

Policy/Proposal No. _____ Name of Policy Holder: _____
 پالیسی پر پوچھنے کا نمبر _____ بیس دار کا نام _____

Please answer all questions and provide details where required:

تمام سوالوں کے مفصل اور جامع جواب دیں:

1- Please provide complete Name and Address of your current employer:

۱۔ اپنے موجودہ آجر کا مکمل نام اور پتہ فراہم کریں:

2- Please state your designation and job responsibilities:

۲۔ اپنا عہدہ اور کام کی نوعیت بیان کریں:

3- How long have you been working with this organization?

۳۔ آپ کتنے عرصے سے اس ادارے سے منسلک ہیں؟

4- Please provide the name of your previous employer and your duration of employment with that organization:

۴۔ اپنے سابقہ آجر کا نام اور اس کے ساتھ اپنی ملازمت کی مدت بیان کریں:

5- State your annual income (in Rupees) from the following sources:

۵۔ درج ذیل ذرائع سے اپنی سالانہ آمدنی بیان کریں (روپے میں):

a) Salary: _____ b) Commission (if any): _____
 تنخواہ _____ کمیشن (اگر ہو) _____
 c) Bonuses (if any): _____ d) Investments (if any): _____
 بونس (اگر ہو) _____ سرمایہ کاری (اگر ہو) _____

6- Do you have any other regular source of income apart from your job?

Yes ہاں

No نہیں

۶۔ کیا ملازمت کے علاوہ آپ کی کوئی اور مستقل ذریعہ آمدنی بھی ہے؟

If yes, then please provide the following details:

اگر ہاں، تو مندرجہ ذیل تفصیلات بیان کریں:

a) What is the source of this income?

(الف) ذریعہ جس سے یہ آمدنی حاصل ہوتی ہے؟

b) Annual income from this source (in Rupees):

(ب) اس ذریعے سے حاصل ہونے والی سالانہ آمدنی (روپے میں):

7- How many people are dependent on your income?

۷۔ آپ کی آمدنی پر کتنے لوگوں کا انحصار ہے؟

Continued on Page 2

صفحہ نمبر ۲ پر جاری ہے

8- Have you taken any type of loan?

Yes ہاں

No نہیں

۸۔ کیا آپ نے کسی قسم کا قرض لیا ہوا ہے؟

If yes, then please provide the following details:

اگر ہاں، تو مندرجہ ذیل تفصیلات بیان کریں:

a) Name of the bank or company that has lent the loan:

(الف) قرض دینے والے بینک یا کمپنی کا نام:

b) Type of Loan:

(ب) قرض کی قسم:

c) Amount of Loan (in Rupees):

(ج) قرض کی رقم (روپے میں):

d) Tenure:

(د) مدت:

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.

اقرار نامہ

میں اقرار کرتا کرتی ہوں کہ اوپر دیئے گئے جوابات اور کوائف ہر طرح سے مکمل اور صحیح ہیں، اور میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ یہ میرے اور امی 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 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 کھائی میں نہیں ہیں) صحیح ہیں۔ میں یہ تسلیم کرتا کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں اقرار نامہ کو لکھا ہے اور یہ جاننا مر جاتی ہوں کہ یہ اقرار نامہ میری اس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے پالیسی دی گئی ہے یا دی جائے گی یا پالیسی میں ترمیم کی جائے گی۔ میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر اوپر دی گئی تفصیلات اور جوابات سچائی پر مبنی نہ ہوں یا تفصیلات کی جان بوجھ کر پردہ پوشی کی گئی ہو تو اس معاہدہ کی تجدید یا اس میں اضافہ روز اول سے منسوخ تصور کیا جائے گا، اور اس ضمن میں پریمیم کی صورت میں ادا کی جانے والی رقم امی 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 سنئے 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 میں کوئی تبدیلی یا تبدیلی نہیں اس سوانامے میں ضرور درج کریں۔