

## Family Health Questionnaire Form (FHQ)

Cert ID   
(If already issued)

**INSTRUCTIONS:** It is very important that complete medical history is disclosed in this form. Please note that if a pre-existing medical condition/illness is NOT DISCLOSED, we can decline the claim relating to it. If the medical condition is disclosed, we may cover that medical condition. Therefore, it is in your best interest to disclose complete medical history.

**NOTE: CNIC / Passport No. (in case of foreigner) is mandatory for Employee, Spouse, Parents and Children (for above 18 year of age)**

"Pre-Existing Medical Condition" means any sickness, illness, disease, injury, symptom, co-morbid condition or the underlying cause, condition, sickness, illness, disease, injury or risk factors of an illness or any disease that causes another illness due to direct or indirect impact, has been known, was treated, is under treatment, any treatment required or has been investigated even if no medical advice or diagnosis or treatment was sought, prior to applying for takaful.

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:

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.						

	YES	NO
1. Are / have you or any member of your family (spouse/children/parents) currently or at any time prior to applying for takaful:		
a. Suffered from any medical condition /disease / illness or injury? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aware of any medical condition / disease / illness or injury (even if no doctor was consulted)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Received diagnosis from a Doctor / Hakeem or Homeopath (even if no treatment was provided)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Taking or been advised to take any medication for more than 7 continuous days? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Suffered from any physical or mental disability? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you or any member or your family smoke any form of tobacco or consume alcohol? if yes, how much? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you and all members of your family (listed above) in good health? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a. Is your spouse (or yourself, if you are a female) pregnant? If yes, how many months? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Please mention last delivery date (if any). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have answered "YES" to any of the question 1)a. to 1)e. above, please provide details below: *Attach additional sheets if necessary*

**Please attach Photocopies of the relevant medical reports**

Name of the Person whom «Yes» answer has been given	Please describe medical condition and its duration, treatment received, investigations undertaken and results. Is any further tests or treatment suggested or required?	Attending/treating Doctor (Name, Address & Hospital)

**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 this health declaration form 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 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

**ہدایات:** اس فارم کو پُر کرنے سے پہلے مندرجہ ذیل باتوں کا دھیان رکھنا ضروری ہے:-

(یہ فارم صرف انگریزی میں پُر کیجئے)

سرٹیفکیٹ آئی ڈی

(اگر پہلے جاری کی ہو)

۱۔ آپ اپنی مکمل میڈیکل ہسٹری بیان کریں۔

۲۔ اگر پالیسی لینے سے پہلے کوئی بیماری (Pre-existing medical condition) ہو چکی ہے۔ جس کا ذکر فارم میں نہیں کیا گیا تو اس بیماری/طبی کیفیت پر ہونے والے اخراجات کا مطالبہ (Claim) ہم نام منظور کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اس بیماری کا مکمل ذکر کر دیں تو ممکن ہے ہم اس کو بھی کفیل کر دیں۔ لہذا یہ آپ کے مفاد میں ہے کہ اپنی میڈیکل ہسٹری میں ہر بیماری کا مکمل ذکر کریں۔

”پہلے سے موجود طبی کیفیت“ سے مراد کوئی ایسی بیماری، مرض، ڈیزیز، انجری، علامات متوقع بیماری کی صورت یا اس میں پوشیدہ کوئی وجہ، کنڈیشن، بیماری، مرض، ڈیزیز، انجری یا کسی بیماری کی علامات کا خطرہ ہے یا اس کے بواسطہ یا بلا واسطہ اثرات کے باعث کسی دوسری بیماری کی وجہ بنتی ہو اور اس کا علاج کیا گیا ہو یا زیر علاج ہو، یا کوئی علاج درکار ہو یا اس کی جانچ کی جارہی ہو چاہے کفیل کے لئے درخواست دینے سے قبل کوئی طبی مشاورت نہ کی گئی ہو یا جانچ یا علاج کی ضرورت محسوس نہ کی گئی ہو۔

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

ضروری ہدایات: برائے مہربانی Employee اپنی (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) جن کی عمریں 18 سال سے اوپر ہیں کے سی آئی این آئی سی نمبر/پاسپورٹ نمبر (غیر ملکی کی صورت میں) فراہم کریں۔

ایمپلائے آئی ڈی	جنس	پہلا درمیانہ عرفیت	کتنی میں عہدہ	کتنی میں تاریخ تقرری	ازدواجی حیثیت

برائے مہربانی اہل خاندان (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) کا اندراج کیجئے جن کے لئے کفیل 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.						

سوال نمبر:	جی ہاں	جی نہیں
۱۔ کیا کفیل پالیسی کے لئے درخواست دینے سے پہلے یاد دہانی دیتے وقت آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد (شوہر/بیوی/بچے/والدین) کسی طبی بیماری یا چوٹ کا شکار ہو چکے ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۔ اپنی کسی ایسی بیماری یا چوٹ سے آگاہ ہیں جس کی کسی ڈاکٹر نے تشخیص نہ بھی کی ہو؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۔ اپنی بیماری کی تشخیص کسی ڈاکٹر، حکیم یا ہومیو پیتھ سے کرا چکے ہوں (چاہے علاج مذہبی شروع کیا گیا ہو)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴۔ ڈاکٹر کے مشورے سے یا اس کے بغیر بھی کسی دوا کا مدد سے زیادہ لگا تار استعمال کر چکے ہوں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵۔ کسی دماغی یا جسمانی معذوری کا شکار رہے ہوں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶۔ کیا آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد بے کوٹوشی یا شراب نوشی کرتا ہے؟ اگر آپ کا جواب ”ہاں“ ہے تو تعداد/مقدار لکھئے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷۔ کیا آپ اور آپ کے خاندان کے مذکورہ بالا افراد اچھی صحت کے حامل ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸۔ کیا آپ کی وجہ (یا خاتون ہونے کی صورت میں آپ خود) حاملہ ہیں؟ اگر ”ہاں“ تو کتنے مہینے سے؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

برائے مہربانی آخری دھچکی کی تاریخ کا حوالہ دیں (اگر کوئی ہو)۔  
اگر آپ نے پہلے سوال کے کسی حصے (اتاہ) کا جواب جی ہاں میں دیا ہے تو اس کی تفصیلات نیچے دے گئے خانوں میں پُر کریں۔ چمکے ہونے کی صورت میں اضافی کاغذ استعمال کیجئے۔

برائے مہربانی تمام متعلقہ ضروری میڈیکل رپورٹس کی کاپی بھی منسلک کیجئے۔

اس فرد کا نام جس کی بیماری کا اوپر ذکر کیا گیا ہو	برائے مہربانی اپنی طبی بیماری، اس کی مدت، کی گئی تفتیشات (Investigations) برآمد نتائج اور علاج کی تفصیل کے ساتھ یہ بھی بیان کریں کہ کیا مزید علاج کی ضرورت ہے یا اسے جو بڑھایا گیا ہے۔	علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ ہسپتال کا نام اور پتہ

یہ حصہ آپ کی کتنی 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

حلیف بیان: میں اس کا اقرار کرتا کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام تفصیلات میری معلومات اور یقین کے حساب سے درست ہیں اور مکمل ہیں اور کوئی بھی حقیقت پوشیدہ نہیں رکھی گئی ہے۔ میں اس بات سے پوری طرح آگاہ ہوں کہ یہ طبی حلف نامہ اور میری طبی کی درخواست جو ای ایف ب یو لائف انشورنس لمیٹڈ۔ وڈر کفیل آپریٹرز (EFU Life Assurance Ltd - Window Takaful Operations) یا فزیشن (Physician) جہاں یا جس سے میں یا میرے خاندان کا کوئی فرد علاج کرا چکا ہو، کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ ای ایف ب یو لائف انشورنس لمیٹڈ۔ وڈر کفیل آپریٹرز (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 جاننا رہ جاتی ہوں کہ جو معلومات مکمل اور مکمل بیان میری اس ہیلتھ کارڈ پالیسی میں شرکت کو منسوخ کر سکتا ہے۔

کتنی 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