

Policy Number _____ Name of Policy Holder _____

پالیسی نمبر

بیسہ دار کا نام

Please make the following changes in my policy structure:

برائے مہربانی میری پالیسی میں مندرجہ ذیل تبدیلیاں کی جائیں۔

Change in Benefits :				
Benefits	Existing Sum Assured	Old Term/Protection Multiple	New Sum Assured	New Term/Protection Multiple
بیمہ بنیاد	موجودہ ذریعہ	پرانی معیار پر تحفظ ملنے پر	نیا ذریعہ	نئی معیار پر تحفظ ملنے پر
Main Plan بنیادی پلان				
Additional Term Assurance (ATA) ایڈیشنل ٹرم اشورنس				
Lifecare Benefit لائف کیئر بیمہ LCI <input type="checkbox"/> LC+ <input type="checkbox"/>				
Family Income Benefit (FIB) خاندانی آمدنی بیمہ				
Income Benefit (IB) آمدنی بیمہ				
Accidental Death & Disability (ADDB) Standard <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> حادثاتی موت اور معذوری بیمہ				
Accidental Death Benefit (ADB) حادثاتی موت بیمہ				
Hospital Care Benefit (HC) ہسپتال کیئر بیمہ Standard <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/>				
Medical Recovery Benefit (MRB) مڈیکل ریکوری بیمہ				
Waiver of Premium (WOP) دیورٹ آف پرییم	Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں		Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں	
Fund Acceleration Premium (If applicable) فنڈ ایکسپیریٹیشن پرییم (اگر لاگو ہو)	Yes <input type="checkbox"/> ہاں	No <input type="checkbox"/> نہیں		
Any other Change:				
مزید کوئی تبدیلی:				

Indexation:

Yes ہاںNo نہیں

تحفظ افزا اجازت

Indexation Type (If applicable) :

 Only Basic Plan Premium Basic Plan Premium and Sum Assured بنیادی پلان کا پرییم اور ذریعہ صرف بنیادی پلان کا پرییم

تحفظ افزا اجازت قسم (اگر لاگو ہو)

(If answer to any of the question except Q1 is "Yes", then please give details in the space for additional information provided below)

(سوال نمبر 1 کے علاوہ دیگر سوال کا جواب (ہاں) ہے تو اضافی تفصیلات نیچے دیئے گئے خانے میں درج کریں)

1. Are you in good health and entirely free from any mental or physical impairments or deformities? _____ Yes ہاں No نہیں
کیا آپ صحت مند ہیں، اور آپ ہر قسم کی ذہنی اور جسمانی بیماری یا معذوری سے مراد ہیں؟
2. Have you ever suffered from or do you now suffer from any of the following:
کیا آپ ماضی میں یا اب مندرج ذیل بیماریوں میں سے کسی بیماری میں مبتلا رہے ہیں:
- i) Diabetes (sugar in urine or raised blood sugar) ? _____ Yes ہاں No نہیں
ذیابیطس (پیشاب میں شکر یا خون میں اضافی شکر)؟
- ii) Hypertension (raised blood pressure) ? _____ Yes ہاں No نہیں
ہائی بلڈ پریشر؟
- iii) Heart ailments (e.g. angina, chest pain, heart attack, coronary artery disease etc) ? _____ Yes ہاں No نہیں
دل کی بیماریاں مثلاً (سینے کا درد، دل کا دورہ، دل کی شریانوں کی بیماری وغیرہ)؟
- iv) Disorders of Liver (e.g Jaundice, Hepatitis A, B or C etc) ? _____ Yes ہاں No نہیں
جگر کی بیماریاں مثلاً (یرقان، ہپاٹائٹس اے، بی، سی وغیرہ)؟
3. Have you ever suffered from illness, injury or operation of any kind not mentioned above (other than trivial complaints)?
کیا آپ کسی قسم کی بیماری یا چوٹ کا شکار ہوئے ہیں یا آپ نے کسی قسم کا آپریشن کروایا ہے (جس کا ذکر اوپر نہیں کیا گیا)؟ (معمولی نوعیت کی بیماری یا چوٹ کے علاوہ)
4. Are there any changes in your occupation to the one provided earlier? _____ Yes ہاں No نہیں
کیا آپ کا پیشہ جو کہ اصل پالیسی کی درخواست یا آخری بار رجح شدہ اقرار نامہ صحت یا کسی بھی سوانح نامہ میں درج تھا تبدیل ہو گیا ہے؟

Additional Information: _____

اضافی تفصیلات

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 as last reinstated, if later), that I am otherwise in good health, I confirm that I have checked and found correct all answers and 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 will be reinstated or altered. 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 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 معاہدہ کا حصہ سمجھے جائیں گے۔ میں جانچ کرنے کے بعد اس بات کی تصدیق کرتا کرتی ہوں کہ اس فارم میں تمام جوابات اور کوائف (وہ بھی جو میری لکھائی میں تحریر نہیں ہیں) صحیح ہیں۔ میں یہ تسلیم کرتا کرتی ہوں کہ میں نے اس فارم میں اقرار نامہ کو کبھی لیا ہے اور یہ جاننا چاہتی ہوں کہ یہ اقرار نامہ میری اس درخواست کا حصہ ہے جس کی بنیاد پر مجھے پالیسی دی گئی ہے یا پالیسی میں تبدیلی یا 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 معاہدہ کی تجدید یا اس میں کیا جانے والا اضافہ روز اول سے منسوخ تصور کیا جائے گا، اور اس ضمن 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: _____

Agency Details

انجینی کی تفصیلات

Sales Consultant's Name: _____ Sales Consultant's Code: _____
سیلز کنسلٹنٹ کا نام سیلز کنسلٹنٹ کا کوڈ

SC's Mobile No. _____ Sales Consultant's Signature: _____ Date: _____
سیلز کنسلٹنٹ کا موبائل نمبر: _____ سیلز کنسلٹنٹ کے دستخط تاریخ

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 the declaration.

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 اس اقرار نامہ میں ضرور تحریر کریں۔