

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

Please answer all questions and provide details where required:

تمام سوالوں کے مفصل اور جامع جواب دیں:

1- What is the exact nature of your work? Give complete details:

۱۔ آپ کے کام پر پیشہ کی نوعیت کیا ہے؟ تفصیل سے بیان کریں:

2- Are you personally/physically involved in performing the work?

Yes  ہاں

No  نہیں

۲۔ کیا آپ ذاتی / جسمانی طور پر کام میں شامل ہیں؟

3- Does your work/job involve any or all of the following:

۳۔ کیا آپ کے کام میں مندرجہ ذیل میں سے کوئی عمل شامل ہے؟

a) Traveling?

Yes  ہاں

No  نہیں

(الف) سفر؟

If yes, then how frequently do you travel:

اگر ہاں، تو سفر کا معمول بیان کریں:

daily  روزانہ once a week  ہفتہ وار once a month  ماہانہ

once in 6 months  شش ماہی rarely  کبھی کبھار

State exact radius of your traveling (in km):

سفر کا دائرہ کار / فاصلہ بیان کریں (کلومیٹر میں):

b) working with electricity?

Yes  ہاں

No  نہیں

(ب) بجلی سے متعلق کام؟

If yes, then give exact voltage at which you work:

اگر ہاں، تو جس وولٹیج پر آپ کام کرتے ہیں اُس کی وضاحت کریں:

c) working on heights?

Yes  ہاں

No  نہیں

(ج) بلندی پر کام؟

If yes, give the exact height (in feet or meters):

اگر ہاں، تو جس بلندی پر آپ کام کے لئے جاتے ہیں اُس کی وضاحت کریں (فٹ یا میٹر میں):

d) working with gases or chemicals?

Yes  ہاں

No  نہیں

(د) گیس یا کیمیکل کے ساتھ کام؟

If yes, then give complete details:

اگر ہاں، تو مکمل تفصیلات بیان کریں:

e) working with explosives?

Yes  ہاں

No  نہیں

(ه) دھماکہ خیز مواد کے ساتھ کام؟

If yes, then give complete details:

اگر ہاں، تو مکمل تفصیلات بیان کریں:

f) lifting or moving heavy goods?

Yes  ہاں

No  نہیں

(ف) بھاری سامان اٹھانا، لانا یا لے جانا؟

If yes, give exact weight in kg:

اگر ہاں، تو وزن بیان کریں (کلوگرام میں):

4- Have you ever suffered any illness or injury as a result of your work?

Yes  ہاں

No  نہیں

۴۔ کیا آپ کو کبھی اپنے پیشہ کی وجہ سے کوئی بیماری، چوٹ یا حادثہ پیش آیا ہے؟

If yes, then provide complete details:

اگر ہاں، تو مکمل تفصیلات بیان 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 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، 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 اقرار نامہ کو سمجھ لیا ہے اور یہ جانتا جانتی ہوں کہ یہ اقرار نامہ میری اس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے پالیسی دی گئی ہے یا پالیسی میں تجدید 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 معاہدے کی تجدید یا اس میں والا 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 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 ٹھوس ہیں یا نہیں تو برائے مہربانی انہیں اس سوالنامے میں ضرور تحریر کریں۔