

EFU LIFE ASSURANCE LTD
ای ایف یو لائف انشورنس لمیٹڈ
HEPATITIS QUESTIONNAIRE FORM
ہیپاٹائٹس سے متعلق سوالنامہ



Policy/Proposal No. _____ Name of Policy Holder: _____
پالیسی / پروپوزل نمبر _____ ہیپاٹائٹس سے متعلق سوالنامہ

Please answer all questions and provide details where required:

تمام سوالوں کے مفصل اور جامع جواب دیں۔

1- Are you currently suffering or have you ever suffered from any type of Hepatitis? کیا آپ اس وقت یا ماضی میں کبھی کسی قسم کے ہیپاٹائٹس میں مبتلا رہے ہیں؟
If yes, then please specify the type of Hepatitis and give details: اگر ہاں، تو دی گئی اقسام میں سے نشان لگائیں اور وضاحت کریں۔

Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Hepatitis D Hepatitis E

2- When was your Hepatitis first diagnosed and by whom?

۲. پہلی بار آپ کو ہیپاٹائٹس کی تشخیص کب اور کہاں کی گئی؟

3- From which laboratory was your first diagnostic test of Hepatitis carried out? And on what date? Please attach copy of report:

۳. آپ نے ہیپاٹائٹس کا پہلا تشخیصی ٹیسٹ کس لیبارٹری سے اور کس تاریخ کو کرایا تھا؟
(رپورٹ کی کاپی منسلک کیجیے):

4- Have you ever consulted or been treated by any physician/hakeem for Hepatiitis in the past? If so when and what treatment was given?

۴. کیا آپ نے ماضی میں کبھی کسی ڈاکٹر یا حکیم سے ہیپاٹائٹس کے علاج کے لئے رابطہ کیا ہے؟
اگر ہاں، تو کب اور علاج کی تفصیل بیان کیجیے:

5- Have you undergone Interferon Therapy for treatment of Hepatitis? If yes, when did it start and also state the duration of treatment:

۵. کیا آپ نے ہیپاٹائٹس کے علاج کے لئے انٹرفیرون تھراپی کرائی ہے؟
اگر ہاں، تو علاج کی ابتدائی تاریخ اور علاج کا عرصہ بیان کریں:

Continued on Page 2

صفحہ نمبر ۲ پر جاری ہے

6- Are you currently under any medical supervision? If so, please provide the name and address of your attending physician:

۶. کیا آپ اس وقت زیر علاج ہیں؟
اگر ہاں، تو اپنے معالج کا نام اور پتہ مہیا کریں:

7- What treatment are you presently receiving?

۷. اس وقت جاری علاج کی تفصیل فراہم کریں؟

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 دیے گئے جوابات اور کوائف درج سے مکمل اور صحیح ہیں اور میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ یہ میرے ادراکی ایف ایف کے درمیان ہونے والے معاملے کا حصہ سمجھے جائیں گے۔ میں مزید اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مجھے اوپر دی گئی ہتھیارات 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 ہتھیاری میں نہیں ہیں) صحیح ہیں۔ میں یہ تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں اقرار نامہ لکھ لیا ہے اور یہ جاننا چاہتی ہوں کہ یہ اقرار نامہ میری اس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھ کو پالیسی دی گئی ہے یا دی جائے گی یا پالیسی میں تبدیلی کی جائے گی۔ میں اس امر سے بخوبی آگاہ ہوں کہ اگر اوپر دی گئی ہتھیارات اور جوابات سچائی پٹنی نہ ہوں یا ہتھیارات کی جان بوجھ کر پروچھی کی گئی ہو تو اس معاملے کی تصدیق یا اس میں کیا جانے والا اضافہ روزانہ سے منسوخ تصور کیا جائے گا اور اس ضمن میں پریشکیم کی صورت میں ادائیگی ہانے والی رقم ای ایف ایف کے لئے منسوخ ہوگی۔

Signature: _____ Date: _____

دستخط

تاریخ

(Incase 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 پروچھی یا پالیسی کی ادائیگی پر اثر انداز ہو سکتی ہے لہذا اگر آپ کو شبہ ہے کہ حقائق میں کوئی تبدیلی یا تبدیلی تو برائے صورت یا انہیں اس سوالنامے میں مشورہ فرم کریں۔