

# Adamjee Insurance Company Limited

## Health Insurance

### Health Questionnaire Form (HQF)



Note: This questionnaire is to be filled by the employee only. Any alteration must be signed by the employee.

Name of Employee (in block letters): \_\_\_\_\_

Employer's Name: \_\_\_\_\_

Employee's CNIC No.: \_\_\_\_\_ Employee Code No. (if any): \_\_\_\_\_

Designation: \_\_\_\_\_ Joining Date: \_\_\_\_\_

Residential Address: \_\_\_\_\_ Phone No.: \_\_\_\_\_

FAMILY MEMBERS TO BE COVERED (please use additional sheets, if necessary).

S/No.	Name	Relationship	Date of Birth	Height (Feet)	Weight (Pounds)
1		SELF			
2					
3					
4					
5					
6					

(Please read the following questions carefully and answer each question by ticking the appropriate boxes. If the answer to any of the question(s) is "YES", then please give full details disclosing the exact diagnosis & attach copies of reports/investigations. If you are in any doubt, then refer to your physician for the details. Non-disclosure of any fact may invalidate a future claim.)

- 1) Before applying for insurance, have you or any of your family members (spouse/children/parents):
- a. Suffered from any medical condition/disease/illness/injury? If yes, details \_\_\_\_\_ Yes  No
  - b. Received any diagnosis from a Doctor/Hakeem or Homeopath (even if no treatment is provided)? Yes  No
  - c. Are any of the members listed above suffering/suffered from any physical deformity? Yes  No
  - d. Do any of the members listed above have/had any congenital abnormality/birth defect? Yes  No
  - e. Do any of the members listed above suffer or have suffered from any mental, psychiatric or nervous disorders? Yes  No
- 2) Do you or any member of your family smoke or consume alcohol? If yes, then how much? \_\_\_\_\_ Yes  No
- 3) Are you or your spouse pregnant? If yes, how many months? \_\_\_\_\_ Yes  No
- 4) Are you and all members of your family (listed above) in good health? Yes  No

PLEASE PROVIDE DETAIL(S) FOR THE QUESTION(S) 1(a) to 1(e) TICKED "YES".

Name of the person whose answer has been ticked "Yes"	Nature of Illness	Medicines Taken	Name of the Hospital & Attending Physician	Present Status

#### DECLARATION & AUTHORIZATION:

I hereby declare that what has been stated above is true and complete and to the best of my knowledge and belief. I have not withheld any material information and that it is understood and agreed that this declaration and the application of my employer to the Adamjee Insurance Company Limited are the basis for the Group Hospitalization Insurance cover applied for, and that any non-disclosure or misrepresentation of facts will make my/our insurance since inception. I hereby authorize any hospital, physician, or surgeon who has or may have attended to me or my family to furnish to Adamjee Insurance Company Limited with any information they may require concerning my/our medical history or examinations.

Please mention the plan/category for this employee.

A  B  C  D  E

If other, please specify: \_\_\_\_\_

Coverage Effective Date: \_\_\_\_\_

\* In ease of spouse addition, kindly provide the Date of Marriage or copy of the Nika Nama.

Signature of Employee with Date  
(for self & on behalf of dependants)

Signature of the Employer

Stamp of the Employer

#### FOR THE USE OF ADAMJEE INSURANCE COMPANY LIMITED ONLY

- (1) Hospitalization: Standard  Non-Standard  U/W Comments: \_\_\_\_\_
- (2) Dread Disease / Major Medical Standard  Non-Standard  U/W Comments: \_\_\_\_\_
- (3) Maternity Standard  Non-Standard  U/W Comments: \_\_\_\_\_

نوٹ: یہ سوا لنامہ صرف ملازم پر کرے گا۔ معلومات میں تبدیلی پر ملازم دستخط کرے گا۔

ملازم کا نام: \_\_\_\_\_  
 کمپنی کا نام: \_\_\_\_\_  
 ملازم کا کمپیوٹرڈ قومی شناختی کارڈ نمبر: \_\_\_\_\_ ملازم کا کوڈ نمبر (اگر ہو تو): \_\_\_\_\_  
 عہدہ: \_\_\_\_\_ ملازمت کی تاریخ آغاز: \_\_\_\_\_  
 گھر کا پتہ: \_\_\_\_\_ فون نمبر: \_\_\_\_\_

انشورنس کو حاصل کرنے والے اہل خانہ (ضرورت پڑنے پر علیحدہ شیٹ منسلک کیجئے)۔

سیریل نمبر	نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	قد (فٹ)	وزن (پاؤنڈز)
1		بذات خود			
2					
3					
4					
5					
6					

(مندرجہ ذیل سوالات کو احتیاط سے پڑھیں اور برائے مہربانی ہر سوال کے سامنے مناسب باکس پر نشان لگائیں۔ اگر کسی سوال کا جواب "جی ہاں" ہے تو برائے مہربانی تفصیل بتائیں اور پورس / انویسٹی گیشن کی نقول منسلک کریں۔ کسی شبہ کی صورت میں تفصیل کیلئے اپنے معالج سے رابطہ کیجئے۔ کسی تفصیل کو پوشیدہ رکھنے کی صورت میں مستقبل میں کوئی کلیم رد ہو سکتا ہے۔)

- (1) انشورنس کیلئے درخواست دینے سے قبل آپ یا آپ کے اہل خانہ (اہلیہ، بیچے، والدین) کبھی:
- (a) کسی طبی صورتحال / بیماری / زخم کا شکار ہوئے؟ اگر "جی ہاں" تو تفصیل بتائیں \_\_\_\_\_  
 (b) کسی ڈاکٹر، کلیم، ہومیو پیتھک ڈاکٹر نے کسی بیماری کی تشخیص کی؟ \_\_\_\_\_  
 (c) اوپر درج مہبران میں سے کوئی کسی مستقل بیماری یا جسمانی معذوری کا شکار ہے / رہا ہے؟ \_\_\_\_\_  
 (d) اوپر درج مہبران میں سے کوئی کسی پیدائشی یا عصبی / نفس کا شکار رہا ہے؟ \_\_\_\_\_  
 (e) اوپر درج مہبران میں سے کوئی کسی ذہنی بیماری / نفسیاتی مسئلے یا اعصابی خلل کا شکار رہا ہے؟ \_\_\_\_\_
- (2) کیا آپ یا آپ کا کوئی اہل خانہ مگریت یا شراب نوشی کرتا ہے؟ اگر "جی ہاں" تو کتنی؟ \_\_\_\_\_  
 (3) کیا آپ یا آپ کی اہلیہ حاملہ ہیں؟ اگر "جی ہاں" تو کتنے مہینے کی؟ \_\_\_\_\_  
 (4) کیا آپ یا اوپر درج آپ کے اہل خانہ صحت مند ہیں؟ \_\_\_\_\_

- جی ہاں  جی نہیں   
 جی ہاں  جی نہیں

برائے مہربانی سوال (a) سے سوال (e) تک جن کے جوابات "جی ہاں" میں دیئے ہیں ان کی تفصیل بیان کریں۔

جس شخص کا جواب "جی ہاں" ہے اس کا نام	بیماری کی نوعیت	لی جانے والی دو تاریخیں	معالج اور ہسپتال کا نام	موجودہ حالت

برائے مہربانی ملازم کے پلان / کیلگری کا انتخاب کیجئے۔  
 دیگر کی صورت میں وضاحت کیجئے: \_\_\_\_\_  
 کوریج کے آغاز کی تاریخ: \_\_\_\_\_

اہلیہ کا نام شامل کرنے کیلئے برائے مہربانی شادی کی تاریخ یا کالج نامہ کی نقل فراہم کیجئے۔

**اقرار نامہ و اختیار:**  
 میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ میری جانب سے فراہم کردہ مندرجہ بالا معلومات درست اور مکمل ہیں۔ میں نے کوئی معلومات پوشیدہ نہیں رکھیں۔ میں جانتا / جانتی ہوں کہ یہ ڈیکلیریشن فارم اور آدم جی انشورنس کمپنی کے نام میرے ہیومن ریسورس ڈیپارٹمنٹ کی جانب سے دی گئی درخواست گروپ ہاسٹلا نیشن انشورنس کو دی گیا ہے، اور یہ کہ حقائق پوشیدہ رکھنے یا غلط بیانی سے میرا / ہمارا انشورنس کو آغاز میں ہی خراب کر دیا جائے گا۔ میں کسی بھی ایسے ہسپتال، ڈاکٹر یا سرجن جنہوں نے میرا یا میرے اہل خانہ کا معائنہ کیا ہے، آدم جی انشورنس کو میری / ہماری میڈیکل ہسٹری یا / اور معائنہ جات سے متعلق درکار معلومات فراہم کر دینے کا اختیار دیتا / دیتی ہوں۔

کمپنی کی مہر

کمپنی کے دستخط

دستخط ملازم بمعہ تاریخ  
(اپنے اور انشورنس کو حاصل کرنے والے اہل خانہ کیلئے)

صرف آدم جی انشورنس کمپنی لمیٹڈ کے استعمال کیلئے

- (1) ہسپتال میں داخلہ: \_\_\_\_\_ اشپیڈرڈ  نان اشپیڈرڈ  U/W کی رائے: \_\_\_\_\_  
 (2) پرتشویش مرض / میڈیکل: \_\_\_\_\_ اشپیڈرڈ  نان اشپیڈرڈ  U/W کی رائے: \_\_\_\_\_  
 (3) میسرنٹی: \_\_\_\_\_ اشپیڈرڈ  نان اشپیڈرڈ  U/W کی رائے: \_\_\_\_\_