

EFU LIFE ASSURANCE LTD.

ای ایف یو لائف اشورنس لمیٹڈ

APPLICATION FOR POLICY REINSTATEMENT & HEALTH DECLARATION FORM

درخواست برائے پالیسی ری انسٹیٹمنٹ اور اقرار نامہ برائے صحت



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

CNIC No. _____ Issue Date _____ Expiry Date _____
کمپیوٹر انڈسٹری کارڈ نمبر _____ تاریخ اجراء _____ تاریخ منتهی _____

Please reinstate my policy/policies, I have paid Rs. _____ through, Cheque ☐ Draft ☐ Pay order ☐ Cash ☐

برائے مہربانی میری پالیسی / پالیسیوں کو ری انسٹیٹ کیا جائے، میں نے مبلغ _____ روپے بذریعہ _____ چیک ☐ ڈرافٹ ☐ پی 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 below)

طبی تفصیلات (سوال نمبر ۲ کے علاوہ اگر کسی سوال کا جواب (ہاں) ہے تو اضافی تفصیلات نیچے دیئے گئے خانے میں درج کریں)

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

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

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

۲۔ کیا آپ ماضی میں یا اب مندرجہ ذیل بیماریوں میں سے کسی بیماری میں مبتلا رہے ہیں؟

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

(i) ذیابیطس (پیشاب میں شکر یا خون میں اضافی شکر)؟

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

(ii) ہائی بلڈ پریشر؟

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

(iii) دل کی بیماریاں مثلاً (انجائنا سینے کا درد، دل کا دورہ، دل کی شیریاؤں کی بیماری وغیرہ)؟

(iv) Disorders of liver (e.g. Jaundice, Hepatitis A. B. C etc)? _____ Yes ☐ No ☐
ہاں ☐ نہیں ☐

(iv) جگر کی خرابی مثلاً (ہیپاٹائٹس اے، بی، سی وغیرہ)؟

3. Have you ever suffered from illness, injury or operation of any kind not mentioned above (other than trivial complaints)?

۳۔ کیا آپ کسی قسم کی بیماری یا چوٹ کا شکار ہوئے ہیں یا آپ نے کسی قسم کا آپریشن کروایا ہے (جس کا ذکر اوپر نہیں کیا گیا)؟ (معمولی نوعیت کی بیماری یا چوٹ کے علاوہ)

4. My occupation as mentioned in the original Proposal Form / last Declaration has changed _____ Yes ☐ No ☐
ہاں ☐ نہیں ☐

۴۔ میرا پیشہ جو کہ اصل پرپوزل فارم / آخری بار جمع شدہ اقرار نامہ میں درج تھا تبدیل ہو گیا ہے

5. My residence as mentioned in the original Proposal Form / last Declaration has changed _____ Yes ☐ No ☐
ہاں ☐ نہیں ☐

۵۔ میری رہائش جو کہ اصل پرپوزل فارم / آخری بار جمع شدہ اقرار نامہ میں درج تھا تبدیل ہو گئی ہے

6. Have you in the past or are you presently engaged in any criminal / civil suit in a court of law ? _____ Yes ☐ No ☐
ہاں ☐ نہیں ☐

۶۔ کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی فوجداری یا مدنی مقدمے میں ملوث ہیں یا رہے ہیں؟

7. Do you have or did you have in the past any personal, professional, family or tribal enmity ? _____ Yes ☐ No ☐
ہاں ☐ نہیں ☐

۷۔ کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی قسم کی ذاتی، پیشہ وارانہ، کاروباری، خاندانی یا قبائلی دشمنی میں ملوث ہیں یا رہے 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 کوآئف ہر طرح سے مکمل اور صحیح ہیں، اور میں اس سے بخوبی آگاہ ہوں کہ میرے اقرار 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 کوآئف (وہ بھی جو میری لکھائی میں تحریر نہیں ہیں) صحیح ہیں۔ میں یہ تسلیم کرتا/ کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں اقرار نامہ کو بھجوا دیا ہے اور یہ جاننا/ جانتی ہوں کہ یہ اقرار نامہ میری اس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے پالیسی دی گئی ہے یا پالیسی میں تبدیلی یا تجدید کی جائے گی۔ میں اس 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 و زوال 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: In case policy has been lapsed for more than 3 months Special Health Declaration Form filled and signed by the client would be required
اہم اطلاع: اگر پالیسی کو منقطع ہونے پر ۳ ماہ زیادہ کا عرصہ ہو چکا ہے تو برائے مہربانی دستخط شدہ اقرار نامہ برائے صحت (خاص) اس فارم کے ساتھ منسلک کریں