



RE: PROPOSAL NO. _____

حوالہ: پروپوزل نمبر:

This statement should be completed by the participant.

یہ سوالنامہ شریک تکافل کی جانب سے مکمل کیا جانا ہے:

Full name: _____

Date of birth: _____

مکمل نام:

تاریخ پیدائش:

Please answer each question and where appropriate provide particulars. برائے ہر باتنی ہر سوال کا جواب دیجئے اور جہاں مناسب ہو تفصیلات بیان کریں۔

1. Have you ever experienced chest pain or discomfort? If so, please provide details about the following: Yes ہاں No نہیں اگر آپ کو کبھی سینے میں درد یا بے چینی کی شکایت ہوئی ہے؟ اگر ہاں تو مندرجہ ذیل تفصیلات بیان کیجئے:
 - a) Approximate date of first attack: _____ پہلے دورے کی تقریباً تاریخ: _____
 - b) Date of Last attack: _____ آخری دورے کی تاریخ: _____
 - c) Frequency with which attacks occur: _____ دورے کی تعداد: _____
 - d) Duration of attacks: _____ دورے کی مدت: _____
 - e) With what are the attacks associated, e.g. exercise or exertion, nervousness or excitement, eating? _____ دوروں کی وجہ مثلاً: کثرت یا دباؤ، پریشانی یا اُٹاؤ لاپن، کھانا؟ _____
 - f) Have you at any time been unable to work due to chest pain? Yes ہاں No نہیں کیا سینے میں درد کی وجہ سے کام سے کاٹھوئے ہیں۔ اگر ہاں، تو کام سے غیر حاضری کی مدت بیان کریں: _____
If so, how long were you absent from work? _____
Are you now able to work without restriction? Yes ہاں No نہیں کیا اب آپ بنا کسی پابندی کے کام کر سکتے ہیں
 - g) Have you received or are you presently receiving any form of medical treatment (If possible, please specify type, dosage and duration) Yes ہاں No نہیں کیا ماضی یا حال میں آپ نے کسی قسم کی ادویات کا استعمال کیا ہے؟ (اگر ممکن ہو تو قسم، مقدار اور مدت بیان کیجئے)
 - h) When any by whom did you last have an electrocardiogram? _____ آخری ایکوکارڈیوگرام، کب اور کس سے کروایا؟ _____
 - i) Do you know what diagnosis, if any, has been made regarding your chest pain? Yes ہاں No نہیں کیا آپ جانتے ہیں کہ سینے میں درد کی کیا تشخیص کی گئی تھی؟ اگر ہاں، تو ڈاکٹر کا نام اور پتہ بتائیں؟ _____
If so, please specify and provide the name and address of the doctor concerned: _____

2. Do you suffer from any other complaints or diseases? _____ کیا کسی بھی قسم کی کوئی اور شکایت یا بیماریاں؟ _____

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 ٹکافل آپریشنز اور پارٹسپنٹ ٹکافل فنڈ (ایف پی ٹی ایف) کے درمیان معاہدے کا ایک حصہ ہیں۔ میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ پالیسی کے لئے درخواست دہانے کے بعد سے، 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، سمجھا لیا ہے اور یہ بھی سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ یہ تصدیق نامہ میرے پروپوزل کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر میری پالیسی جاری کی جائے گی، دوبارہ بحال کی جائے گی یا اس فارم میں کوئی غلط بیانی کی جائے، معلوم ہے کہ کوئی 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 عہد مزادری جائے گی۔

Date and signature of the Participant تاریخ اور شریک تکافل کے دستخط