

Policy Number \_\_\_\_\_ Name of Participant \_\_\_\_\_  
پالیسی نمبر \_\_\_\_\_ شریک تکافل کا نام \_\_\_\_\_

Computerized National Identity Card # \_\_\_\_\_ پیشہ/عہدہ \_\_\_\_\_  
کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ Job Title / Designation \_\_\_\_\_

Details of Occupation \_\_\_\_\_  
پیشے کی تفصیلات \_\_\_\_\_

Please reinstate my policy/policies, I have paid Rs. \_\_\_\_\_ through, Cheque  Draft  Pay order  Cash

برائے مہربانی میری پالیسی / پالیسیوں کو ری انشٹینٹ کیا جائے، میں نے مبلغ \_\_\_\_\_ روپے بذریعہ \_\_\_\_\_ چیک  ڈرافٹ  پی آرڈر  کیش  جمع کروا دیے ہیں۔

Medical Details (Except for Q#2 if your answer is  Yes  No, please give details in the space provided for additional information on the next page)

طبعی تفصیلات (سوال نمبر 2 کے علاوہ اگر کسی سوال کا جواب (ہاں) ہے تو اضافی تفصیلات اگلے صفحے پر دئے گئے خانے میں درج کریں)

- Your current weight \_\_\_\_\_ Kg/Lbs and Height \_\_\_\_\_ ft - Inch  
آپ کا موجودہ وزن \_\_\_\_\_ فٹ - انچ اور کلوگرام پائونڈ
- Are you in good health and entirely free from any mental or physical impairments or deformities? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
کیا آپ صحت مند ہیں، اور آپ ہر قسم کی ذہنی اور جسمانی بیماری یا معذوری سے سبزا ہیں؟
- Have you ever suffered from or do you now suffer from any of the following:  
کیا آپ ماضی میں یا اب مندرجہ ذیل بیماریوں میں سے کسی بیماری میں مبتلا رہے ہیں:
- (a) Diabetes (sugar in urine or raised blood sugar) ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
ذیابیطس (پیشاب میں شکر یا خون میں اضافی شکر)؟
- (b) Hypertension (raised blood pressure) ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
ہائی بلڈ پریشر؟
- (c) Heart ailments (e.g. angina, chest pain, heart attack, coronary artery disease etc) ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
دل کی بیماریاں مثلاً (سینے کا درد، دل کا دورہ، دل کی شریانوں کی بیماری وغیرہ)؟
- (d) Respiratory diseases (e.g. tuberculosis, asthma, pneumonia, chronic cough) ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
نظام تنفس کی بیماریاں مثلاً (حپ دق، دمہ، نمونیا یا دائمی کھانسی وغیرہ)؟
- (e) Kidney diseases (e.g. infection of kidney, urinary or genital organs, renal stones) ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
گردوں کی بیماریاں مثلاً (گردوں میں انفیکشن یا سوزش، نظام اخراج یا تولیدی اعضا کی بیماریاں، گردے کی پتھری وغیرہ)؟
- (f) Liver diseases (e.g. jaundice, hepatitis A, B or C etc) ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
جگر کی خرابی مثلاً (یرقان، ہپاٹائٹس اے، بی، سی وغیرہ)؟
- (g) Diseases of nervous system or mental disorder (e.g. epilepsy or fainting attacks, frequent headaches) ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
اعصابی یا نفسیاتی بیماریاں مثلاً (مرگی یا بے ہوشی کے دورے، سر میں مستقل یا بار بار درد ہونا)؟
- (h) Any form of tumor, growth, cancer or any diseases of blood, glands, spleen, ears, throat, nose, eyes or skin ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
کسی قسم کی رسولی یا کینسر، تلی، غدود، آنکھ، ناک، کان، حلق، جلد وغیرہ یا خون سے متعلقہ بیماریاں؟
- (I) Any other illnesses not mentioned above ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
مندرجہ بالا کے علاوہ کوئی اور بیماری؟
4. Have you undergone or likely to undergo any laboratory tests e.g. Urine, Blood, X-ray, ECG, CT scan, MRI etc ? Yes  ہاں No  نہیں  
کیا آپ نے کسی قسم کے لیبارٹری ٹیسٹ کرائے ہیں یا عنقریب کوئی ٹیسٹ کروانے والے ہیں مثلاً پیشاب، خون، ایکسرے، ای سی جی، سی ٹی اسکین، ایم آر آئی وغیرہ؟  
If your answer is yes, please give details (in the space provided on the next page) whether the results were satisfactory or un-satisfactory ?  
اگر آپ کا جواب ہاں ہے تو اگلے صفحے پر دیئے گئے اضافی تفصیلات کے خانے میں واضح کریں کہ ٹیسٹ کے نتائج تسلی بخش تھے یا نہیں؟
5. Have you ever taken or are currently taking any drugs or medicine ? \_\_\_\_\_ Yes  ہاں No  نہیں  
کیا آپ نے ماضی میں کوئی دوا استعمال کی ہے یا اس وقت کوئی دوا استعمال کر رہے ہیں؟



**HEMAYAH**  
EFU FAMILY TAKAFUL

6. Have you suffered from any illness, accident or disability since completion of original proposal / declaration for this policy?

کیا آپ پالیسی کے لئے فارم بھرنے اور گذشتہ اقرار نامہ جمع کرانے کے بعد سے اب تک کسی قسم کی بیماری، حادثہ یا معذوری میں مبتلا رہے ہیں؟ Yes  ہاں No  نہیں

7. Do you currently have or recently had any of the COVID-19 related symptoms (such as fever, sore throat, dry cough, shortness of breath etc.) or have you ever been tested for COVID-19?

کیا آپ میں ابھی / حال ہی میں کووڈ 19 سے متعلق علامات موجود ہیں / نہیں (جیسے کہ بخار، حلق میں تکلیف، خشک کھانسی، سانس لینے میں تکلیف، وغیرہ) یا آپ کا کووڈ 19 کیلئے کوئی ٹیسٹ ہوا ہے؟ Yes  ہاں No  نہیں

Additional Information:  
اضافی معلومات:

8. Have you in the past or are you presently engaged in any criminal / legal suit in the court of law? Yes  ہاں No  نہیں  
کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی دیوانی یا فوجداری مقدمے میں ملوث ہیں یا رہے ہیں؟

9. Do you have or did you have in the past any personal, professional, family or tribal enmity? Yes  ہاں No  نہیں  
کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی قسم کی ذاتی، پیشہ ورانہ، کاروباری، خاندانی یا قبائلی دشمنی میں ملوث ہیں یا رہے ہیں؟

10. Are you presently or have you ever been an office-bearer or activist of any religious, political or social party (Registered or Unregistered)?

کیا آپ ماضی میں یا اس وقت کسی سیاسی، مذہبی یا سماجی جماعت کے کارکن ہیں یا رہے ہیں (خواہ وہ جماعت منظور شدہ ہو یا غیر منظور شدہ ہو)؟ Yes  ہاں No  نہیں

For Females only:  
صرف خواتین کے لئے:

11. Are you now pregnant? Yes  ہاں No  نہیں  
کیا آپ اس وقت حاملہ ہیں؟

12. If yes, what month of pregnancy are you in? \_\_\_\_\_  
اگر ہاں تو حمل کا کون سا مہینہ ہے؟

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

اضافی تفصیلات

#### DECLARATION

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, 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 illness 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 handwriting. 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، ای ایف یو الائف ونڈو تکافل آپریشنز اور شرکت کنندہ کے تکافل فنڈ (PTF) Participant Takaful Fund کے درمیان معاہدے کا حصہ ہوں گے۔ میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ اوپر درج تفصیلات کے علاوہ، کوئی کو اس پالیسی کیلئے درخواست دینے، اسکی تجدید یا تبدیلی 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 ہوں۔ میں تصدیق کرتا ہوں / کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں تحریر تمام جوابات اور بیانات کی جانچ کی ہے اور انہیں درست پایا ہے، مع ان کے جو میرے اسے تحریر کردہ نہیں ہیں۔ مزید یہ کہ میں نے اس فارم میں دیا گیا اقرار نامہ سمجھا لیا ہے اور جانتا / جانتی ہوں کہ یہ میری درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے یہ پالیسی جاری کی جائیگی، یا اس کی تجدید ہوگی یا اس میں کوئی تبدیلی ہوگی۔ میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر میں نے کوئی بھی معلومات جو کہ کوئی کوڈی جانی تھیں، انکو چھپایا گیا یا اس فارم میں کوئی غلط بیانی کی تو اس فارم کی بنیاد پر جاری ہونے والی پالیسی تجدید یا تبدیلی شروع سے ہی منسوخ تصور کی جائیگی۔

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 سے اور پرانے دونوں دستخط کریں)

E-mail: \_\_\_\_\_ Telephone No: \_\_\_\_\_ Mobile No: \_\_\_\_\_  
ای میل نمبر ٹیلیفون نمبر موبائل نمبر

Correspondence Address: \_\_\_\_\_  
خط و کتابت کرنے کا پتہ:

#### IMPORTANT NOTICE:

Any mis-statement or omission of a material fact could affect the payment of the benefits under the policy. If you are uncertain whether a fact is material or not, please include it on the declaration.

اہم ہدایت: کسی قسم کی غلط بیانی یا حقائق کی پردہ پوشی پالیسی کی ادائیگی پر اثر انداز ہو سکتی ہے لہذا اگر آپ کو شبہ ہے کہ حقائق ٹھوس ہیں یا نہیں تو برائے مہربانی انہیں اس اقرار نامہ میں ضرور تحریر کریں۔