EFU LIFE ASSURANCE LTD

ای ایف یو لائف اشورنس لمیٹڈ

APPLICATION FOR POLICY REINSTATEMENT & SPECIAL HEALTH DECLARATION FORM

درخواست برائے پالیسی ری انسٹیٹمنٹ اور اقرارنامہ برائے صحت (خاص)

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 کروادیے 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)

طبّی تفصیلات (سوال نمبر ۲ 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 کلوگرام/پاؤنڈ اور قد 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 مبرا 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 (تپ دق ، دمہ ، نمونیا یا دائمی کھانسی وغیرہ) ؟

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

گردوں کی بیماریاں مثلاً (گردوں میں انفیکشن یا سوزش، نظام اخراج یا تولیدی اعضاء 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 ، ہیپاٹائٹس 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 formof 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 Yes ☐ ہاں No ☐ نہیں

کیا آپ نے کسی قسم کے لیبارٹری ٹیسٹ کرائے ہیں یا عنقریب کوئی ٹیسٹ کروانے والے ہیں مثلاً پیشاب، خون، ایکسرے، ای سی جی، 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 صفحہ پر دیے گئے اضافی تفصیلات کے خانہ 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 ۲ پر جاری ہے

EFU Life House, Plot No. 112, 8th East Street , Phase 1, DHA, Karachi. Phone # (021) 111-EFU-111 (111-338-111)

Client Services Call Centre: (021) 111-EFU-CSD (111-338-273), Fax: (021) 34537519, Email: csd@efulife.com, Website: www.efulife.com

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 اقرارنامہ جمع کرانے کے بعد سے اب تک کسی قسم کی بیماری، حادثہ یا معذوری میں مبتلا رہے ہیں ؟ ____________ Yes ☐ ہاں No ☐ نہیں

7. Do you currently have or reccently 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 / تھیں (جیسے کہ بخار، حلق میں تکلیف، خشک کھانسی، سانس لینے میں تکلیف، وغیرہ) یا 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 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 کوائف ہر طرح سے مکمل اور صحیح ہیں، اور میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ میرے اور ای 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 کوائف (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 جانتا/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 لہٰذا اگر آپ کو شبہ ہے کہ حقائق ٹھوس ہیں یا نہیں تو براہ مہربانی انہیں اس اقرار نامہ میں ضرور تحریر کریں۔

EFU Life House, Plot No. 112, 8th East Street , Phase 1, DHA, Karachi. Phone # (021) 111-EFU-111 (111-338-111)

Client Services Call Centre: (021) 111-EFU-CSD (111-338-273), Fax: (021) 34537519, Email: csd@efulife.com, Website: www.efulife.com