ADAMJEE LIFE ASSURANCE CO.LTD

RISK EVALUATION FORM

ففارم برائے جانچ
(بیمہ کے لیئے درکارلازمی معلومات)

Adamjee Life Assurance Co. Ltd
3rd Floor, Adamjee House,
I.I. Chundrigar Road, Karachi - 74000 PAKISTAN

پروپوسل نمبر / Proposal number : ____________

تاریخ پیدائش / Date of birth: ____________

لائف اشورڈ کانام / Name of Life Assured:____ موجودہ پیشہ / Detailed Present Occupation:________________________________

قد / Height:________________________cm وزن / Weight:________________________kg کمر کی پیائش / Girth of Abdomen:________________________ cm

گزشتہ ایک سال میں وزن میں اضافہ یا کمی / Gain or Loss weight past year:_______kg ذاتی ڈاکٹر کا نام اور پتہ / Personal Physician (Name & Address):________________________________

1- Have you ever had or been diagnosed with any of the following :
1 - کیاآپ درج ذیل کسی بھی بیماری میں مبتلارہے ہیں :

a) high blood pressure,chest pain, stroke or any heart or circulatory trouble?
a) ہائی بلڈ پریشر، سینے میں درد، فالج یادل یاخون کی گردش کامسئلہ ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

b) enlarged glands or any form of cancer,tumor or disorder of the blood?
b) غدود کابڑھنایاکینسر کی کوئی بھی شکل، ٹیومریاخون کی بیماری ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

c) diabetes mellitus or any disorder of the kidneys,liver or bladder?
c) ذیابیطس یاگردے، جگریامثانہ کی کوئی بیماری ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

d) any disorder of the stomach or bowels?
d) معدے یایاآنتوں کی کوئی خرابی یابیماری ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

e) any disorder of the joints or vertebral column?
e) جوڑوں یاریڑھ کی ہڈی تکلیف ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

f) shortness of breath, asthma, bronchitis or any disorder of the lungs?
f) سانس میں دشواری، دمہ، مستقل کھانسی یاپھیپھڑوں کی کوئی بیماری؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

g) epilepsy,fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown?
g) مرگی یابے ہوشی کی دورے باربار سر درد یااعصابی بیماری ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

h) any illness, injury or disability not mentioned above?
h) کوئی بھی دیگر بیماری، چوٹ یامعذوری جس کاذکر اوپر موجود نہیں ہے؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

If so, please give details (date, duration, treatment, name/address of physicians) signed by yourself.
اگرایساہے تواسکی تفصیلات (تارِیخ، مدّت علاج، طبیب کانام اور پتہ) تحریر کرکے اپنے دستخط کریں ۔

2- a) Are you presently taking medication of any kind?
a -2) کیاآپ اس وقت کسی بھی قسم کی دوااستعمال کررہے ہیں ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

b) Have you ever been counseled or medically advised or treated in connection with an H.I.V.infection,AIDS or any sexually transmitted disease?
b) کیاآپنے کبھی ایچ آئی وی انفیکشن، ایڈزیادیگر جنسی بیماریوں سے متعلق علاج کیلئے ڈاکٹر سے مشورہ کیاہے؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

If so, please give full particulars signed by yourself
اگرایساہے تومکمّل تفصیلات تحریر کرکے اپنے دستخط کریں ۔

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?
-3 کیاآپکے حقیقی والدین بہن، بھائی میں سے کوئی 60 سال کی عمر سے قبل مندرجہ ذیل بیماری میں مبتلارہایاانتقال کرگیا؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐
(ذیابیطیس، دل کامرض، سرطان، فالج، اعصابی یادماغی بیماری)

If so, please give details (age if living, present state of health, age/cause of death) signed by yourself.
گرایساہے تومکمّل تفصیلات (صحت کی موجودہ حالت، عمر، موت کاسبب) تحریر کرکے اپنے دستخط کریں ۔

4- a) Do you have you any Life Assurance/Family Takaful or accidental death, disability, critical illness covers in force?
a -4) کیاآپکے پاس بیمہ زندگی، تکافل، حادثاتی انشورنس، معزوری یامہلک بیماریوں سے متعلق کوئی انشورنس موجود ہے ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

b) Have you applied for any other cover with another Company /Takaful Operator at the time being?
b) کیاآپ نے اس وقت کسی دیگرانشورنس / تکافل کمپنی میں مدّت بیمہ کی دِرخواست دی ہے؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

c) Has any application for Life/Family Takaful, accidental death,disability,critical illness covers ever been declined or modified in plan or rate?
c) کیاکبھی انشورنس / تکافل / معذوری / مہلک بیماریوں سے متعلق آپ کی انشورنس کی درخواست مسترد کی گئی یا "اضافی پریمئیم" کے بعد منظور کی گئی ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

If so, please give details (sum assured,duration, reason for loading, policy interest) signed by yourself.
اگر (بیمہ کی رقم، اضافی پریمئیم کی رقم کی مدّت اور وجہ تحریر کرکے)اپنے دستخط کردیں ۔

5- What is your normal weekly consumption of alcohol (please state also whether beer, wine or spirits)
-5 آپکے الکحل استعمال کرنے کاہفتہ واری تناسب کیاہے؟ (برائے کرم تحریر کریں کہ آیاآپ بیئر شراب، یااسپرٹ) استعمال کرتے ہیں ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

6- Do you smoke?
-6 کیاآپ تمباکونوشی کرتے ہیں ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

If so, please state your normal daily consumption of cigarettes, cigarillos, cigars or pipe?
اگرایساہے توبرائے کرم سگرٹ، سگاریاپائپ کایومیہ تناسب کیاہے؟

7- Have you ever taken drugs other than those prescribed by a doctor?
-7 کیاآپنے کبھی بھی ڈاکٹر کی جانب سے تجویز کردہ ادویات کے علاوہ کوئی اور دوااستعمال کی ہے ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

If so, please give details (date, duration, type of drugs) signed by yourself.
اگرایساہے تواسکی تفصیلات (تاریخ، مدّت، ادویات کی نوعیت) تحریر کرکے دستخط کریں ۔

8- Do you participate or intend to participate in any hazardous pursuits or activities
-8 کیاآپنے کبھی بھی کسی خطرناک مشغلہ میں حصّہ لیاہے؟ یاں ارادہ رکھتے ہیں ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

If so, please give details(e.g. diving, motor racing,aviation) -
اگرایساہے تواسکی تفصیلات (ان سرگرمیوں سے مراد غوطہ خوری، کارریسنگ، ہوابازی وغیرہ) تحریر کریں ۔

9- Do you perform any hazardous occupational activities or foreign travels, stays?
-9 کیاآپ کسی بھی منفرد / خطرناک پیشہ سے وابستہ ہیں، یابیرون ملک سفر کرتے ہیں یاقیام کرتے ہیں ؟ — Yes ہاں ☐ No نہیں ☐

If so, please give details (e.g. exact type of hazard, name/region of the country) signed by yourself.
اگرایساہے تواسکی تفصیلات (پیشہ سے وابستہ خطرے کی نوعیت، ملک کانام / ریجن) تحریر کرکے اپنے دستخط کریں ۔

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 insurance company any information he may have acquired with regard to myself when someone requested by Adamjee Life Assurance Company Ltd.

میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میری موجودہ اور گزشتہ صحت اور اعادات سے متعلق مندرجہ بالا سوالات کہ جو جواب میں نے دیئے ہیں وہ بالکل درست ہیں اور کسی بھی اہم معلومات کو پوشیدہ نہیں رکھا گیاہے میں آدمجی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو اس بات کی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ وہ کسی بھی ڈاکٹر جس نے میرا اعلاج یامعائنہ کیاہو اور جسکی تفصیل میں نے اس فارم میں تحریر کی ہے (یانہیں کرسکا / کرسکی ہو) اس سے میری صحت سے متعلق جو معلومات حاصل کرناچاہے کرسکتی ہے ۔

The Bank is acting as a corporate insurance agent of Adamjee Life Assurance which underwrites policy and the Bank shall not be held responsible for any liability under the policy in any manner whatsoever to the policyholder(s) or claimant(s).(In Incase of bancassurance policy)

صرف بینکااشورنس کی صورت میں بینک آدمجی لائف کمپنی لمیٹڈ کے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کررہاہے جو کہ پالیسی انڈررائٹر ہے اور بینک لائف انشورنس پالیسی کے تحت بیمہ دار، انکے نامدار یاورثاء کو کسی بھی طرح کسی بھی کلیم کی زمیداری کاپابند نہیں ہوگا۔

I do hereby, authorize Adamjee Life Assurance Company Limited to extract my verisys from NADRA for my Life Assurance policy.

میں آدمجی لائف اشورنس کمپنی لمیٹڈ کو اختیار دیتاہوں کہ وہ میری پالیسی کے لئے نادراسے ویریسس نکال سکتے ہیں۔

جگہ / Place:________________________ تاریخ / Date:__________________ درخواست گزار کے دستخط / Signature of Applicant:________________________________