



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. are the basis for the Group Health Insurance 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. 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 policy.

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.

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	پہلا/درمیانہ/عرفیت			ایمپلائی کا نام
(اگر ہو)	مرد/عورت				
ازدواجی حیثیت	کمپنی میں تاریخ تقرری	کمپنی میں مہدہ	کمپنی کا نام		
شادی کی تاریخ	گھر کا پتہ				
تاریخ پیدائش	سی این آئی سی نمبر/پاسپورٹ نمبر	قومیت	ذیلی/مقام (اگر کوئی ہو)		
ای میل آئی ڈی	موبائل نمبر	آئی بی اے سی نمبر	بینک کا نام		

براہ مہربانی اہل خاندان (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) کا اندراج کیجئے جن کے لئے انشورنس کا تحفظ درکار ہے، شادی کے باعث اہلیہ یا شوہر کا اضافہ ہوا ہو تو نکاح 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 کمپنی پُر کرے گی۔

Please specify the plan for this employee

☐ Executive ☐ Deluxe ☐ Standard

☐ Value ☐ Basic

Other _____

Coverage Effective Date: _____

Signature & Stamp of the Employer

حلفیہ بیان: میں اس کا اقرار 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 کمپنی کی درخواست جو ای ایف یو لائف انشورنس لمیٹڈ EFU Life Assurance Ltd. کو پیش کی گئی ہے اس گروپ انشورنس 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 انشورنس لمیٹڈ EFU Life Assurance Ltd. کو کسی بھی قسم کی معلومات جو ان کو ملتی ریکارڈ یا تشخیص کے سلسلے میں درکار ہو، فراہم کریں۔ میں جانتا/جانتی ہوں کہ جھوٹ یہ غلط، نامکمل اور گمراہ کن بیان میری ہیلتھ کنفل پالیسی میں شرکت کو منسوخ کر سکتا ہے۔

تاریخ

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

EFU LIFE ASSURANCE LTD.

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



UAN (021) 111-432-584, (051) 111-432-584, (042) 111-432-584



Call Center (021) 111-4357-00



efulife.com



MyHealth