

سوال نامہ برائے فیملی ہیلتھ

ہدایات: اس فارم کو پُر کرنے سے پہلے مندرجہ ذیل باتوں کا دھیان رکھنا ضروری ہے:- (یہ فارم اردو یا صرف انگریزی میں پُر کیجئے)

- 1- آپ اپنی مکمل میڈیکل ہسٹری بیان کریں۔
 - 2- اگر پالیسی لینے سے پہلے کوئی بیماری (Pre-existing medical condition) ہو چکی ہے۔ جس کا ذکر فارم میں نہیں کیا گیا تو اس بیماری/بیمہ کی کیفیت پر ہونے والے اخراجات کا مطالبہ (Claim) ہم نامشور کر سکتے ہیں۔
- اگر آپ اس بیماری کا مکمل ذکر کر رہے ہیں تو ممکن ہے ہم اس کو بھی انشور کر دیں۔ لہذا آپ کے مفاد میں ہے کہ اپنی میڈیکل ہسٹری میں ہر بیماری کا مکمل ذکر کریں۔
- پہلے سے موجود طبی کیفیت سے مراد کسی قسم کی علامت، کوئی بیماری، زخم خوردگی یا ان سے متعلق ظاہر ہونے والی کوئی علامت ہے۔ جو تحفظ بیمہ کے شروع ہونے سے قبل سے موجود ہو۔
- اس بیمہ کے تحفظ کی شروعات سے قبل کسی علامت، بیماری یا زخم خوردگی سے متعلق وہ کیفیت جس کی تشخیص ہو چکی ہو، علاج ہو چکا ہو، یا جس کی اطلاع مل چکی ہو، خواہ اس کے بارے میں کسی معالج سے مشورہ نہ بھی کیا گیا ہو، پہلے سے موجود طبی کیفیت تصور ہوگی۔

برائے مہربانی مندرجہ ذیل تفصیل انگریزی حروف میں پر کیجئے کیونکہ آپ کے ہیلتھ کارڈ (Health Card) پر یہ انگریزی میں ہی پرنٹ کی جائے گی

ضروری ہدایت:- برائے مہربانی Employee اپنی (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) جن کی عمریں 18 سال سے اوپر ہیں کے شناختی کارڈ کی کاپی منسلک کریں۔

Employee ID	Name of Employee
Gender	ازدواجی حیثیت
تاریخ پیدائش	شادی کی تاریخ
کپنی کا نام	کپنی میں عہدہ
کپنی میں تاریخ تقرری	گھر کا پتہ
کپنی کا شمارہ ڈسٹریکٹ کارڈ نمبر	فون نمبر (موبائل نمبر)
فون نمبر (رہائشی)	فون نمبر (دفتر)

براہ مہربانی اہل خاندان (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) کا اندراج کیجئے جن کے لئے انشورنس کا تحفظ درکار ہے، شادی کے باعث اہلیہ یا شوہر کا اضافہ ہوا ہو تو نکاح نامہ کی کاپی منسلک فرمائیے۔

Name Please write in CAPITAL Letter	Relationship with You	Date of Birth (dd/mm/yy)	Height (ft/in)	Weight (lbs)	CNIC No. (Mandatory)
1					
2					
3					
4					
5					

سوال نمبر 1: کیا انشورنس پالیسی کے لئے درخواست دینے سے پہلے یاد دہانی وقت آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد (شوہر/بیوی/بچے/والدین)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ہی ہاں | ہی نہیں | 1- کسی طبی بیماری یا چوٹ کا شکار ہو چکے ہیں؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- اپنی کسی ایسی بیماری یا چوٹ سے آگاہ ہیں جس کی کسی ڈاکٹر نے تشخیص نہ بھی کی ہو؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- اپنی بیماری کی تشخیص کسی ڈاکٹر، حکیم یا ہومیو پیتھ سے کرا چکے ہوں (چاہے علاج نہ بھی شروع کیا گیا ہو)؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- ڈاکٹر کے مشورے سے یا اس کے بغیر کسی دوا کا استعمال سے زیادہ لگا تار استعمال کر چکے ہوں؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- کسی دماغی یا جسمانی معذوری کا شکار رہے ہوں؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- کیا آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد تباہ کن نوشی یا شراب نوشی کرتا ہے؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7- اگر آپ کا جواب "ہاں" ہے تو تعداد/مقدار لکھئے۔ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8- کیا آپ اور آپ کے خاندان کے مذکورہ بالا افراد اچھی صحت کے حامل ہیں؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9- کیا آپ کی زوجہ (یا خاتون ہونے کی صورت میں آپ خود) حاملہ ہیں؟ اگر "ہاں" تو کتنے مہینے؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10- آخری زچگی کی تاریخ |

اگر آپ نے پہلے سوال کے کسی حصے (1 تا 10) کا جواب "ہاں" میں دیا ہے تو اس کی تفصیلات نیچے دے گئے خانوں میں پُر کریں۔ جگہ کم ہونے کی صورت میں اضافی کاغذ استعمال کیجئے۔

برائے مہربانی تمام متعلقہ/ضروری میڈیکل رپورٹس کی کاپی بھی منسلک کیجئے۔

اس فرد کا نام جس کی بیماری کا اوپر ذکر کیا گیا ہو	برائے مہربانی اپنی طبی بیماری، اس کی مدت، طبی گتی (Investigations) سے نتائج اور علاج کی تفصیل کے ساتھ یہ بھی بیان کریں کہ کیا مزید علاج کی ضرورت ہے یا سے تجویز کیا گیا ہے۔	علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ حسپتال کا نام اور پتہ

یہ حصہ آپ کی کپنی پُر کرے گی۔

Please specify the Plan for this employee

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A Executive | <input type="checkbox"/> D Value |
| <input type="checkbox"/> B Deluxe | <input type="checkbox"/> E Basic |
| <input type="checkbox"/> C Standard | Other _____ |

Date of coverage : _____

Signature and stamp of the Employer

تاریخ

کپنی کے ملازم کے دستخط (اپنی اور اپنے خاندان کی طرف سے)