

EFU LIFE ASSURANCE LTD
ای ایف یو لائف انشورنس لمیٹڈ
APPLICATION FOR POLICY ALTERATION
درخواست برائے پالیسی آلٹریشن



Policy Number _____ Name of Policy Holder _____
پالیسی نمبر _____ بیمہ دار کا نام _____

Marital Status : Single Married Divorced Widowed No. of Dependents (if any) _____
ازدواجی حیثیت : ازدواجی غیر شادی شدہ شادی شدہ طلاق یافتہ رتذوا/بیوہ آپ کی آمدنی پر انحصار کرنے والے (اگر کوئی ہو) _____

Please make the following changes in my policy structure: برائے مہربانی میری پالیسی میں مندرجہ ذیل تبدیلیاں کی جائیں:

Change in Benefits:		تبدیلیوں میں تبدیلی:		
Benefits تبدیلیوں	Existing Sum Assured موجودہ زر بیمہ	Old Term/Protection Multiple پرانی معیار اور پروفیکشن ملٹیپل	New Sum Assured نیا زر بیمہ	New Term/Protection Multiple نئی معیار اور پروفیکشن ملٹیپل
Main Plan بنیادی پلان				
Additional Term Assurance (ATA) ایڈیشنل ٹرم انشورنس				
Lifecare Benefit لائف کیئر بینیفٹ LCI <input type="checkbox"/> LC+ <input type="checkbox"/>				
Family Income Benefit (FIB) فامیلی انکم بینیفٹ				
Income Benefit (IB) انکم بینیفٹ				
Accidental Death & Disability (ADDB) Standard <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/>				
Accidental Death Benefit (ADB) حادثاتی موت بینیفٹ				
Hospital Care Benefit (HCB) ہاسپٹل کیئر بینیفٹ Standard <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/>				
Medical Recovery Benefit (MRB) میڈیکل ریکوری بینیفٹ				
Waiver of Premium (WOP) دیورٹ پر بیمہ	Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں	
Fund Acceleration Premium (if applicable) فنڈ ایکسلریشن پر بیمہ (اگر لاکو ہو)				
Indexation تحتفظ افراط زر	Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> Only Basic Plan Premium صرف بنیادی پلان کا پر بیمہ	<input type="checkbox"/> Basic Plan Premium and Sum Assured بنیادی پلان کا پر بیمہ اور زر بیمہ	
Any Other Change: _____ مزید کوئی تبدیلی: _____				

1. Your current weight _____ Kg/Lbs and Height _____ Ft - Inch/Meter
آپ کا موجودہ وزن _____ اور کلوگرام/پاؤنڈ _____ فٹ - انچ/میٹر

If the answer to any of the following questions is "Yes", please give details in the space provided for additional information on the next page
اگر مندرجہ ذیل کسی بھی سوال کا جواب "ہاں" ہے تو تفصیلات اگلے صفحہ پر دئے گئے اضافی معلومات کے خانے میں درج کریں

2. Are you to the best of your knowledge in good health now i.e. free from any Mental or Physical impairment or Deformity? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ صحت مند ہیں، اور آپ ہر قسم کی ذہنی اور جسمانی بیماری یا معذوری سے مبرا ہیں؟
3. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Diabetes Mellitus (Raised Blood Sugar or Sugar in Urine)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب ذیابیطیس (خون میں اضافی شکر یا پیشاب میں شکر) میں مبتلا رہے ہیں؟
4. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Hypertension (Raised Blood Pressure), Heart disease (e.g Heart Attack, Angina, Chest Pain etc) or been admitted for any surgery (e.g. Angioplasty, Heart Bypass etc)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری (مثلاً دل کا دورہ، انجائنا، سینے میں درد وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں یا کوئی جراحی کا عمل (مثلاً آنجیوپلاستی، ہائی پاس سرجری وغیرہ) کروایا ہے؟
5. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Liver Disease (e.g. Jaundice, Hepatitis (A/B/C etc)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب جگر کی خرابی (مثلاً یرقان، ہپاٹائٹس اے، بی، سی وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں؟
6. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Respiratory System Disease (e.g. Tuberculosis, Chronic Cough, Asthma etc.), Kidney Diseases (e.g. Stones, Kidney Failure etc.) or Disgestive System Disease (e.g. Gall Stones, Chronic or Recurrent Diarrhea, Ulcers etc.)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب نظام تنفس کی بیماری (مثلاً تپ دق، دائمی کھانسی، دم وغیرہ)، گردوں کی بیماری (مثلاً گردوں میں پتھری، گردے کا فیل ہونا وغیرہ) یا نظام ہضم کی بیماری (مثلاً پتھری، شدید قسم کا مسلسل ڈائریا، السرو وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں؟

7. Do you currently have or recently had any of the COVID-19 related symptoms (such as fever, sore throat, dry cough, Yes ہاں No نہیں shortness of breath etc.) or have you ever been tested for COVID-19?

کیا آپ میں ابھی / حال ہی میں کووڈ 19 سے متعلق علامات موجود ہیں / ہمیں (جسے کہ بخار، حلق میں تکلیف، خشک کھانسی، سانس لینے میں تکلیف، وغیرہ) یا آپ کا کووڈ 19 کیلئے کوئی ٹیسٹ ہوا ہے؟

8. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from any form of Tumor, Growth, Cancer, Blood Disease or any Diseases of Eyes, Ears, Nose, Skin or the Nervous system (e.g. Depression, Fits etc)? Yes ہاں No نہیں

کیا آپ ماضی میں یا اب کسی قسم کی رسولی، کینسر، خون کی بیماری یا آنکھ، کان، ناک، جلد یا اعصابی بیماری (مثلاً ذہنی دباؤ، دورہ پڑنا وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں؟

9. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from any other Disease or Illness not mentioned above or taken any medication on a regular basis or admitted in a hospital for any reason or undergone any diagnostic test/procedure (e.g. Urine Test, Blood Test, Angiography, CT, MRI, Ultrasound X-ray etc) or any operation in the past five years? Yes ہاں No نہیں

کیا آپ گذشتہ پانچ سالوں میں یا اب مندرجہ بالا کے علاوہ کسی اور بیماری میں مبتلا رہے ہیں، کوئی دوا یا قاعدگی سے استعمال کی ہے، کسی ہسپتال میں داخل رہے ہیں یا کسی قسم کا تشخیصی ٹیسٹ / عمل (مثلاً پیشاب / خون کا ٹیسٹ، انجیو گرافی، سی ٹی سکین، ایم آر آئی، الٹراساؤنڈ، ایکس رے وغیرہ) یا کوئی جراحی کا عمل کروایا ہے؟

10. Do you smoke/chew tobacco or any related products, do you take or have in the past taken alcohol or any addictive drugs? Yes ہاں No نہیں

کیا آپ تباکو نوشی / کھانے والا تباکو یا اس سے متعلقہ مصنوعات استعمال کرتے ہیں، کیا آپ نے ماضی میں یا اب شراب نوشی یا نشا آورادویات کا استعمال کیا ہے؟

اگر ہاں، تو روزانہ استعمال کی مقدار بیان کریں _____

11. Have you suffered from any illness, accident or disability since completion of the Original Proposal/Declaration for this Policy? Yes ہاں No نہیں

کیا آپ پالیسی کیلئے فارم بھرنے اور گذشتہ اقرار نامہ جمع کرانے کے بعد سے اب تک کسی قسم کی بیماری، حادثہ یا معذوری میں مبتلا رہے ہیں؟

12. Are you at present or have you ever in the past: been engaged in any Civil/Criminal Lawsuit in a Court, Been involved in any Personal/Professional/Family/Tribal Enmity or been an Office Bearer or Activist of any Religious, Political or Social Party? Yes ہاں No نہیں

کیا ماضی میں یا اس وقت آپ کسی دیوانی یا فوجداری مقدمے میں، کسی قسم کی ذاتی، پیشہ ورانہ، خاندانی یا قبائلی دشمنی میں ملوث ہیں یا رہے ہیں یا کسی مذہبی، سیاسی یا سماجی جماعت کے کارکن ہیں یا رہے ہیں؟

For Females only

صرف خواتین کے لئے:

13. Are you now pregnant? Yes ہاں No نہیں If yes, what month of pregnancy are you in? _____

کیا آپ اس وقت حاملہ ہیں؟

اگر ہاں، تو حمل کا کون سا مہینہ ہے؟

14. Have you ever had or do you now have any gynaecological or obsteric 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 معلومات

اقرار نامہ / DECLARATION

I hereby declare that the above answers and statements are true and complete and understand 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 or accident since applying to the company for this policy or since the policy was last reinstated, or altered and that I am otherwise free from any physical or mental impairment or disability. I have checked and found correct all answers and statements in this form, even those that are not in my own hand writing. Further, I have understood the declaration that I have made in this form and also understand that this declaration forms part of my proposal based on which my policy will be issued, reinstated or altered. I am well aware that if any information which ought to be made to the Company is withheld, concealed or any false statement is given in this form, any issuance, reinstatement or alteration made in pursuance of this form shall be considered null and void from its inception and all money paid in respect of premiums shall be forfeited to EFU Life Assurance Ltd.

میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا جوابات اور بیانات سچے اور مکمل ہیں اور میں جانتا / جانتی ہوں کہ یہ میرے اور ایف یو لائف انشورنس لمیٹڈ کے درمیان معاہدے کا حصہ ہوں گے۔ میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ پالیسی کے لئے درخواست دائر کرنے، اس کی تجدید یا اس میں کسی تبدیلی کے بعد سے مندرجہ بالا تفصیلات کے علاوہ اب تک مجھے کسی قسم کی کوئی بیماری، یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے اور میں کسی بھی جسمانی یا ذہنی بیماری یا معذوری میں مبتلا نہیں ہوں۔ میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں دیئے گئے تمام جوابات اور بیانات کی جانچ کی ہے اور انہیں درست پایا ہے، مع ان کے جو میری اپنی لکھائی میں تحریر نہیں ہیں۔ مزید یہ کہ میں نے اس فارم میں اپنا یا اقرار نامہ سمجھ لیا ہے اور جانتا / جانتی ہوں کہ یہ میری اس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے یہ پالیسی دی جائیگی یا اس میں تبدیلی یا اس کی تجدید کی جائے گی۔ میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر میں نے کوئی ایسی معلومات جو کچھ کوئی بھی نہیں دی، چھپائی یا اس فارم میں غلط بیانی کی تو اس فارم کی بنیاد پر جاری ہونے والی پالیسی، اس کی تجدید یا تبدیلی شروع سے منسوخ تصور کی جائیگی، اور اس ضمن میں پرمیم کی صورت میں ادا کی جانے والی رقم ای۔ ایف۔ یو لائف انشورنس لمیٹڈ کے حق میں ضبط تصور ہوگی۔

Signature:

دستخط _____

Date:

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:

Agency Details:

انجینسی کی تفصیلات:

Consultant's Name: _____

Code: _____

Mobile No: _____

کنسلٹنٹ کا نام:

کوڈ:

موبائل نمبر: