

Consumer Health Declaration Form

صحت کا اقرار نامہ



1. Name of Investor / Participant بیرہ دار کا نام _____
2. Father's / Husband's Name والد / شوہر کا نام _____
3. Date of Birth تاریخ پیدائش _____ 4. Gender: جنس Male مرد [] Female خاتون []
5. CNIC No. کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر _____ 6. CNIC Issuance date تاریخ اجراء _____
6. Residential Address رہائشی پتہ _____
7. Mobile Number موبائل نمبر _____ 8. Email Address: ای میل _____
9. Level of education تعلیم _____
10. Present Occupation موجودہ پیشہ (i) Government Employment سرکاری ملازمت (ii) Private Employment نجی ملازمت (iii) Self Employment ذاتی کام
(iv) Agriculturist کاشتکار (v) Landlord مالک اراضی (vi) Retired ریٹائرڈ (vii) Housewife گھریلو خاتون (viii) Student طالب علم
(ix) Unemployed بے روزگار (ix) Others کوئی اور
11. Employer's/Business Name آجر / کاروبار کا نام _____
12. Employer's/Business Address آجر / کاروبار کا پتہ _____
13. Employer's E-mail Address ای میل _____ 14. Employer's Phone No. ٹیلیفون نمبر _____
15. Designation / Job Title عہدہ _____ 16. Exact Nature of Daily Duties کام کی نوعیت _____
17. Annual Income (Approx.) سالانہ آمدنی (تقریباً) _____ 18. Account Opening Date اکاؤنٹ کھلنے کی تاریخ _____
19. Account No. اکاؤنٹ نمبر _____ 20. Branch برانچ _____ 21. Customer ID کسٹمر آئی ڈی _____
22. Investment: Amount مجموعی سرمائے کی رقم _____; Term سرمائے کی مدت _____; Mode سرمایہ کاری کا طریقہ کار _____
23. Beneficiary: Name بھینشتری کا نام _____; Relationship رشتہ _____
Date of Birth تاریخ پیدائش _____; CNIC/B-Form No. کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر _____
Guardian: Name سرپرست کا نام _____; CNIC No. کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر _____
(In case of minor) تا بالغ ہونے کی صورت میں
24. Beneficiary account number بھینشتری کا اکاؤنٹ نمبر _____
25. Current Weight موجودہ وزن _____ Kg/Lbs and Height قد _____ ft-In /M فٹ انچ / میٹر
26. Are you to the best of your knowledge in good health now i.e. free from any Mental or Physical Impairment or Deformity? کیا آپ صحت مند ہیں اور آپ ہر قسم کی ذہنی اور جسمانی بیماری یا معذوری سے سبزا ہیں؟ Yes ہاں No نہیں
27. Do you presently suffer or have you in the past suffered from? کیا آپ ماضی میں یا اب مندرجہ ذیل بیماریوں میں سے کسی بیماری میں مبتلا رہے ہیں؟
 - (a) Diabetes Mellitus (Raised Blood Sugar, Sugar in Urine)? ذیابیطیس (خون میں اضافی شکر یا پیشاب میں شکر)؟ Yes ہاں No نہیں
 - (b) Hypertension (Raised Blood Pressure)? ہائی بلڈ پریشر؟ Yes ہاں No نہیں
 - (c) Heart Disease (e.g. Heart Attack, Angina, Chest Pain, Coronary Artery Disease, Shortness of Breath etc.)? دل کی بیماری (مثلاً دل کا دورہ، انجائنا، سینے میں درد، دل کی شریانوں کی بیماری، سانس لینے میں تکلیف وغیرہ)؟ Yes ہاں No نہیں
 - (d) Liver Disease (e.g. Jaundice, Hepatitis A/B/C etc.)? جگر کی بیماری (مثلاً یٹرائق، ہیپاٹائٹس اے، بی، سی وغیرہ)؟ Yes ہاں No نہیں
 - (e) Respiratory Disease (e.g. Tuberculosis, Chronic Cough, Asthma etc.)? نظام تنفس کی بیماری (مثلاً تپ دق، دائمی کھانسی، دم وغیرہ)؟ Yes ہاں No نہیں
 - (f) Kidney Disease (e.g. Stones, Kidney Failure etc.) or any Disease of the Genito-Urinary System? گردوں کی بیماری (مثلاً گردوں میں پتھری، گردے کا نفل ہونا وغیرہ) یا نظام اخراج یا تولید کی کوئی بیماری؟ Yes ہاں No نہیں
 - (g) Digestive System Disease (e.g. Gall Stones, Chronic or Recurrent Diarrhea, Ulcers etc.)? نظام ہضم کی بیماری (مثلاً پھتے کی پتھری، شدید قہم کار، مسلسل ڈائیریا، السرو وغیرہ)؟ Yes ہاں No نہیں

(h) Any form of Tumor, Growth, Cancer or Blood Disease?

Yes ہاں No نہیں

کسی قسم کی رسولی یا کینسر یا خون کی بیماری؟

(i) Stroke or Any Disease of the Nervous System or any Mental Disorder (e.g. Depression, Fits, Epilepsy, Anxiety, Fainting Attacks, Headaches etc.)?

Yes ہاں No نہیں

فالج یا کوئی اعصابی یا نفسیاتی بیماری (مثلاً ذہنی دباؤ، دورہ پڑنا، مرگی، گھبراہٹ، بیہوشی کے دورے، سر درد وغیرہ)؟

(j) Diseases of Eyes, Ears, Nose, Throat, Spleen, Glands, or Skin?

Yes ہاں No نہیں

کسی قسم کی آنکھ، کان، ناک، جلق، تپلی، غدود یا جلد کی بیماری؟

(k) Any other Disease or Illness not mentioned above _____

مندرجہ بالا کے علاوہ کوئی اور بیماری؟

28. 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 been tested for COVID-19?

Yes ہاں No نہیں

کیا آپ میں ابھی / حال ہی میں کووڈ 19 سے متعلق علامات موجود ہیں / تھیں (جیسے کہ بخار، جلق، خشک کھانسی، سانس لینے میں تکلیف، وغیرہ) یا آپ کا کووڈ 19 کیلئے کوئی ٹیسٹ ہوا ہے؟

29. Have you ever been admitted in a Hospital for any reason or undergone any diagnostic test/procedure (e.g. Urine/Blood test, Angiography, CT Scan, MRI, Ultrasound, X-Ray etc.) or any operation?

Yes ہاں No نہیں

کیا آپ کو کبھی کسی ہسپتال میں داخلے کی ضرورت پیش آئی ہے یا آپ نے 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 عمل کروایا ہے؟

30. Do you presently take or have you ever in the past taken any medication on a regular basis?

Yes ہاں No نہیں

کیا آپ اس وقت کوئی دوا استعمال کر رہے ہیں یا ماضی میں کوئی دوا باقاعدگی سے استعمال کی ہے؟

For Females only: صرف خواتین کے لئے:

31. (a) Are you now pregnant? کیا آپ اس وقت حاملہ ہیں؟

Yes ہاں No نہیں

(b) If yes, which month of pregnancy are you in? _____

اگر "ہاں" تو حمل کا کون سا مہینہ ہے؟

32. Do you presently have, or have you ever had any Gynecological 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 رہے ہیں؟

33. Name and address of the Physician you generally consult for any illness:

بیماری کے دوران آپ عموماً جس ڈاکٹر سے مشورہ کرتے ہیں، اس کا نام اور پتہ تحریر کریں:

DECLARATION

I hereby declare that the statements in this form are true and complete and I hereby give my consent to EFU Life Assurance Ltd. to seek information from any doctor, hospital, laboratory (who has ever attended me), my employer, any other organization or person that has any record information or knowledge of my health/treatment and from any Life Assurance/Takaful office to which a proposal on my life has at any time been made, and the giving of such information is hereby authorized. 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. I further agree that this form and the declaration and the statements made above or to the medical examiner acting for EFU Life Assurance Ltd. shall be the basis of the proposed coverage by EFU Life Assurance Ltd. , and that if anything contrary to the truth shall be stated or if any information which ought to be made to EFU Life Assurance Ltd. with reference to the proposed coverage be withheld or concealed, any coverage which may be issued in pursuance of this form shall be null and void.

آقرار نامہ

میں اقرار کرتا کرتی ہوں کہ اس بیان میں دیئے گئے جو بات اور کوائف ہر طرح سے مکمل اور حقائق پر مبنی ہیں۔ ای۔ ایف۔ یو۔ لائف انشورنس لمیٹڈ اس بات کی مجاز ہوگی کہ وہ ہر اس معالج، ہسپتال، لیبارٹری، آجریا کوئی بھی دیگر ادارہ یا فرد جس سے میں نے مشورہ یا علاج کروایا ہو اور ہر اس ادارے جس سے میری زندگی کا مکمل کیلئے رجوع کیا ہو میری صحت اور ذاتی کوائف کے بارے میں معلومات کرے گی۔ میں تصدیق کرتا کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں دیئے گئے تمام جوابات اور بیانات کی جانچ کی ہے اور انہیں درست پایا ہے، مع ان کے جو میری لکھائی میں تحریر نہیں ہیں۔ مزید اقرار کیا جاتا ہے کہ ای۔ ایف۔ یو۔ لائف انشورنس لمیٹڈ جاری ہونے والا بیسک فیڈ بیک بیان میں دیئے گئے کوائف یا اس سلسلے میں ہونے والے ڈاکٹری معائنے کے دوران دیئے جانے والے جوابات اور تفصیلات کی مکمل صحت پر ہوگی اور اگر یہ تفصیلات اور جوابات سچائی پر مبنی نہ ہو یا تفصیلات کی جانچ بوجھ کے پردہ پوشی کی گئی ہو یا ان کی تکمیل سے گریز کیا گیا ہو تو یہ بیس روڈ اڈل سے منسوخ تصور کیا جائے گا۔

Signature: _____

دستخط

Date: _____

تاریخ

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 اس اقرار نامہ میں ضرور تحریر کریں۔