڈ کے علاوہ ہو)

پرسن کورڈ کے دستخط: _____

نام: _____

سی این آئی سی نمبر: _____

پتہ: _____

Jubilee Life Insurance Company Limited

Window Takaful Operations

74/1-A, Lalazar, M.T. Khan Road, Karachi - 74000, Pakistan.

Phone: (021) 32120201, 35205094, Fax: (021) 35610959, WhatsApp: 021 111-111-554

UAN: (021) 111-111-554, Email: info@jubileelife.com, complaints@jubileelife.com, Website: www.jubileelife.com/takaful

NTN Number: 0660564-8