



RE: PROPOSAL NO. _____

حوالہ: پروپوزل نمبر:

This statement should be completed by the participant.

یہ سوالنامہ شریک تکافل کی جانب سے مکمل کیا جانا ہے:

Full name: _____

Date of birth: _____

مکمل نام:

تاریخ پیدائش:

Please answer each question and where appropriate provide particulars. برائے ہر باتنی ہر سوال کا جواب دیجئے اور جہاں مناسب ہو تفصیلات بیان کریں۔

1. Have you ever experienced chest pain or discomfort? If so, please provide details about the following: کیا آپ کو کبھی سینے میں درد یا بے چینی کی شکایت ہوئی ہے؟
اگر ہاں تو مندرجہ ذیل تفصیلات بیان کیجئے:
Yes ہاں No نہیں
 - a) Approximate date of first attack: _____ پہلے دورے کی تقریباً تاریخ:
 - b) Date of Last attack: _____ آخری دورے کی تاریخ:
 - c) Frequency with which attacks occur: _____ دورے کی تعداد:
 - d) Duration of attacks: _____ دورے کی مدت:
 - e) With what are the attacks associated, e.g. exercise or exertion, nervousness or excitement, eating? _____ دوروں کی وجہ مثلاً: کثرت یا دباؤ، پریشانی یا اُتاولا پن، کھانا؟
 - f) Have you at any time been unable to work due to chest pain? _____ کیا سینے میں درد کی وجہ سے کام سے کاٹھوئے ہیں۔
 If so, how long were you absent from work? _____ اگر ہاں، تو کام سے غیر حاضری کی مدت بیان کریں:
 Are you now able to work without restriction? _____ کیا اب آپ بنا کسی پابندی کے کام کر سکتے ہیں
 Yes ہاں No نہیں
 - g) Have you received or are you presently receiving any form of medical treatment (If possible, please specify type, dosage and duration) _____ کیا ماضی یا حال میں آپ نے کسی قسم کی ادویات کا استعمال کیا ہے؟
 (If possible, please specify type, dosage and duration) _____ (اگر ممکن ہو تو قسم، مقدار اور مدت بیان کیجئے)
 - h) When any by whom did you last have an electrocardiogram? _____ آخری ایکوکارڈیوگرام، کب اور کس سے کروایا؟
 - i) Do you know what diagnosis, if any, has been made regarding your chest pain? _____ کیا آپ جانتے ہیں کہ سینے میں درد کی کیا تشخیص کی گئی تھی؟
 If so, please specify and provide the name and address of the doctor concerned: _____ اگر ہاں، تو ڈاکٹر کا نام اور پتہ بتائیں؟
2. Do you suffer from any other complaints or diseases? _____ کیا کسی بھی قسم کی کوئی اور شکایت یا بیماریاں؟

I hereby declare that the above answers and statements are true and complete and understand that they shall form part of the contract between me, EFU Life - Window Takaful Operations and Participant's Takaful Fund. I further declare that apart from the details set above, I have not suffered from any illness or accident since applying to the Company for this policy or since the policy was last reinstated or altered and that I am otherwise free from any physical or mental impairment or disability. I confirm that I have checked and found correct all answers and statements in this form, even those that are not in my own handwriting. Further, I have understood the declaration that I have made in this form and also understand that this declaration forms part of my proposal based on which my policy will be issued, reinstated or altered. I am well aware that if any information which ought to be made to the Company is withheld, concealed or any false statement is given in this form, any issuance, reinstatement or alteration made in pursuance of this form may be considered null and void from its inception.

میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ درج بالا جوابات اور بیانات درست اور مکمل ہیں اور یہ بھی سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ یہ میرے، ای ایف یو لائف ونڈرو ٹاکافل آپریشنز اور پارٹسپنٹ تکافل فنڈ (ایف بی ایف) کے درمیان معاہدے کا ایک حصہ ہیں۔ میں مزید اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ پالیسی کے لئے درخواست دہانہ کرنے، اس کی ری انیسٹوٹ یا اس میں کسی تبدیلی کے بعد سے مندرجہ بالا تفصیلات کے علاوہ اب تک مجھے کسی قسم کی کوئی بیماری یا حادثہ پیش نہیں آیا ہے اور میں کسی بھی جسمانی یا ذہنی بیماری یا معذوری میں مبتلا نہیں ہوں۔ میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں تمام جوابات اور بیانات کو درست پایا، وہ جوابات اور بیانات بھی جو میری لکھائی میں نہیں ہیں۔ مزید برآں، میں نے یہ تصدیق نامہ جو میں نے اس فارم میں کی ہے، سمجھا لیا ہے اور یہ بھی سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ یہ تصدیق نامہ میرے پروپوزل کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر میری پالیسی جاری کی جائے گی، دوبارہ بحال کی جائے گی یا اس فارم میں ترمیم کی جائے گی۔ مجھے بخوبی معلوم ہے کہ کبھی کوئی جانے والی کوئی بھی اطلاع اگر میری طرف سے روکی جائے یا چھپائی جائے یا اس فارم میں کوئی غلط بیانی کی جائے، تو اس فارم کے عمل میں کئے جانے والی کوئی بھی اجراء، بحالی یا ترمیم، اپنے آغاز سے ہی کا عہد مزادری جائے گی۔

Date and signature of the Participant _____ تاریخ اور شریک تکافل کے دستخط