



Family Enrolment Questionnaire Form (FEQ)

Cert ID
(If already issued)

Name of Employee: Gender: Employee ID
In CAPITAL letters First / Middle / Given Name(s) Male/Female (If any)

Employer Name: Designation: Joining Date: Marital Status

Home Address: Marriage Date

Subsidiary/ Location Nationality CNIC No. / Passport No. Date of Birth
(If any)

Bank Name IBAN No. Cell No. Email ID

Please list Family Members (spouse, son, daughter, mother and father) to be covered: *Attach additional sheets if necessary. In case of addition of newborn child or spouse, please attach copy of Birth Certificate for the child and copy of Nikahnama / Marriage Certificate for the spouse.*

S. No.	NAME Please write in CAPITAL letters	Relationship with You	Date of Birth (dd/mm/yy)	Height (ft./in)	Weight (lbs)	CNIC No. / B Form No. (Mandatory)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

DECLARATION: I hereby declare that the statement above is true and complete to the best of my knowledge and belief I have not withheld any information. I understand that the above details together with the application of my employer to EFU Life Assurance Ltd. are the basis for the Group Health Insurance applied for. I hereby authorize any hospital, physician or surgeon who has attended to me or my family members to furnish to EFU Life Assurance Ltd. with any and all information that they may require concerning our medical history and/or examinations. I understand that any false, incorrect, incomplete or misleading statement may invalidate my participation in this group health policy.

Signature of Employee for Self & on behalf of family members being covered _____ Date _____

TO BE FILLED BY THE EMPLOYER

Please specify the plan for this employee

Executive Deluxe Standard

Value Basic

Other _____

Coverage Effective Date: _____

Signature & Stamp of the Employer

Please fill in English only

EFU LIFE ASSURANCE LTD.

Health Office: 37-K, Block-6, PECHS, Karachi-75400.

UAN (021) 111-432-584, (051) 111-432-584, (042) 111-432-584

Call Center (021) 111-4357-00

efulife.com

MyHealth



سوال نامہ برائے فیملی ہیلتھ (FEQ)

برائے مہربانی مندرجہ ذیل تفصیل انگریزی حروف میں پُر کریں، کیونکہ آپ کے ہیلتھ کارڈ (Health Card) پر یہ انگریزی میں ہی پرنٹ کی جائے گی۔

سرٹیفکیٹ آئی ڈی (اگر پہلے جاری کی ہو)	ایمپلائے آئی ڈی (اگر ہو)	جنس مرد/مورت	پہلا اور میاں/مرفیت	ایمپلائے کا نام
ازدواجی حیثیت	کبھی میں تاریخ تقرری	کبھی میں مہدہ	کبھی میں مہدہ	کبھی کا نام
شادی کی تاریخ				گھر کا پتہ
تاریخ پیدائش	سی این آئی سی نمبر/ پاسپورٹ نمبر	قومیت		ذیلی/مقام (اگر کوئی ہو)
ای میل آئی ڈی	موبائل نمبر	آئی بی اے این نمبر		بینک کا نام

برائے مہربانی اہل خاندان (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) کا اندراج کیجئے جن کیلئے انشورنس کا تحفظ درکار ہے۔ شریک حیات یا حالیہ پیدا ہونے والے بچے کا اندراج درکار ہو تو برائے مہربانی شریک حیات کے اندراج کیلئے کلاچ نامہ/میرج سرٹیفکیٹ کی کاپی اور بچے کے اندراج کیلئے پیدائشی سرٹیفکیٹ کی کاپی منسلک کریں۔

S. No.	NAME Please write in CAPITAL letters	Relationship with You	Date of Birth (dd/mm/yy)	Height (ft./in)	Weight (lbs)	CNIC No. / B Form No. (Mandatory)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

یہ حصہ آپ کی کبھی پُر کرے گی۔

Please specify the plan for this employee

Executive Deluxe Standard

Value Basic

Other _____

Coverage Effective Date: _____

Signature & Stamp of the Employer

حلیفہ بیان: میں اس کا اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام تفصیلات میری معلومات اور یقین کے حساب سے درست ہیں اور کوئی بھی حقیقت پوشیدہ نہیں رکھی گئی ہے۔
میں اس بات سے پوری طرح آگاہ ہوں کہ اوپر دیے ہوئے لوائف اور میری کبھی کی درخواست جو ای ایف یو لائف انشورنس لمیٹڈ EFU Life Assurance Ltd. کو پیش کی گئی ہے اس گروپ انشورنس پالیسی کی بنیاد نہیں ہے جس کے لیے درخواست دی گئی ہے۔ نیز میں کسی بھی ہسپتال سرجن (Surgeon) یا فزیشن (Physician) جہاں یا جس سے میں یا میرے خاندان کا کوئی فرد علاج کرا چکا ہو، کو اختیار دیتا / دیتی ہوں کہ وہ ای ایف یو لائف انشورنس لمیٹڈ EFU Life Assurance Ltd. کو کسی بھی قسم کی معلومات جو ان کو طبی ریکارڈ یا تشخیص کے سلسلے میں درکار ہو، فراہم کریں۔ میں جاننا/جانتی ہوں کہ جھوٹ، غلط، نامکمل اور گراہکن بیان میری ہیلتھ کا نقل پالیسی میں شرکت کو منسوخ کر سکتا ہے۔

تاریخ

کبھی کے ملازم کے دستخط (اپنی اور اپنے خاندان کی طرف سے)

EFU LIFE ASSURANCE LTD.

Health Office: 37-K, Block-6, PECHS, Karachi-75400.



UAN (021) 111-432-584, (051) 111-432-584, (042) 111-432-584



Call Center (021) 111-4357-00



efulife.com



MyHealth