EFU LIFE

سوال نامہ برائے فیملی ہیلتھ

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

(یہ فارم صرف انگریزی میں پُر کیجئے)

سرٹیفکیٹ آئی ڈی ______ (اگر پہلے جاری کی ہو)

۱۔ 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 انشور 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 زیر علاج ہو، یا کوئی علاج درکار ہو یا اس کی جانچ کی جا رہی ہو چاہے انشورنس 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 ______ (اگر ہو)

کمپنی کا نام ______ کمپنی میں عہدہ ______ کمپنی میں تاریخ تقرری ______ ازدواجی حیثیت ______

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 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 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.						

	جی ہاں	جی نہیں
سوال نمبر ۱: کیا انشورنس 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 دے 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 ھسپتال کا نام اور پتہ

حلفیہ بیان: میں اس 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 (EFU Life Assurance Ltd.) کو پیش کی گئی ہے اس گروپ ہیلتھ انشورنس 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 (EFU Life Assurance Ltd.) 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 انشورنس 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