

# EFU Life - Window Takaful Operations

## ای ایف یو لائف ونڈو تکافل آپریشنز Blood Pressure Chart بلند فشار خون چارٹ



RE: PROPOSAL NO. پرپوزل نمبر \_\_\_\_\_

Full Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

مکمل نام

تاریخ پیدائش

Residential Address \_\_\_\_\_

رہائشی پتہ

The blood pressure readings are  
بلند فشار خون کی ریڈنگ

Before Exercise

کثرت سے پہلے

systolic \_\_\_\_\_ mm Hg/kPa

diastolic \_\_\_\_\_ mm Hg/kPa  
(5th phase)

Immediately After Exercise

کثرت کے فوراً بعد

systolic \_\_\_\_\_ mm Hg/kPa

diastolic \_\_\_\_\_ mm Hg/kPa  
(5th phase)

Five Minutes After Exercise

کثرت کے 5 منٹ بعد

systolic \_\_\_\_\_ mm Hg/kPa

diastolic \_\_\_\_\_ mm Hg/kPa  
(5th phase)

PAST H/O HYPERTENSION	ماضی میں بلند فشار خون کی شکایت؟	YES ہاں	NO نہیں
ON ANY MEDICATION	کسی قسم کی ادویات کا استعمال؟	YES ہاں	NO نہیں
ECG DONE IN THE PAST	ماضی میں ای سی جی کرایا ہو؟	YES ہاں	NO نہیں

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.

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 لائف ونڈو تکافل آپریشنز اور پارٹیسپنٹ تکافل فنڈ (بی ٹی 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 انیسٹمنٹ یا اس میں کسی تبدیلی کے بعد سے مندرجہ بالا تفصیلات کے علاوہ اب تک مجھے کسی بھی قسم کی کوئی بیماری یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے اور میں کسی بھی جسمانی یا ذہنی بیماری یا معذورگی 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، سمجھا لیا ہے اور یہ بھی سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ یہ تصدیق نامہ میرے پرپوزل 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 کچھ کوئی جاننے والی کوئی بھی اطلاع اگر میری طرف سے روکی جائے یا 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 حقد مقررہ کر دی جاسکتی ہے۔

Signature of Participant \_\_\_\_\_

شریک تکافل کے دستخط

Signature of Medical Examiner \_\_\_\_\_

طبعی معائنہ کار کے دستخط

Date & Time \_\_\_\_\_

وقت اور تاریخ

Date & Time \_\_\_\_\_

وقت اور تاریخ

Address of Medical Examiner \_\_\_\_\_