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 insurance.

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

Employer Name: _____ Designation: _____ Joining Date: _____ Marital Status _____

Home Address: _____ Marriage Date _____

Subsidiary/ Location (If any) _____ 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 insurance:		
a. Suffered from any medical condition /disease / illness or injury?	☐	☐
b. Aware of any medical condition / disease / illness or injury (even if no doctor was consulted)?	☐	☐
c. Received diagnosis from a Doctor / Hakeem or Homeopath (even if no treatment was provided)?	☐	☐
d. Taking or been advised to take any medication for more than 7 continuous days?	☐	☐
e. Suffered from any physial or mental disability?	☐	☐
2. Do you or any member or your family smoke any form of tobacco or consume alcohol? if yes, how much?	☐	☐
3. Are you and all members of your family (listed above) in good health?	☐	☐
4. a. Is your spouse (or yourself, if you are a female) pregnant? If yes, how many months?	☐	☐
b. Please mention last delivery date (if any).		

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

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. 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 the 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

☐ A Executive ☐ B Deluxe ☐ C Standard
☐ D Value ☐ E 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

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 نامنظور کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اس بیماری کا مکمل ذکر کر دیں تو ممکن ہے ہم اس کو بھی انشور کر دیں۔ لہٰذا 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 براہ راست یا بالواسطہ 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 جا رہی ہو چاہے انشورنس 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 این آئی سی نمبر/پاسپورٹ نمبر (غیر ملکی کی صورت میں) فراہم کریں۔

ایمپلائی کا نام | جنس | ایمپلائی آئی ڈی

کمپنی کا نام (پہلا/درمیانہ/عرفیت) | کمپنی میں عہدہ | کمپنی میں تاریخ تقرری (مرد/عورت) | ازدواجی حیثیت (اگر ہو)

گھر کا پتہ | شادی کی تاریخ

ڈیلی/مقام (اگر کوئی ہو) | قومیت | سی این آئی سی نمبر/پاسپورٹ نمبر | تاریخ پیدائش

بینک کا نام | آئی بی اے این نمبر | موبائل نمبر | ای میل آئی ڈی

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.						

جی ہاں	جی نہیں
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

سوال نمبر۱: کیا انشورنس پالیسی کے لئے درخواست دینے سے پہلے یا دیتے وقت آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد (شوہر/بیوی/بچے/والدین)

ا۔ کسی طبی بیماری یا چوٹ کا شکار ہو چکے ہیں؟ .....

ب۔ اپنی کسی ایسی بیماری یا چوٹ سے آگاہ ہیں جس کی کسی ڈاکٹر نے تشخیص نہ بھی کی ہو؟ .....

ج۔ اپنی بیماری کی تشخیص کسی ڈاکٹر، حکیم یا ہومیو پیتھ سے کرا چکے ہوں (چاہے علاج نہ بھی شروع کیا گیا ہو)؟ .....

د۔ ڈاکٹر کے مشورے سے یا اس کے بغیر بھی کسی دوا کا ۷ دن سے زیادہ لگاتار استعمال کر چکے ہوں؟ .....

ہ۔ کسی دماغی یا جسمانی معذوری کا شکار رہے ہوں؟ .....

سوال نمبر۲۔ کیا آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد تمباکو نوشی یا شراب نوشی کرتا ہے؟ اگر آپ کا جواب "ہاں" ہے تو تعداد/مقدار لکھئے۔ .....

سوال نمبر۳۔ کیا آپ اور آپ کے خاندان کے مذکورہ بالا افراد اچھی صحت کے حامل ہیں؟ .....

سوال نمبر۴۔ ا۔ کیا آپ کی زوجہ (یا خاتون ہونے کی صورت میں آپ خود) حاملہ ہیں؟ اگر "ہاں" تو کتنے مہینے سے؟ .....

ب۔ برائے مہربانی آخری زچگی 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 دیے گئے خانوں میں پُر کریں۔ جگہ کم 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) بمہ نتائج اور علاج کی تفصیل کے ساتھ یہ بھی بیان کریں کہ کیا مزید علاج کی ضرورت ہے یا اسے تجویز کیا گیا ہے۔	علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ ہسپتال کا نام اور پتہ

حلفیہ بیان: میں اس کا اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام تفصیلات میری معلومات اور یقین کے حساب سے دُرست 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 کمپنی کی درخواست جو ای ایف یو لائف ایشورنس لمیٹڈ (EFU Life Assurance Ltd.) کو پیش کی گئی ہے اس گروپ ہیلتھ انشورنس پالیسی کی بنیاد بنیں گے جس کیلئے 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 ایشورنس لمیٹڈ (EFU Life Assurance Ltd.) کو کسی بھی قسم کی معلومات جو ان کو طبی ریکارڈ/تشخیص کے سلسلے میں درکار ہو، فراہم کریں۔ میں جانتا/جانتی ہوں کہ جھوٹ، غلط، نامکمل اور گمراہ کن بیان میری اس ہیلتھ انشورنس پالیسی میں شرکت کو منسوخ کر سکتا ہے۔

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

یہ حصہ آپ کی کمپنی 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

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