



Policy/Proposal No. _____ Name of Participant _____
پالیسی / پروپوزل نمبر شریک تکافل کا نام

Please answer all questions and provide details where required:

تمام سوالوں کے مفصل اور جامع جواب دیں:

1) Do you now suffer from or have you ever suffered from diabetes? Yes No

(۱) کیا آپ اس وقت یا ماضی میں کبھی ذیابیطیس کے مرض میں مبتلا ہیں / رہے ہیں؟

if yes, then answer all questions given below with details:

اگر ہاں، تو نیچے دیئے گئے تمام سوالات کے جوابات، تفصیلات کے ساتھ بیان کریں:

a) When was your diabetes first diagnosed and by whom?

آپ کی ذیابیطیس کی تشخیص پہلی بار کس نے اور کب کی؟

b) Are you currently under medical supervision?
If so, please provide the name and address of your attending physician or clinic, and the date of your last visit:

کیا آپ کسی کے زیر علاج ہیں؟ اگر ہیں، تو اپنے معالج یا کلینک کا نام اور پتہ درج کیجئے اور آخری معائنے کی تاریخ بیان کیجئے:

c) What treatment are you presently receiving?

آپ اس وقت کوئی ادویات استعمال کر رہے ہیں؟

(i) Oral Medication (please indicate the name of drug and dosage):

(۱) کھانے والی دوائیاں (نام اور مقدار بھی بیان کریں):

(ii) Insulin (please indicate number of units per day):

(ب) انسولین (روزانہ کی مقدار بیان کریں):

(iii) Others (please specify):

(ج) کوئی اور (تفصیل بیان کریں):

d) How frequently do you test your blood or urine for sugar?
(Please provide sample readings for the past 3 months):

(۴) آپ کتنے وقفے سے اپنے پیشاب یا خون میں شکر کا ٹیسٹ کرواتے ہیں؟
پچھلے ۳ ماہ کی رپورٹس کی تفصیل بیان کریں:

Continued on Page 2

صفحہ نمبر ۲ پر جاری ہے

2) Have you ever had:

کیا آپ کو کبھی:

a) problems with your vision?

Yes ہاں

No نہیں

(ا) بینائی کی تکلیف ہوئی ہے؟

b) circulation problem with your legs?

Yes ہاں

No نہیں

(ب) ٹانگوں میں دوران خون کی تکلیف ہوئی ہے؟

c) Albumin or protein in your urine?

Yes ہاں

No نہیں

(ج) پیشاب میں پروٹین یا البیومین کی شکایت ہوئی ہے؟

If yes, please specify:

اگر ہاں تو وضاحت کریں:

3) Do you suffer from any other complaints?

Yes ہاں

No نہیں

کیا آپ کو زیاہٹیس کے علاوہ کوئی اور بیماری ہے؟

If yes, then give details:

اگر ہے تو تفصیل بتائیں:

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 درج بالا جوابات اور بیانات درست اور مکمل ہیں اور یہ بھی سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ یہ میرے، ای ایف یو ایف ونڈو ٹاکافل آپریٹرز اور پارٹسپنٹ فنڈ (پرائی ایف) کے درمیان معاہدے کا ایک حصہ نہیں ہے۔ میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ پالیسی کے لئے درخواست دائر کرنے، اس کی ری انیسٹوٹ یا اس میں کسی تبدیلی کے بعد سے مندرجہ بالا تفصیلات کے علاوہ اب تک مجھے کسی قسم کی کوئی بیماری یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے اور میں کسی بھی جسمانی یا ذہنی بیماری یا معذوری میں مبتلا نہیں ہوں۔ میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں تمام جوابات اور بیانات کو درست پایا، وہ جوابات اور بیانات بھی جو میری لکھائی میں نہیں ہیں۔ مزید برآں، میں نے یہ تصدیق نامہ جو میں نے اس فارم میں کیا ہے، سمجھ لیا ہے اور یہ بھی سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ یہ تصدیق نامہ میرے پر پوزل کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر میری پالیسی جاری کی جائیگی، دوبارہ بحال کی جائیگی یا اس میں ترمیم کی جائیگی۔ مجھے بخوبی معلوم ہے کہ کوئی کوئی جاننے والی کوئی بھی اطلاع اگر میری طرف سے روکی جائے، چھپائی جائے یا اس فارم میں کوئی غلط بیانی کی جائے تو اس فارم کے عمل میں کئے جانے والی کوئی بھی اجراء، بحالی یا ترمیم، اپنے آغاز سے ہی کا عدم اثر دی جاسکتی ہے۔

Signature: _____

دستخط

Date: _____

تاریخ

(Incuse 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: _____

ای۔میل

Telephone No: _____

ٹیلیفون نمبر

Mobile No: _____

موبائل نمبر

Correspondence

Address: _____

خط و کتابت کرنے کا پتہ