

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

Please answer all questions and provide details where required:

تمام سوالوں کے مفصل اور جامع جواب دیں:

1- What are your academic and professional qualifications?

۱۔ آپ کی تعلیمی اور پیشہ ورانہ قابلیت کیا ہے؟

2- Please state the exact nature of your business or job:

۲۔ اپنے کاروبار یا ملازمت کی اصل نوعیت بیان کریں:

3- How long have you been associated with this business or job?

۳۔ آپ کتنے عرصے سے اس ملازمت یا کاروبار سے منسلک ہیں؟

4- What are your daily working hours?

۴۔ آپ روزانہ کتنے گھنٹے کام کرتی ہیں؟

5- Please provide details of your precise duties and responsibilities in the business or on the job:

۵۔ کاروبار یا ملازمت میں اپنی ذمہ داریوں کی مکمل تفصیلات بیان کریں:

6- If you are salaried, what was your gross income from salary in the last fiscal year?

۶۔ اگر آپ تنخواہ دار ہیں تو گزشتہ مالی سال میں آپ کی تنخواہ سے آمدنی کتنی تھی؟

7- If you are doing business, what is the extent of your involvement in the daily affairs of business?

۷۔ اگر آپ کاروبار کرتی ہیں، تو آپ کاروباری معمولات میں کس حد تک شامل ہوتی ہیں؟

8- How many people are employed in your business?

۸۔ آپ کے کاروبار میں کتنے لوگ ملازم ہیں؟

a) Full Time: _____ b) Part Time: _____ c) Seasonally: _____

فُل ٹائم

پارٹ ٹائم

سیزنی بھاری

Continued on Page 2

صفحہ نمبر ۲ پر جاری ہے

۹۔ پچھلے تین (۳) سال میں آپ کی کاروباری آمدنی کیابھی ہے؟

9- What has been your income from the business in the last three (3) years?

Year سال	Annual Turnover سالانہ کاروباری حجم	Gross Profit گھل منافع	Net Profit بعد از اخراجات منافع

10- Do you have any other regular source of income apart from your job or business?

Yes ہاں No نہیں

۱۰۔ کیا اس ملازمت یا کاروبار 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):

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 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 ای ایف یو لائف کے درمیان ہونے والے معاہدے کا حصہ سمجھے جائیں گے۔ میں مزید اقرار 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 کرتی ہوں کہ اس فارم میں تمام جوابات اور کوائف (وہ بھی جو میری لکھائی میں نہیں ہیں) صحیح ہیں۔ میں یہ تسلیم کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں اقرار نامہ کو کبھی لیا ہے اور یہ 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 بوجہ پروردہ پوشی کی گئی ہو تو اس معاہدہ کی تجدید یا اس میں کیا جانے والا اضافہ رد و اول سے منسوخ تصور کیا جائے گا، اور اس ضمن میں پریمیہ کی صورت میں ادا کی جانے 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 ٹھوس ہیں یا نہیں تو برائے مہربانی انہیں اس سوال نامے میں ضرور درج کریں۔