

Name of Life Assured: بیمہ شدہ فرد کا نام: _____ Policy/Proposal No. پالیسی/تجویز نمبر: _____
Date of Birth: تاریخ پیدائش: _____ Present Occupation: موجودہ پیشہ: _____
Height: _____ cm سینٹی میٹر _____ Weight: _____ Kg کلوگرام _____ Gain or Loss past year: _____ Kg کلوگرام _____
قد _____ سینٹی میٹر وزن _____ سالانہ کمی یا زیادتی _____ کلوگرام

Since the date of your last declaration of health or insurance medical examination, if any:

اپنی صحت کے سابقہ اقرار نامے یا بیسے کے سلسلے میں طبی معائنے کی تاریخ سے اب تک، اگر ایسا ہوا ہو:

1. Has there been any change in your occupation or state of health? Yes ہاں جی No نہیں جی
1- کیا آپ کے پیشے میں یا صحت کی کیفیت میں کوئی تبدیلی آئی ہے؟
2. Have you had any illness, bodily injury or physical impairment? Yes ہاں جی No نہیں جی
2- کیا آپ کو کوئی بیماری، جسم پر کوئی چوٹ/ضرب یا جسمانی ہکا بھکا پیش آیا ہے؟
3. Have you consulted a physician for any reason including routine examinations and blood tests? Yes ہاں جی No نہیں جی
3- کیا آپ نے کسی وجہ سے، بشمول معمول کے معائنے جات اور خون کے ٹیسٹوں کے لئے کسی فریڈیشن سے مشورہ کیا ہے؟

If you answered "Yes" to any of the above questions, give complete details (including names and addresses of physicians and dates attended) below:

اگر اوپر درج سوالات میں سے کسی کا جواب بھی "ہاں" میں ہے تو ذیل میں مکمل تفصیلات فراہم کیجئے (معاذ فریڈیشن حضرات کے نام اور پتوں اور جن تاریخوں میں رابطہ کیا):

DECLARATION

اقرار نامہ

I certify that I have answered the above questions completely and truthfully and have not concealed anything. I also understand that omission or misstatement of material facts could adversely affect the payment of benefits under the policy and could result in forfeiture by Askari Life of all the premiums paid under the policy. A photocopy of this form signed by me be treated as original.

میں تصدیق کرتا/کرتی سوالات کے مکمل اور سچ پر مبنی جوابات دے رہا/رہی ہوں اور کوئی بھی بات چھپائی نہیں ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں/سمجھتی ہوں کہ کوئی بھی مادی حقائق چھپانے یا غلط بیانی کی صورت میں، اس پالیسی کے تحت حاصل ہونے والے فوائد پر منفی اثر پڑ سکتا ہے اور پالیسی کے تحت ادا کردہ تمام پرییمز عسکری لائف کی جانب سے ضبط کئے جاسکتے ہیں۔

Place: مقام: _____ Date: تاریخ: _____

Signature of Life Assured: بیمہ شدہ فرد کے دستخط: _____ Signature of Witness: گواہ کے دستخط: _____