

Policy Number _____ Name of Policy Participant _____

پالیسی نمبر

حصے دار کا نام

CNIC No. _____ Issue Date _____ Expiry Date _____

کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر

تاریخ اجراء

تاریخ منتهی

پیشہ / عہدہ _____

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 انٹیٹیٹ 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 No, please give details in the space provided for additional information on the next page)

طبعی 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 پائونڈ

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 برآ 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

ذیابیطس (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 (حپ 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 اعضاء کی بیماریاں، گردوں 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 عنقریب کوئی ٹیسٹ کروانے والے ہیں مثلاً پیشاب، خون، اے کی سی بی، یو ای سی بی، 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؟

Cont: Page 2

صفحہ نمبر 2 پر جاری ہے

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 گذشتہ اقرار نامہ جمع کرانے کے بعد سے اب تک کسی بیماری، حادثہ یا معذوری میں مبتلا رہے ہیں؟ Yes ہاں No نہیں

7. Do you currently have or recently had any of the COVID-19 related symptoms (such as fever, sore throat, dry cough, 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 / نہیں (جیسے کہ بخار، حلق میں تکلیف، خشک کھانسی، سانس لینے میں تکلیف، وغیرہ) آپ کا کووڈ 19 کیلئے کوئی ٹیسٹ ہوا ہے؟ Yes ہاں No نہیں

Additional Information:
اضافی معلومات:

8. 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؟

9. 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؟

10. 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:

11. Are you now pregnant? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ اس وقت حاملہ ہیں؟

12. If yes, what month of pregnancy are you in? _____
اگر ہاں تو حمل کا کون سا مہینہ ہے؟

13. 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 understand that they shall form part of the contract between me, EFU Life - Window Takaful Operations and Participant's Takaful Fund. I further declare that apart from the details set above, I have not suffered from any illness 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 confirm that I have checked and found correct all answers and statements in this form, even those that are not in my own handwriting. 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 may be considered null and void from its inception.

اقرار نامہ

میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا جوابات اور بیانات صحیح اور مکمل ہیں اور میں یہ جانتا / جانتی ہوں کہ یہ میرے / امی ایف یو ایف وینڈو تکافل آپریٹرز اور شرکت کنندہ کے تکافل فنڈ (PTF) Participant Takaful Fund کے درمیان معاہدے کا حصہ ہوں گے۔ میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ اوپر درج تفصیلات کے علاوہ، کوئی کو اس پالیسی کیلئے درخواست دینے، کسی تبدیلی یا تجدیلی کے بعد سے اب تک مجھے کسی قسم کی بیماری یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے اور میں کسی بھی جسمانی یا ذہنی بیماری یا معذوری میں مبتلا نہیں ہوا ہوں۔ میں تصدیق کرتا ہوں / کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں تحریر تمام جوابات اور بیانات کی جانچ کی ہے اور انہیں درست پایا ہے، صبح ان کے جو میرے اپنے تحریر کردہ نہیں ہیں۔ مزید یہ کہ میں نے اس فارم میں دیا گیا اقرار نامہ سمجھا لیا ہے اور جانتا / جانتی ہوں کہ یہ میری درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے یہ پالیسی جاری کی جائے گی، یا اس کی تجدید ہوگی یا اس میں کوئی تبدیلی ہوگی۔ میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر میں نے کوئی بھی معلومات جو کہ کوئی کوڈی جانی تھیں، انکو چھپایا یا اس فارم میں کوئی غلط بیانی کی تو اس فارم کی بنیاد پر جاری ہونے والی پالیسی تجدید یا تجدیلی شروع سے ہی منسوخ تصور کی جائے گی۔

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 سے اور پرانے دونوں دستخط کریں)

E-mail: _____ Telephone No: _____ Mobile No: _____
ای میل نمبر 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 برائے مہربانی انہیں اس اقرار نامہ میں ضرور تحریر کریں۔