



Family Enrolment Questionnaire Form (FEQ)

Cert ID
(If already issued)

Name of Employee: Gender: Employee ID
In CAPITAL letters First / Middle / Given Name(s) Male/Female (If any)

Employer Name: Designation: Joining Date: Marital Status:

Home Address: Marriage Date:

Subsidiary/ Location: Nationality: CNIC No. / Passport No.: Date of Birth:
(If any)

Bank Name: IBAN No.: Cell No.: Email ID:

Please list Family Members (spouse, son, daughter, mother and father) to be covered: *Attach additional sheets if necessary*
In case of addition of spouse due to marriage, Please attach the copy of Nikahnama / Marriage Certificate.

S. No.	NAME Please write in CAPITAL letters	Relationship with You	Date of Birth (dd/mm/yy)	Height (ft./in)	Weight (lbs)	CNIC No. / B Form No. (Mandatory)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

DECLARATION: I hereby declare that the statement above is true and complete to the best of my knowledge and belief. I have not withheld any information. I understand that the above details together with the application of my employer to EFU Life Assurance Ltd - Window Takaful Operations are the basis for the Group Health takaful applied for. I hereby authorize any hospital, physician or surgeon who has attended to me or my family members to furnish to EFU Life Assurance Ltd - Window Takaful Operations with any and all information that they may require concerning our medical history and/or examinations. I understand that any false, incorrect, incomplete or misleading statement may invalidate my participation in this group health takaful contract.

Signature of Employee for Self & on behalf of family members being covered _____ Date _____

TO BE FILLED BY THE EMPLOYER

Please specify the plan for this employee

☐ Executive ☐ Deluxe ☐ Standard

☐ Value ☐ Basic

Other _____

Coverage Effective Date: _____

Signature & Stamp of the Employer

Please fill in English only

EFU LIFE ASSURANCE LTD. WINDOW TAKAFUL OPERATIONS

EFU Life House, Plot No. 112, 8th East Street, Phase 1, DHA, Karachi.

UAN: (021) 111-EFU-111 (111-338-111), Fax: (021) 34537519

Registered Office: Al-Malik Centre 70 W, F-7/G-7 Jinnah Avenue, (Blue Area) Islamabad, Phone: 051-2820989

Email: customerrelations@efulife.com | Website: www.efulife.com

سوال نامہ برائے فیملی ہیلتھ (FEQ)

برائے مہربانی مندرجہ ذیل تفصیل انگریزی حروف میں پُر کریں، کیونکہ آپ کے ہیلتھ کارڈ (Health Card) پر یہ انگریزی میں ہی پرنٹ کی جائے گی۔

سرٹیفکیٹ آئی ڈی	(اگر پہلے جاری کی ہو)
ایمپلائی آئی ڈی	جنس
(اگر ہو)	(پہلا/درمیانہ/آخری)
کبھی میں مہمہ	کبھی میں تاریخ تقرری
ازدواجی حیثیت	شادی کی تاریخ
ذیلی/مقام (اگر کوئی ہو)	قومیت
ای این آئی سی نمبر/ پاسپورٹ نمبر	تاریخ پیدائش
ایکسٹرنل آئی ڈی	ای میل آئی ڈی
موبائل نمبر	آئی بی این نمبر

براہ مہربانی اہل خاندان (اہلیہ / شوہر / بچے / والدین) کا اندراج کیجئے جن کے لئے کفالت کا تحفظ درکار ہے، شادی کے باعث اہلیہ یا شوہر کا اضافہ ہوا ہو تو کفالت نامہ / میرج سرٹیفکیٹ کی نقل فراہم کیجئے۔

S. No.	NAME Please write in CAPITAL letters	Relationship with You	Date of Birth (dd/mm/yy)	Height (ft./in)	Weight (lbs)	CNIC No. / B Form No. (Mandatory)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

یہ حصہ آپ کی کبھی پُر کرے گی۔

Please specify the plan for this employee

[A] Executive [B] Deluxe [C] Standard

[D] Value [E] Basic

Other _____

Coverage Effective Date: _____

Signature & Stamp of the Employer

حلیہ بیان: میں اس کا قرا کر کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام تفصیلات میری معلومات اور یقین کے حساب سے درست ہیں اور کوئی بھی حقیقت پوشیدہ نہیں رکھی گئی ہے۔ میں اس بات سے پوری طرح آگاہ ہوں کہ اوپر دیئے ہوئے کوائف اور میری کبھی کی درخواست جو ای ایف یو لائف ایسورنس لمیٹڈ۔ ونڈو کفالت آپریشنز (EFU Life Assurance Ltd-Window Takaful Operations) کو پیش کی گئی ہے اس گروپ کفالت پالیسی کی بنیاد بنیں گے جس کے لیے درخواست دی گئی ہے۔ نیز میں کسی بھی ہسپتال سرجن (Surgeon) یا فزیشن (Physician) جہاں یا جس سے میں یا میرے خاندان کا کوئی فرد علاج کرا چکا ہو کو اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ وہ ای ایف یو لائف ایسورنس لمیٹڈ۔ ونڈو کفالت آپریشنز (EFU Life Assurance Ltd-Window Takaful Operations) کو کسی بھی قسم کی معلومات جو ان کو طبی ریکارڈ یا تشخیص کے سلسلے میں درکار ہو، فراہم کریں۔ میں جانتا/جانتی ہوں کہ جھوٹ، غلط، نامکمل اور گمراہ کن بیان میری ہیلتھ کفالت پالیسی میں شراکت کو منسوخ کر سکتا ہے

تاریخ

کبھی کے ملازم کے دستخط (اپنی اور اپنے خاندان کی طرف سے)

EFU LIFE ASSURANCE LTD. WINDOW TAKAFUL OPERATIONS

EFU Life House, Plot No. 112, 8th East Street, Phase 1, DHA, Karachi.

UAN: (021) 111-EFU-111 (111-338-111), Fax: (021) 34537519

Registered Office: Al-Malik Centre 70 W, F-7/G-7 Jinnah Avenue, (Blue Area) Islamabad, Phone: 051-2820989

Email: customerrelations@efulife.com | Website: www.efulife.com