

Policy Number _____ Name of Participant _____
پالیسی نمبر _____ شریک تکافل کا نام _____

Marital Status : Single Married Divorced Widowed No. of Dependents (if any) _____
ازدواجی حیثیت : ازدواجی شدہ غیر شادی شدہ شادی شدہ طلاق یافتہ رنڈا/بیوہ آئی آمدنی برائے مہربان کرنے والے (اگر کوئی ہو) _____

Please make the following changes in my policy structure:

برائے مہربانی میری پالیسی میں مندرجہ ذیل تبدیلیاں کی جائیں:

Change in Benefits:	تبدیلیاں میں تبدیلی:			
Benefits	Existing Sum Covered	Old Term/Protection Multiple	New Sum Covered	New Term/Protection Multiple
بیمینفٹس	موجودہ زر تحفظ	پرانی معیار/پروٹیکشن ملٹیپل	نیا زر تحفظ	نئی معیار/پروٹیکشن ملٹیپل
Main Plan				
Additional Term Takaful (ATT)				
Takaful Lifecare Enhanced Benefit				
Takaful Family Income Benefit (FIB)				
Takaful Accidental Death & Disability (ADDB)				
Takaful Accidental Death Benefit (ADB)				
Takaful Waiver of Contribution (WOC)	Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں		Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں	
Fund Acceleration Contribution	Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں			
(if applicable)				
Indexation	Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> Only Basic Plan Contribution <input type="checkbox"/> Basic Plan Premium and Sum Covered			
تحفظ افراط زر	صرف بنیادی پلان کا ٹریبونٹ <input type="checkbox"/> بنیادی پلان کا ٹریبونٹ اور زر تحفظ <input type="checkbox"/>			
Any Other Change:	_____			
مزید کوئی تبدیلی:	_____			

1. Your current weight _____ Kg/Lbs and Height _____ Ft - Inch/Meter
آپ کا موجودہ وزن _____ اور کلوگرام/پاؤنڈ _____ فٹ - انچ/میٹر _____

If the answer to any of the following questions is "Yes", please give details in the space provided for additional information on the next page
اگر مندرجہ ذیل کسی بھی سوال کا جواب "ہاں" ہے تو تفصیلات اگلے صفحہ پر دئے گئے اضافی معلومات کے خانے میں درج کریں

2. Are you to the best of your knowledge in good health now i.e. free from any Mental or Physical impairment or Deformity? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ صحت مند ہیں، اور آپ ہر قسم کی ذہنی اور جسمانی بیماری یا معذوری سے مبرا ہیں؟
3. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Diabetes Mellitus (Raised Blood Sugar or Sugar in Urine)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب ذیابیطیس (خون میں اضافی شکر یا پیشاب میں شکر) میں مبتلا رہے ہیں؟
4. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Hypertension (Raised Blood Pressure), Heart disease (e.g Heart Attack, Angina, Chest Pain etc) or been admitted for any surgery (e.g. Angioplasty, Heart Bypass etc)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری (مثلاً دل کا دورہ، انجائنا، سینے میں درد وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں یا کوئی جراحی کا عمل (مثلاً آنجیوپلاستی، ہائی پاس سرجری وغیرہ) کروایا ہے؟
5. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Liver Disease (e.g. Jaundice, Hepatitis (A/B/C etc)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب جگر کی خرابی (مثلاً یرقان، ہپائٹائٹس، بی، سی وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں؟
6. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from Respiratory System Disease (e.g. Tuberculosis, Chronic Cough, Asthma etc.), Kidney Diseases (e.g. Stones, Kidney Failure etc.) or Digestive System Disease (e.g. Gall Stones, Chronic or Recurrent Diarrhea, Ulcers etc.)? Yes ہاں No نہیں
کیا آپ ماضی میں یا اب نظام تنفس کی بیماری (مثلاً تپ دق، دائمی کھانسی، دم وغیرہ)، گردوں کی بیماری (مثلاً گردوں میں پتھری، گردے کا نفل، ہونٹا وغیرہ) یا نظام ہضم کی بیماری (مثلاً پتے کی پتھری، شدت یقتم کا مسلسل ڈائریا، السرو وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں؟

7. Do you currently have or recently had any of the COVID-19 related symptoms (such as fever, sore throat, dry cough, Yes shortness of breath etc.) or have you ever been tested for COVID-19? ہاں No نہیں
 کیا آپ میں ابھی / حال ہی میں کووڈ 19 سے متعلق علامات موجود ہیں / ہمیں (جیسے کہ بخار، حلق میں تکلیف، خشک کھانسی، سانس لینے میں تکلیف، وغیرہ) یا آپ کا کووڈ 19 کیلئے کوئی ٹیسٹ ہوا ہے؟
8. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from any form of Tumor, Growth, Cancer, Blood Disease or any Diseases of Eyes, Ears, Nose, Skin or the Nervous system (e.g. Depression, Fits etc)? Yes ہاں No نہیں
 کیا آپ ماضی میں یا اب کسی قسم کی قسم کی رسولی، کینسر، خون کی بیماری یا آنکھ، کان، ناک، جلد یا اعصابی بیماری (مثلاً ذہنی دباؤ، دورہ پڑنا وغیرہ) میں مبتلا رہے ہیں؟
9. Do you presently suffer from or have you ever in the past suffered from any other Disease or Illness not mentioned above or taken any medication on a regular basis or admitted in a hospital for any reason or undergone any diagnostic test/procedure (e.g. Urine Test, Blood Test, Angiography, CT, MRI, Ultrasound X-ray etc) or any operation in the past five years? Yes ہاں No نہیں
 کیا آپ گزشتہ پانچ سالوں میں یا اب مندرجہ بالا کے علاوہ کسی اور بیماری میں مبتلا رہے ہیں، کوئی دوا یا قاعدگی سے استعمال کی ہے، کسی ہسپتال میں داخل رہے ہیں یا کسی قسم کا تشخیصی ٹیسٹ / عمل (مثلاً پیشاب / خون کا ٹیسٹ، انجیو گرافی، سی ٹی سکین، ایم آر آئی، الٹراساؤنڈ، ایکس رے وغیرہ) یا کوئی جراحی کا عمل کروایا ہے؟
10. Do you smoke/chew tobacco or any related products, do you take or have in the past taken alcohol or any addictive drugs? Yes ہاں No نہیں
 کیا آپ تباکو نوشی / کھانے والا تباکو یا اس سے متعلقہ مصنوعات استعمال کرتے ہیں، کیا آپ نے ماضی میں یا اب شراب نوشی یا نشہ آور ادویات کا استعمال کیا ہے؟
 اگر ہاں، تو روزانہ استعمال کی مقدار بیان کریں _____
 If Yes, then state consumption per day _____
11. Have you suffered from any illness, accident or disability since completion of the Original Proposal/Declaration for this Policy? Yes ہاں No نہیں
 کیا آپ پالیسی کیلئے فارم بھرنے اور گزشتہ اقرار نامہ جمع کرانے کے بعد سے اب تک کسی قسم کی بیماری، حادثہ یا معذوری میں مبتلا رہے ہیں؟
12. Are you at present or have you ever in the past: been engaged in any Civil/Criminal Lawsuit in a Court, Been involved in any Personal/Professional/Family/Tribal Enmity or been an Office Bearer or Activist of any Religious, Political or Social Party? Yes ہاں No نہیں
 کیا ماضی میں یا اس وقت آپ کسی دیوانی یا فوجداری مقدمے میں، کسی قسم کی ذاتی، پیشہ ورانہ، خاندانی یا قبائلی دشمنی میں ملوث ہیں یا رہے ہیں یا کسی مذہبی، سیاسی یا سماجی جماعت کے کارکن ہیں یا رہے ہیں؟

For Females only
 صرف خواتین کے لئے:

13. Are you now pregnant? Yes ہاں No نہیں If yes, what month of pregnancy are you in? _____
 اگر ہاں، تو حمل کا کون سا مہینہ ہے؟ _____
 کیا آپ اس وقت حاملہ ہیں؟

14. Have you ever had or do you now have any gynaecological or obsteric problem? Yes ہاں No نہیں
 کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی زنا نہ بیماری یا حمل و تولیدی نظام کی بیماری میں مبتلا ہیں یا رہی ہیں؟

اضافی معلومات

Additional Information:

DECLARATION / اقرار نامہ

I hereby declare that the above answers and statements are true and complete and understand that they shall form part of the contract between me and EFU Life -Window Takaful Operations and Participant's Takaful Fund. I further declare that apart from the details set above I have not suffered from any illnesses or accident since applying to the company for this policy or since the policy was last reinstated, or altered and that I am otherwise free from any physical or mental impairment or disability. I confirm that I have checked and found correct all answers and statements in this form, even those that are not in my own hand writing. Further, I have understood the declaration that I have made in this form and also understand that this declaration forms part of my proposal based on which my policy will be issued, reinstated or altered. I am well aware that if any information which ought to be made to the Company is withheld, concealed or any false statement is given in this form, any issuance, reinstatement or alteration made in pursuance of this form may be considered null and void from its inception.

اقرار نامہ

میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا جوابات اور بیانات سچ پر مبنی اور مکمل ہیں اور میں یہ جانتا / جانتی ہوں کہ یہ میرے، امی ایف یو لائف ویڈو وینڈو وٹا وٹا فائل آپریشنز اور وینڈو فنڈ Participant Takaful Fund کے درمیان معاہدے کا حصہ ہوں گے۔ میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ اوپر درج تفصیلات کے علاوہ، کچھ بھی اس پالیسی کیلئے درخواست دینے، اسکی تجدید یا تجدید ملی کے بعد سے اب تک مجھے کسی قسم کی بیماری یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے اور میں کسی بھی جسمانی یا ذہنی بیماری یا معذوری میں مبتلا نہیں ہوا / ہوئی ہوں۔ میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں تمام جوابات اور بیانات سچ اور درست دیا ہے، مع ان کے جو میرے سچے تحریر کردہ نہیں ہیں۔ مزید یہ کہ میں نے اس فارم میں دیا گیا اقرار نامہ سمجھا لیا ہے اور جانتا / جانتی ہوں کہ میری درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے یہ پالیسی جاری کی جائے گی، یا اس کی تجدید ہوگی یا اس میں کوئی تبدیلی ہوگی۔ میں اس سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر میں نے کوئی بھی معلومات جو کہ کچھ کوئی جانی تھیں، یا چھپایا گیا یا اس فارم میں کوئی غلط بیانی کی تو اس فارم کی بنیاد پر جاری ہونے والی پالیسی تجدید یا تجدید ملی شروع سے ہی منسوخ تصور کی جاسکتی ہے۔

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: _____

Agency Details: _____ ایجنسی کی تفصیلات:

Consultant's Name: _____ Code: _____ Mobile No: _____
 کونسلٹنٹ کا نام: _____ کوڈ: _____ موبائل نمبر: _____