

Policy Number _____ Name of Policy Holder _____

پالیسی نمبر

بیمہ دار کا نام

Computerized National Identity Card # _____ پیشہ/عہدہ _____

کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر

Job Title / Designation

Details of Occupation _____

پیشے کی تفصیلات

Please reinstate my policy/policies, I have paid Rs. _____ through, Cheque Draft Pay order Cash برائے مہربانی میری پالیسی / پالیسیوں کو ری انسٹیٹمنٹ کیا جائے، میں نے مبلغ _____ روپے بذریعہ _____ چیک ڈرافٹ پے آرڈر کیش جمع کروا دیے ہیں۔

Medical Details (Except for Q#2 if your answer is "Yes", please give details in the space provided for additional information on the next page)

طبی تفصیلات (سوال نمبر 2 کے علاوہ اگر کسی سوال کا جواب (ہاں) ہے تو اضافی تفصیلات اگلے صفحے پر دیے گئے خانے میں درج کریں)

1. Your current weight _____ Kg/Lbs and Height _____ ft - Inch

آپ کا موجودہ وزن

قد اور کلوگرام پاؤنڈ

فٹ - انچ

2. Are you in good health and entirely free from any mental or physical impairments or deformities? _____ Yes ہاں No نہیں

کیا آپ صحت مند ہیں، اور آپ ہر قسم کی ذہنی اور جسمانی بیماری یا معذوری سے برہنہ ہیں؟

3. Have you ever suffered from or do you now suffer from any of the following:

کیا آپ ماضی میں یا اب مندرجہ ذیل بیماریوں میں سے کسی بیماری میں مبتلا رہے ہیں:

(a) Diabetes (sugar in urine or raised blood sugar) ? _____ Yes ہاں No نہیں

ڈیابٹیس (پیشاب میں شکر یا خون میں اضافی شکر)؟

(b) Hypertension (raised blood pressure) ? _____ Yes ہاں No نہیں

ہائی بلڈ پریشر؟

(c) Heart ailments (e.g. angina, chest pain, heart attack, coronary artery disease etc) ? _____ Yes ہاں No نہیں

دل کی بیماریاں مثلاً (سینے کا درد، دل کا دورہ، دل کی شریانوں کی بیماری وغیرہ)؟

(d) Respiratory diseases (e.g. tuberculosis, asthma, pneumonia, chronic cough) ? _____ Yes ہاں No نہیں

نظام تنفس کی بیماریاں مثلاً (تپ دق، دمہ، نمونیا یا دائمی کھانسی وغیرہ)؟

(e) Kidney diseases (e.g. infection of kidney, urinary or genital organs, renal stones) ? _____ Yes ہاں No نہیں

گردوں کی بیماریاں مثلاً (گردوں میں انفیکشن یا سوزش، نظام اخراج یا تولیدی اعضا کی بیماریاں، گردے کی پتھری وغیرہ)؟

(f) Liver diseases (e.g. jaundice, hepatitis A, B or C etc) ? _____ Yes ہاں No نہیں

جگر کی خرابی مثلاً (یرقان، ہپاٹائٹس اے، بی، سی وغیرہ)؟

(g) Diseases of nervous system or mental disorder (e.g. epilepsy or fainting attacks, frequent headaches) ? _____ Yes ہاں No نہیں

اعصابی یا نفسیاتی بیماریاں مثلاً (مرگی یا بے ہوشی کے دورے، سر میں مستقل یا بار بار درد ہونا)؟

(h) Any form of tumor, growth, cancer or any diseases of blood, glands, spleen, ears, throat, nose, eyes or skin ? _____ Yes ہاں No نہیں

کسی قسم کی رسولی یا کینسر، تلی، غدود، آنکھ، ناک، کان، حلق، جلد وغیرہ یا خون سے متعلقہ بیماریاں؟

(i) Any other illnesses not mentioned above ? _____ Yes ہاں No نہیں

مندرجہ بالا کے علاوہ کوئی اور بیماری؟

4. Have you undergone or likely to undergo any laboratory tests e.g. Urine, Blood, X-ray, ECG, CT scan, MRI etc ? Yes ہاں No نہیں

کیا آپ نے کسی قسم کے لیبارٹری ٹیسٹ کرائے ہیں یا مقرب کوئی ٹیسٹ کروانے والے ہیں مثلاً پیشاب، خون، ایکسرے، ای سی سی، سی ٹی اسکین، ایم آر آئی وغیرہ؟

If your answer is yes, please give details (in the space provided on the next page) whether the results were satisfactory or un-satisfactory ?

اگر آپ کا جواب ہاں ہے تو اگلے صفحے پر دیے گئے اضافی تفصیلات کے خانے میں واضح کریں کہ ٹیسٹ کے نتائج تسلی بخش تھے یا نہیں؟

5. Have you ever taken or are currently taking any drugs or medicine ? _____ Yes ہاں No نہیں

کیا آپ نے ماضی میں کوئی دوا استعمال کی ہے یا اس وقت کوئی دوا استعمال کر رہے ہیں؟

6. Have you suffered from any illness, accident or disability since completion of original proposal / declaration for this policy ?
کیا آپ پالیسی کے لئے فارم بھرنے اور گزشتہ اقرار نامہ جمع کرانے کے بعد سے اب تک کسی بیماری، حادثہ یا معذوری میں مبتلا رہے ہیں؟
Additional Information: _____ Yes ہاں No نہیں
اضافی معلومات:
7. Have you in the past or are you presently engaged in any criminal / legal suit in the court of law ? _____ Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی دیوانی یا فوجداری مقدمے میں ملوث ہیں یا رہے ہیں؟
8. Do you have or did you have in the past any personal, professional, family or tribal enmity ? _____ Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی قسم کی ذاتی، پیشہ ورانہ، کاروباری، خاندانی یا قبائلی دشمنی میں ملوث ہیں یا رہے ہیں؟
9. Are you presently or have you ever been an office-bearer or activist of any religious, political or social party (Registered or Unregistered) ?
کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی سیاسی، مذہبی یا سماجی جماعت کے کارکن ہیں یا رہے ہیں (خواہ وہ جماعت منظور شدہ ہو یا غیر منظور شدہ ہو)؟
Yes ہاں No نہیں
- For Females only:
صرف خواتین کے لئے:
10. Are you now pregnant ? _____ Yes ہاں No نہیں
کیا آپ اس وقت حاملہ ہیں؟
11. If yes, what month of pregnancy are you in ? _____
اگر ہاں تو حمل کا کون سا مہینہ ہے؟
12. Have you ever had or do you now have any gynaecological or obstetric problem ? _____ Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی زنانہ بیماری یا حمل و تولیدی نظام کی بیماری میں مبتلا ہیں یا رہی ہیں؟

Additional Information: _____
اضافی تفصیلات:

DECLARATION:

I hereby declare that the above answers and statements are true and complete and agree that they shall form part of the contract between me and EFU Life Assurance Ltd. I further declare that apart from the details set above I have not suffered from any illnesses, accidents, or other disabilities since applying to the Company for this policy (or since the policy was last reinstated, if later), that I am otherwise in good health, I confirm that I have checked and found correct all answers and statements in this form, even those that are not in my own handwriting. I acknowledge that I have understood the declaration that I have made in this form. I agree that this declaration is to form part of my proposal based on which my policy is/will be issued or reinstated or altered. I understand that if any information has been withheld or concealed or any untrue statement is contained therein, the said contract shall be considered null and void and all money paid in respect of premiums shall be forfeited to EFU Life.

اقرار نامہ:

میں اقرار کرتا کرتی ہوں کہ اوپر دیئے گئے جوابات اور کوآلف ہر طرح سے مکمل اور صحیح ہیں، اور میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ میرے اور ایف یو لائف کے درمیان ہونے والے معاہدہ کا حصہ سمجھے جائیں گے۔ میں جانچ کرنے کے بعد اس بات کی تصدیق کرتا کرتی ہوں کہ اس فارم میں تمام جوابات اور کوآلف (وہ بھی میری لکھائی میں تحریر نہیں ہیں) صحیح ہیں۔ میں یہ تسلیم کرتا کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں اقرار نامہ کو سمجھ لیا ہے اور یہ جاننا جانتی ہوں کہ یہ اقرار نامہ میری اُس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے پالیسی دی گئی ہے یا دی جائے گی یا پالیسی میں تبدیلی یا تجدید کی جائے گی۔ میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر اوپر دی گئی تفصیلات اور جوابات سچائی پر مبنی نہ ہوں یا تفصیلات کی جان بوجھ کر پردہ پوشی کی گئی ہو تو اس معاہدہ کی تجدید یا اس میں سے کیا جانے والا اضافہ روز اول سے منسوخ تصور کیا جائے گا، اور اس ضمن میں ادا کی جانے والی رقم ای - ایف - یو لائف کے حق میں ضبط تصور ہوگی۔

Signature: _____ Date: _____
دستخط تاریخ

(In case the signature has been changed, please provide both old and new signatures) (اگر آپ کے دستخط تبدیل ہو گئے ہیں تو نئے اور پرانے دونوں دستخط کریں)

E-mail: _____ Telephone No: _____ Mobile No: _____
ای - میل: _____ ٹیلیفون نمبر _____ موبائل نمبر _____

Correspondence Address: _____
خط و کتابت کرنے کا پتہ: _____

IMPORTANT NOTICE:

Any mis-statement or omission of a material fact could affect the payment of the benefits under the policy. If you are uncertain whether a fact is material or not, please include it on the declaration.

اہم ہدایت: کسی قسم کی غلط بیانی یا حقائق کی پردہ پوشی پالیسی کی ادائیگی پر اثر انداز ہو سکتی ہے لہذا اگر آپ کو شبہ ہے کہ حقائق مخوش ہیں یا نہیں تو براے مہربانی انہیں اس اقرار نامہ میں ضرور تحریر کریں۔