

In Connection With:
مندرجہ ذیل کے حوالے سے

Reinstatement ☐ Addition of Benefit ☐ Enhancement of Coverage ☐ Change in Plan ☐ Removal / Reduction in Rating ☐
بحالی اضافی فوائد تحفظ میں اضافہ / پلان میں تبدیلی خاتمہ / ریٹنگ میں کمی

Membership # _____
ممبرشپ نمبر

Name of Participants _____ CNIC # _____
امیدوار کا نام شناختی کارڈ نمبر

Nationality _____ Date of Birth _____ Height _____ cm/ft, Weight _____ kg/lbs,
قومیت تاریخ پیدائش قد سائز وزن کلوگرام/پونڈز

Occupation _____ Daily Duties _____
پیشہ روزمرہ - فرائض

Name of Employer Company in _____
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 کورڈ ہیں

Name نام	Nationality قومیت	Date of Birth تاریخ پیدائش	CNIC# شناختی کارڈ نمبر	Relationship رشتہ	Height (cm/ft) قد	Weight (kg/lbs) وزن	Occupation پیشہ

Declarations:
ضروری وضاحت

1. Have you or any of your covered dependents had any change in the place of residence, status of citizenship, nature of business, occupation, financial status or hobbies? ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
1- کیا آپ یا آپ کے زیر کفالت کورڈ افراد نے اپنی رہائش، شہریت کی حیثیت، کاروبار کی نوعیت، پیشہ، مالی حیثیت یا مشاغل میں کوئی تبدیلی کی؟
2. Has any of your or your covered dependents' application for new membership, reinstatement, enhancement of coverage or addition over an established passenger rout? ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
2- کیا آپ یا آپ کے زیر کفالت کورڈ افراد کی نئی ممبرشپ، بحالی، تحفظ میں اضافہ یا اضافی فوائد کیلئے درخواست ملوثی، منسوخ ایڈ منسوخ کی گئی یا کوئی تبدیلی کی گئی؟
3. Do you intend to fly other than a fare-paying passenger in an aircraft operated by a commercial airline on scheduled service over an established passenger rout? ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
3- کیا آپ بطور مسافر طے شدہ روٹ پر تجارتی مسافر لائن کے علاوہ سفر کرنے کا ارادہ رکھتے ہیں؟
4. Have you met any illness or accident or have you consulted any doctor or medical facility or undergone any test in cluding those connected with HIV or AID? ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
4- کیا آپ کسی بیماری میں مبتلا ہوئے یا کسی حادثہ کا شکار ہوئے یا کسی ڈاکٹر یا طبی مرکز سے علاج کرایا یا کسی قسم کے ٹیسٹ بشمول آئی ایچ وی یا ایڈز سے متعلق کرائے ہیں؟
5. Have you consulted any physician of eastern medication (hikmat), homeopathy or had done hijama? ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
5- کیا آپ نے کبھی کسی حکیم، ہومیوپیتھی ڈاکٹر سے کبھی مشورہ کیا یا کبھی حجامہ کرایا؟
6. Are you and your covered dependents now in good health and not intending to seek medical advice or undergo medical tests? ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
6- کیا آپ یا آپ کے زیر کفالت کورڈ افراد کی صحت اچھی ہے اور آپ کسی قسم کے طبی مشورہ یا کوئی میڈیکل ٹیسٹ نہ کرانے کا ارادہ رکھتے ہیں؟
7. Has any death occurred in the family (parents, brothers, sisters)? ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
7- کیا خاندان میں کوئی موت واقع ہوئی ہے (والدین، بھائی، بہن)؟
8. If female, are you or any of covered dependents now pregnant? If yes, state number of months ☐ Yes ☐ No
ہاں نہیں
8- اگر آپ خاتون ہیں تو کیا آپ یا آپ کے زیر کفالت کورڈ خاتون حاملہ ہے؟ اگر ہاں تو حمل کے مہینوں کی تعداد بتائیں

In case of "YES" answer to any of the above mentioned questions, please give details in the appropriate space provided
SEE OVERLEAF:

اگر مذکورہ بالا کسی بھی سوالات میں سے کسی کا جواب "ہاں" میں ہے تو دی گئی مناسب جگہ میں تفصیلات فراہم کریں۔ دوسرے صفحے پر ملاحظہ فرمائیں۔

Name نام	Question # سوال نمبر	Details تفصیلات

Do you intend to travel in the next twelve months? If yes, Please give details below:

کیا آپ آئندہ بارہ مہینوں میں سفر کا ارادہ رکھتے ہیں؟ اگر ہاں تو ذیل میں تفصیلات فراہم کریں

Name نام	Destination منزل	Purpose قیام کی مدت کا مقصد	Duration of Stay

Please update my contact details as follows and all correspondence should be made on the following address:

براہ مہربانی میرے رابطہ کی تفصیلات کو اپ ڈیٹ کریں اور تمام خط و کتابت مندرجہ ذیل پتہ پر کی جائے

Address _____
پتہ _____

Tel (Residence) _____ Tel (Office) _____ Mobile _____
 ٹیلی فون (رہائش) _____ ٹیلی فون (آفس) _____ موبائل _____
 E-mail _____ Website _____
 میل _____ 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 اس بات کا اقرار کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا تمام جواب جامع مکمل اور صحیح ہیں۔ میں سمجھتا ہوں اور اس سے متفق ہوں کہ ان کو بحالی، کسی تبدیلی یا اضافی فائدے کے اجراء یا کوریج میں توسیع کی بنیاد تصور کیا جائے گا اور یہ کہ ایسی بحالی، تبدیلی، کسی اضافی فائدے ک اجراء یا کوریج میں توسیع بارے یہ تصور نہیں کیا جائے گا کہ وہ ادائیگی کی کسی بھی سیٹلمنٹ کی وجہ سے یا اس وقت واجب الادا کسی رقم متاثر ہوں گی جب تک کہ یہ درخواست کچنی کی طرف سے باضابطہ طور پر منظور نہ ہو جائے اور یہ کہ وصولی، برقرار رکھنے، جمع کرانے یا کسی ادائیگی کو کیش کرانے یا کچنی یا اس کے کسی ایجنٹ کی طرف سے سیٹلمنٹ سے کوئی معافی یا ضبطی یا اس کے برعکس کوئی صورت اس شرط پر اثر انداز ہوگی۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں اور اس سے اتفاق کرتا ہوں کہ بشرطیکہ اس ممبرشپ میں کوئی چیز اس کے برعکس نہ ہو لیکن اس کے کسی جزو کے طور پر معذوری یا حادثہ کے فوائد دیتے ہوئے اگر یہ اس طرح سے بحال یا بہتر بنائی جائے کہ خطرہ کو بڑھا دیا جائے تو اس پر عملدرآمد ن شروع ہو جانے کے بعد ہیہ داری زندگی کے دوران اس درخواست کی تاریخ سے دو سال تک اس پر کوئی سوال نہیں اٹھایا جاسکتا سوائے کنٹری بیوشن کی عدم ادائیگی، دھوکا دہی اور جان بوجھ کر غلط بیانی کے اور اس کے کسی جزو کے تحت معذوری یا حادثہ کے فوائد دیتے ہوئے۔

Dated at _____ this _____ day of _____ 20 _____
 _____ Place _____ Date _____ Month _____ Year _____
 _____ بمقام _____ _____ _____ مہینہ _____ سال _____
 دستخط کیے گئے۔

Name of Witness _____ Name of Participant _____
 گواہ کا نام _____ Agent / AM / RM _____ اُمیدوار کا نام _____
 ایجنٹ / اے ایم / آر ایم

Signature of Witness _____ Signature of Participant _____
 گواہ کے دستخط _____ اُمیدوار کے دستخط _____