



Policy/Proposal No. \_\_\_\_\_ Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_  
 پالیسی پر پوزل نمبر \_\_\_\_\_ بیمہ دار کا نام \_\_\_\_\_

Please answer all questions and provide details where required:

تمام سوالوں کے مفصل اور جامع جواب دیں:

1- Do you have any past or present enmity with anyone? Yes  ہاں No  نہیں

۱- کیا آپ کسی سے کوئی موجودہ یا ماضی کی دشمنی ہے؟

If yes, then please state the nature of enmity:

اگر ہاں، تو دشمنی کی نوعیت بیان کریں:

Personal  Family  Tribal   
 ذاتی خاندانی قبائلی

2- If there is any enmity, then provide complete details of the following:

۲- اگر آپ کی کوئی دشمنی ہے تو مندرجہ ذیل تفصیلات بیان کریں:

a) Dates of all past incidents:

(الف) ماضی میں دشمنی میں ہونے والے تمام واقعات کی تواریخ:

b) Details of all past incidents:

(ب) ماضی میں دشمنی میں ہونے والے تمام واقعات کی تفصیل:

c) Current status of the enmity:

(ج) دشمنی کی موجودہ صورتحال:

#### DECLARATION:

I hereby declare that the above answers and statements are true and complete and agree that they shall form part of the contract between me and EFU Life Assurance Ltd. I further declare that apart from the details set above I have not suffered from any illnesses, accident or other disabilities since applying to the Company for this policy (or since the policy was last reinstated, if later), that I am otherwise in good health. I confirm that I have checked and found correct all answers and/or statements in this form, even those that are not in my own hand writing. I acknowledge that I have understood the declaration that I have made in this form. I agree that this declaration is to form part of my proposal based on which my policy is/will be issued or reinstated. I understand that if any information has been withheld or concealed or any untrue statement is contained therein the said contract shall be considered null and void and all money paid in respect of premiums shall be forfeited to EFU Life.

اقرارنامہ

میں اقرار کرتا کرتی ہوں کہ اوپر دیے گئے جوابات اور کوائف ہر طرح سے مکمل اور صحیح ہیں، اور میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ یہ میرے اور ای ایف یو لائف کے درمیان ہونے والے معاہدے کا حصہ سمجھے جائیں گے۔ میں مزید اقرار کرتا کرتی ہوں کہ مجھے اوپر دی گئی تفصیلات کے علاوہ پالیسی کے لئے درخواست دائر کرنے کے بعد سے اب تک کسی بھی قسم کی بیماری، معذوری یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے۔ میں جانچ کرنے کے بعد اس بات کی تصدیق کرتا کرتی ہوں کہ اس فارم میں تمام جوابات اور کوائف (دوبھی جو میری لکھائی میں نہیں ہیں) صحیح ہیں۔ میں یہ تسلیم کرتا کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں اقرارنامہ کو لکھا ہے اور یہ جاننا ہوتا ہے کہ یہ اقرارنامہ میری اس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے پالیسی دی گئی ہے یا وہ پالیسی میں تجدید کی جائے گی۔ میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر اوپر دی گئی تفصیلات اور جوابات سچائی نہیں ہوں یا تفصیلات کی جان بوجھ کر پردہ پوشی کی گئی ہو تو اس معاہدہ کی تجدید یا اس میں اضافہ نہ ہونے والے اضافہ نہ ہونے والے سے منسوخ تصور کیا جائے گا، اور اس ضمن میں پریمی کی صورت میں ادائیگی والی رقم ای ایف یو لائف کے حق میں ضبط تصور ہوگی۔

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 نئے اور پرانے دونوں دستخط کریں)

E-mail: \_\_\_\_\_ Telephone No: \_\_\_\_\_ Mobile No: \_\_\_\_\_  
 ای۔میل 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 this form.

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 حتمی ہیں یا نہیں تو برائے سہر یا نئی آئینا اس سوالنامے میں ضرور تحریر کریں۔