HEMAYAH
EFU FAMILY TAKAFUL

# سوال نامہ برائے فیملی ہیلتھ

سرٹیفکیٹ آئی ڈی ______ (اگر پہلے جاری کی ہو)

(یہ فارم صرف انگریزی میں پُر کیجئے)

**ہدایات:** اس فارم کو پُر کرنے سے پہلے مندرجہ ذیل باتوں کا دھیان رکھنا ضروری ہے:۔

ا۔ آپ اپنی مکمل میڈیکل ہسٹری بیان کریں۔

۲۔ اگر پالیسی لینے سے پہلے کوئی بیماری (Pre-existing medical condition) ہو چکی ہے۔ جس کا ذکر فارم میں نہیں کیا گیا تو اس بیماری/طبی کیفیت پر ہونے والے اخراجات کا مطالبہ (Claim) ہم نامنظور کر سکتے ہیں۔ اگر آپ اس بیماری کا مکمل ذکر کر دیں تو ممکن ہے ہم اس کو بھی تکافل کر دیں۔ لہٰذا یہ آپ کے مفاد میں ہے کہ اپنی میڈیکل ہسٹری میں ہر بیماری کا مکمل ذکر کریں۔

''پہلے سے موجود طبی کیفیت'' سے مراد کوئی ایسی بیماری، مرض، ڈیزیز، انجری، علامات متوقع بیماری کی صورت یا اس میں پوشیدہ کوئی وجہ، کنڈیشن، بیماری، مرض، ڈیزیز، انجری یا کسی بیماری کی علامات کا خطرہ ہے یا اس کے بلواسطہ یا بلاواسطہ اثرات کے باعث کسی دوسری بیماری کی وجہ بنتی ہو اور اس کا علاج کیا گیا ہو یا زیرِ علاج ہو، یا کوئی علاج درکار ہو یا اس کی جانچ کی جا رہی ہو چاہے تکافل کے لئے درخواست دینے سے قبل کوئی طبی مشاورت نہ کی گئی ہو یا جانچ یا علاج کی ضرورت محسوس نہ کی گئی ہو۔

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

ضروری ہدایات: برائے مہربانی Employee اپنی (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) جن کی عمریں 18 سال سے اوپر ہیں کے سی این آئی سی نمبر/پاسپورٹ نمبر (غیر ملکی کی صورت میں) فراہم کریں۔

ایمپلائی کا نام ______ (پہلا/درمیانہ/عرفیت) | جنس ______ مرد/عورت | ایمپلائی آئی ڈی ______

کمپنی کا نام ______ | کمپنی میں عہدہ ______ | کمپنی میں تاریخ تقرری ______ | ازدواجی حیثیت ______ (اگر ہو)

گھر کا پتہ ______ | شادی کی تاریخ ______

ذیلی/مقام (اگر کوئی ہو) ______ | قومیت ______ | سی این آئی سی نمبر/پاسپورٹ نمبر ______ | تاریخ پیدائش ______

بینک کا نام ______ | آئی بی اے این نمبر ______ | موبائل نمبر ______ | ای میل آئی ڈی ______

برائے مہربانی اہل خاندان (اہلیہ/شوہر/بچے/والدین) کا اندراج کیجئے جن کیلئے تکافل کا تحفظ درکار ہے۔ شریک حیات یا حالیہ پیدا ہونے والے بچے کا اندراج درکار ہو تو برائے مہربانی شریک حیات کے اندراج کیلئے نکاح 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. | | | | | | |

| سوال | جی ہاں | جی نہیں |
|---|---|---|
| سوال نمبر ا: کیا تکافل پالیسی کے لئے درخواست دینے سے پہلے یا دیتے وقت آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد (شوہر/بیوی/بچے/والدین) | | |
| ا۔ کسی طبی بیماری یا چوٹ کا شکار ہو چکے ہیں؟ ...... | ☐ | ☐ |
| ب۔ اپنی کسی ایسی بیماری یا چوٹ سے آگاہ ہیں جس کی کسی ڈاکٹر نے تشخیص نہ بھی کی ہو؟ ...... | ☐ | ☐ |
| ج۔ اپنی بیماری کی تشخص کسی ڈاکٹر، حکیم یا ہومیو پیتھ سے کرا چکے ہوں (چاہے علاج نہ بھی شروع کیا گیا ہو)؟ ...... | ☐ | ☐ |
| د۔ ڈاکٹر کے مشورے سے یا اس کے بغیر بھی کسی دوا کا ۷ دن سے زیادہ لگاتار استعمال کر چکے ہوں؟ ...... | ☐ | ☐ |
| ہ۔ کسی دماغی یا جسمانی معذوری کا شکار رہے ہوں؟ ...... | ☐ | ☐ |
| سوال نمبر ۲۔ کیا آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد تمباکو نوشی یا شراب نوشی کرتا ہے؟ اگر آپ کا جواب ''ہاں'' ہے تو تعداد/مقدار لکھئے۔ ...... | ☐ | ☐ |
| سوال نمبر ۳۔ کیا آپ اور آپ کے خاندان کے مذکورہ بالا افراد اچھی صحت کے حامل ہیں؟ ...... | ☐ | ☐ |
| سوال نمبر ۴۔ ا۔ کیا آپ کی زوجہ (یا خاتون ہونے کی صورت میں آپ خود) حاملہ ہیں؟ اگر ''ہاں'' تو کتنے مہینے سے؟ ...... | ☐ | ☐ |

ب۔ برائے مہربانی آخری زچگی کی تاریخ کا حوالہ دیں (اگر کوئی ہو) ......

اگر آپ نے پہلے سوال کے کسی حصے (ا تا ہ) کا جواب جی ہاں میں دیا ہے تو اس کی تفصیلات نیچے دیے گئے خانوں میں پُر کریں۔ جگہ کم ہونے کی صورت میں اضافی کاغذ استعمال کیجئے۔

برائے مہربانی تمام متعلقہ/ضروری میڈیکل رپورٹس کی کاپی بھی منسلک کیجئے۔

| اس فرد کا نام جس کی بیماری کا اوپر ذکر کیا گیا ہو | برائے مہربانی اپنی طبی بیماری، اس کی مدت، کی گئی تفتیشات (Investigations) بمہ نتائج اور علاج کی تفصیل کے ساتھ یہ بھی بیان کریں کہ کیا مزید علاج کی ضرورت ہے یا اِسے تجویز کیا گیا ہے۔ | علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ ہسپتال کا نام اور پتہ |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**حلفیہ بیان:** میں اِس کا اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا تمام تفصیلات میری معلومات اور یقین کے حساب سے دُرست ہیں اور مکمّل ہیں اور کوئی بھی حقیقت پوشیدہ نہیں رکھی گئی ہے۔ میں اِس بات سے پوری طرح آگاہ ہوں کہ یہ طبی حلف نامہ اور میری کمپنی کی درخواست جو ای ایف یو لائف ایشورنس لمیٹڈ۔ ونڈو تکافل آپریشنز (EFU Life Assurance Ltd- Window Takaful Operations) کو پیش کی گئی ہے اس گروپ ہیلتھ تکافل پالیسی کی بنیاد بنیں گے جس کیلئے 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 ایشورنس لمیٹڈ۔ ونڈو تکافل آپریشنز (EFU Life Assurance Ltd-Window Takaful Operations) کو کسی بھی قسم کی معلومات جو اِن کو طبّی ریکاڈ یا تشخیص کے سلسلے میں درکار ہو، فراہم کریں۔ میں جانتا/جانتی ہوں کہ جھوٹ، غلط، نامکمل اور گمراہ کن بیان میری اس ہیلتھ تکافل پالیسی میں شرکت کو منسوخ کر سکتا ہے۔

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

______ تاریخ

یہ حصہ آپ کی کمپنی پُر کرے گی۔

**Please specify the plan for this employee**

A Executive B Deluxe C Standard
D Value E Basic

Other ______

Coverage Effective Date: ______

**Signature & Stamp of the Employer**

## EFU LIFE ASSURANCE LTD.
## WINDOW TAKAFUL OPERATIONS

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