

REINSTATEMENT FORM

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, over writing, 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. If you are not certain whether a fact is material, please mention.

Membership/Policy No.: _____ Life Covered/Assured: _____ Policy Owner/Participant: _____

Address for Correspondence: _____

Part A: Work & Occupation

1. Job Title/Designation _____ 2. Industry/Service/Profession _____
3. Description of work/exact daily duties _____
4. Name of Organization & Address _____

Part B: Health, Habits & Medical History

Since applying to Jubilee Life Insurance Company Limited Window Takaful Operations for this case or since when the policy/membership was last re-instated

5. Do you have any illness, sickness, ailment, disease, disability, deformity and medical condition? Yes No
6. Do you use tobacco/ narcotics (drugs)/ alcohol/ regular medication? Yes No
7. Do you have or have you ever had raised Blood pressure, Palpitations/ increased heart beats, Rheumatic fever, Chest pain, Shortness of breath, raised Blood Sugar/Cholesterol/lipid levels, raised liver Enzymes, Cardiac enzymes? Was sugar/protein/blood ever found in your urine? Did you ever have Urinary Tract infection? Yes No
8. Do you have or have you ever had any disease or medical condition affecting the Heart, Blood, Kidneys, lungs, liver, Brain, Glands, Bones, Nervous System, Muscular System, Digestive System or any other body organ? Yes No
9. Do you have or did you ever have and/or does anyone in your family have Tuberculosis, Pleurisy, Bronchitis, Hepatitis B or C, Sexually transmitted Disease, HIV/AIDS or any other chronic infection? Yes No
10. Do you have or does any family member have congenital/ hereditary/ mental/ neurological disease or disorder? Yes No
11. Have you undergone in the last 5 years, or do you propose to undergo any medical examinations/ medical tests/ Hospitalization or treatment for any ailment/ medical condition or disability? Yes No
12. Did you suffer accident or injury in the last 5 years? Yes No
13. Do you have or have you ever had any Tumors/Growth (benign & malignant)/ Cancers etc.? Yes No
14. Has your Occupation and Country of Residence changed? Yes No
15. **Female Life assured** Are you Pregnant? Do you have / have you ever had any disease of Breast/Reproductive Organs? Yes No

PART C: Avocation & Pastimes

16. Do you engage in any hazardous work or risky pastimes? Yes No
17. Are you or were you ever an activist / member / worker of any Political or Religious-Political Organization? Yes No
18. 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, mention the Question number, & provide detailed information here below. (use separate sheet if needed)

Declaration by Life Covered/Assured

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 Premium/contribution of this policy/Membership. I also understand that any omission or misstatement of material fact could adversely effect the payment of Benefits under the Policy/Membership and could result in forfeiture by Jubilee Life Insurance Company Limited, of all premiums/contributions paid under this Policy/ Membership. I/ We realize that whilst this request for reinstatement/ revision of benefit/ Premium/Contribution of this Policy/Membership is under consideration. It is my/ our responsibility to inform Jubilee Life Insurance Company limited 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 Premium/ Contribution of this Policy/ Membership would be at the sole discretion of Jubilee Life Insurance company limited, after all due premium/contribution have been paid, I/We also authorize any physician, clinic, hospital, laboratory, medical body, Insurance Company, Employer, any Organization, friend, relative or person to provide to Jubilee Life Insurance Company limited, all information, record or knowledge about the health & medical history of myself Life Covered / Assured. A photocopy of this declaration signed by me be treated as original.

Dated: _____

Signature of Life Covered/Assured

Signature of Policy Owner/Member

Signature of Witness with Name & CNIC No.

فارم برائے بحالی

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 چھوڑ دیں۔ 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۔ مخفف، نقطے، کراس اور ڈبل لائن استعمال نہ کریں۔ جوابات میں کسی بھی ترمیم، تبدیلی اور رائٹنگ، خط، تیشخ اور حذف کی مکمل دستخط کے تحت توثیق کی جائے۔ براہ کرم ہر پوچل فارم پر شہد دستخط کے مطابق دستخط کریں۔ صرف اصل فارم بھرے اور مکمل کیے جائیں۔ فونو کاپی 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۔

ممبر شہد / پالیسی نمبر: _____ لائف کورڈ / اشورڈ: _____ پالیسی اوور / پارٹسپینٹ: _____

حصہ الف: کام اور پیشہ

- 1۔ عہدہ / جانب نامنٹل: _____
- 2۔ پیشہ / خدمت / صنعت: _____
- 3۔ روزمرہ فرائض / کام کی تفصیل: _____
- 4۔ ادارے کا نام اور پتہ: _____

حصہ ب: صحت، عادات اور طبی حالات

- اس پالیسی / ممبر شہد کے لیے جو پلی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ۔ ونڈو تکافل آپریشنز کو درخواست دینے کے بعد سے یا اس پالیسی / ممبر شہد کی آخری بار بحالی سے اب تک۔
- 5۔ کیا آپ کو کوئی پہلی، ناسازی، علامت، مرض، معذوری، معارضہ اور طبی حالت ہے؟
 - 6۔ کیا آپ تمباکو / منشیات / الکوحل / باقاعدہ واکا استعمال کرتے ہیں؟
 - 7۔ کیا آپ کو کبھی بلند فشار خون، دل کی ڈھڑکن کا تیز ہو جانا، میگ فیور، سینے میں درد، سانس کی تکلیف، ہلڈ شوگر / کو لیسٹرول / لیپیڈ کی سطح میں اضافہ، جگر کے انزائمز، کارڈیک انزائمز میں اضافہ، پیشاب میں شوگر / پروٹین / خون کا پایا جانا یا یوریز ٹریکٹ انفیکشن کی شکایت ہوئی ہے؟
 - 8۔ کیا آپ کو کبھی کوئی بیماری یا طبی حالت تھی جس کی وجہ سے دل، خون، گردے، پھیپھڑے، جگر، دماغ، غدود، ہڈیاں، اعصابی نظام، عضلات کا نظام، نظام انہضام یا جسم کا کوئی اور عضو متاثر ہو؟
 - 9۔ کیا آپ کو کبھی کوئی خاندان میں کسی کو تپ، پیلوئسی، بروکنائٹس، ہیپاٹائٹس بی، جینی طور پر پھیلنے والی بیماری، ایچ آئی وی یا ایڈز یا کوئی اور دائمی انفیکشن ہے یا کبھی ہوا ہے؟
 - 10۔ کیا آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد پیدائشی / موروثی / ذہنی / اعصابی بیماری یا مرض یا آپ کو تجویز کیا گیا ہے؟
 - 11۔ کیا پچھلے پانچ (5) سالوں میں آپ کبھی کسی طبی معائنہ / طبی ٹیسٹ سے گزرے ہیں یا آپ کو تجویز کیا گیا ہے یا کسی بیماری / طبی حالت یا معذوری کا علاج کروانے کے لیے اسپتال میں داخل ہوئے ہیں؟
 - 12۔ کیا پچھلے پانچ (5) سالوں میں آپ کسی حادثے یا جوت سے دوچار ہوئے ہیں؟
 - 13۔ کیا آپ کو کبھی کوئی ٹیور / گروتھ (نرم اور مہلک) کینسر وغیرہ ہوا ہے؟
 - 14۔ کیا آپ کا پیشہ اور رہائش مکمل تبدیل ہوئے ہیں؟
 - 15۔ خواتین بیزہ دار کیا آپ حاملہ ہیں؟ کیا آپ کو کبھی چھاتی / تولیدی اعضا کی کوئی بیماری ہوئی ہے؟

حصہ پ: شغل و مشاغل

- 15۔ کیا آپ خطرناک کام یا مشغلہ کرتے ہیں؟
- 16۔ کیا آپ کسی سیاسی بلڈ ہی سیاسی تنظیم کے کارکن ہیں یا کبھی رہے ہیں؟
- 17۔ کیا آپ کبھی کسی قانونی مقدمے یا قانونی چارہ جوئی میں مصروف ہیں؟ کیا آپ ذاتی / قبائلی / خاندانی دشمنی رکھتے ہیں؟

ہر شہد کو جواب کے لئے سوال نمبر کا ذکر کریں، اور ذیل میں تفصیلی معلومات فراہم کریں۔ (اگر ضرورت ہو تو علیحدہ شیٹ استعمال کریں):

لائف کورڈ / اشورڈ کا تصدیق نامہ

میں تصدیق کرتا ہوں / کرتی ہوں کہ تصدیق کرتے ہیں کہ فارم میں دیئے گئے تمام جوابات صحیح اور مکمل ہیں اور کوئی بھی معلومات غلط یا غلطی نہیں رکھی گئی ہے۔ میں اتفاق کرتا ہوں / کرتی ہوں کہ پالیسی / ممبر شہد کو بحال کرنا فوائد پالیسی / ممبر شہد کا بڑھاوا، پرمیٹ / کنٹریبون کی تجدید فراہم کی گئی معلومات / طبی رپورٹس / منسلک کاغذات کی بنیاد پر ہوگا۔ میں یہ سمجھتا ہوں / سمجھتی ہوں کہ کسی بھی قسم کی اہم معلومات کی غلط بیانی یا غلطی رکھنے سے پالیسی / ممبر شہد کے فوائد پر اثر انداز ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی میں بھی محفوظ رکھتی ہے کہ کسی صورت میں اس کا ادا کردہ تمام پیم / کنٹریبون بھی جن منطبق کر لے۔ میں یہ سمجھتا ہوں / سمجھتی ہوں کہ تصدیق کرتا ہوں / کرتی ہوں کہ جس دوران کبھی میرے فوائد کی درخواست یا پالیسی / ممبر شہد کی تجدید کا جائزہ لے رہی ہوں اس دوران اگر صحت میں تبدیلی ہو تو فوراً جو پلی لائف اشورنس کمپنی کو مطلع کروں گا / کروں گی۔ میں یہ بھی تسلیم کرتا ہوں / کرتی ہوں کہ میرے پالیسی / ممبر شہد کی تجدید یا بڑھاوا یا تجدید کی درخواست کے فیصلے کا کتنی بھی جو پلی لائف اشورنس کمپنی محفوظ رکھتی ہے۔ میں / ہم کسی بھی ڈاکٹر، ہسپتال، ٹیکس لیڈرز، اشورنس ایجنٹس، دوست، رفیق دار، کسی بھی ادارے یا شخص کو اختیار دیتا / دیتی ہوں اسے یہیں کہ وہ میری / ہماری صحت سے متعلق معلومات جو پلی لائف اشورنس کمپنی لیڈنگ کو دے اور اس تصدیق نامے کی فونو کاپی کو اصل تصور کیا جائے۔

تاریخ: _____

بیمہ دار کے دستخط / پالیسی اوور کے دستخط

پالیسی اوور کے دستخط / ممبر

گواہ کے دستخط نام اور سی این آئی نمبر کے ساتھ

Jubilee Life Insurance Company Limited

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

NTN Number: 0660564-8