

Claimant's Statement Form - D1

دعویدار کا بیان فارم



کلمہ کنندہ کا بیان

1. Claimant's Information

Claimant's/Nominee Name: اسد اللہ		Date of Birth: 4-01-1983	
Relationship with Deceased: موتی کے ساتھ رشتہ:	CNIC: 519460 1840507 1	CNIC Issue Date: 8-06-2020	قومی شناختی کارڈ نمبر
Claiming the benefit as: Nominee ☐ مستفید Successor ☐ وارث Employer ☐ کاروبار Guardian ☐ سرپرست Other (Specify) ☐ دیگر (مذکورہ بالا میں سے کسی ایک کو منتخب کریں)	Claimant's Occupation: کلمہ کنندہ کا پیشہ: گلیپ اسٹریٹ محکمہ صحت	Title of Business or Employer Name: سیرماری ہاؤس	کلمہ کنندہ کا نام:
Claimant's Address: مکمل پتہ: صوفیہ امان محمدیہ		Land Line Number: 03023821533	
Mobile Number: 03023821533		Land Line Number: 03023821533	

2. Deceased Information

Deceased Name: عبدالغنی		Father/Husband Name: عبدالغنی	
CNIC: 519460 1840507 1	Date of Birth: DD MM YY YY	تاریخ پیدائش:	
Deceased Occupation: CHW	Date of joining/Start of business: 2016	Designation: CHW	Employer Name: سیرماری ہاؤس
Business Address: مکمل پتہ:		Last working day: پیرس کا پتہ:	
Takaful Membership Number: PK07NBPA 1998004320622555	Amount of Claim (as per PMD): ممبرشپ نمبر	Monthly Salary: مہینہ کی تنخواہ	Bank Details: بینک تفصیل
Claimant's complete (IBAN) bank account number: PK07NBPA 1998004320622555		Bank Details: بینک تفصیل	

3. Takaful / Insurance History

Was deceased covered by takaful / Insurance from any other company (If the answer is yes, Please provide Detail below)		Yes ☐ ہاں No ☐ نہیں	کیا موتی کسی اور کمپنی / انشورنس میں بھی کورڈ تھے۔ (اگر جواب ہاں ہے تو درج ذیل تفصیل مہیا کریں)
Number of membership Policy: ممبرشپ پالیسی کی تعداد	Date of Issue: تاریخ اجراء	Company's Name and Address: کمپنی کا نام اور پتہ	

4. Detail of Death Claimed

Date of Death: 18-05-2025	Time of Death: 7:00 PM	Cause of Death: ہارٹ اٹیک
Place & Address of Death: موتی کا مقام اور پتہ: صفی محمد محمدیہ ہسپتال محمدیہ		

5. Past medical history

Date when the deceased complained about his/her illness: دو تاریخ جب موتی نے اپنی بیماری کی شکایت کی	Duration of illness/sickness: 10 دن		
What was the complaint/symptoms? شکایت / علامت کیا تھیں؟			
Detail of medical History of all treatment taken in previous two years prior to death: علامت کی تمام پہلے ہسپتال کی تفصیل جو وفات کے دو سال پہلے کیا گیا			
Complaint/illness: شکایت بیماری	Date of Diagnosis: تاریخ تشخیص	Name of doctor/Hospital attended: ڈاکٹر ہسپتال کا نام جہاں سے علاج کر دیا	Duration of Treatment: علاج کا دورانیہ

6. Declaration

I hereby declare that the answers to all the questions were entered completely and truthfully and nothing has been concealed or misrepresented. I hereby authorize Pak-Qatar Family Takaful Ltd.

1. Knowing that the authorization will be used in determining the eligibility of the payment of death benefit in this (ese) contracts and will be used for processing of these benefits only.

2. To require and collect medical and non-medical information regarding the deceased from all hospitals/doctors, medical facilities, federal, provincial and local government agencies, law enforcement agencies, Federal Bureau of Revenue, NADRA, Banks, takaful, insurance Retakful and reinsurance companies and request all of them to provide all such information pertaining to the deceased.

3. And the deceased had during his life time authorized the company to have access to such information pertaining him.

میں اس بات کا اقرار کرتا ہوں کہ تمام سوالات کے جواب صحیح مکمل اور سچ پائی ہیں مزید یہ کہ اس کے علاوہ کوئی بھی نہ چھپایا گیا ہے اور نہ ہی غلط بیان کی گئی ہے۔

میں پاک تاقول فیملی تکافل کو اختیار دیتا ہوں اور یہی ہوں:

1. اس بات کو جانے ہوئے کہ وفات کے دوران فراہم کی گئی معلومات وفات کی صورت میں ملنے والے فوائد کی وصولی کی اہلیت کا تعین کرنے اور صرف ان فوائد کی پرمیٹنگ کے لئے استعمال کی جائیں گی۔

2. مزید یہ کہ موتی سے متعلق ہر کام معلومات خود کو دینی ہو یا غیر ملکی ہسپتالوں / ڈاکٹروں / طبی مراکز / صوبائی اور مقامی حکومتی ایجنسیوں، قانون نافذ کرنے والے ادارے، وفاقی ادارہ برائے آمدنی (NADRA)، بینک، تکافل، انشورنس، ریٹاکفل اور ری انشورنس کمپنیوں سے معلومات فراہم کرنے میں کارآمد ہوگی۔

3. اور موتی نے اپنی زندگی کے دوران اپنی کمپنی کو اس سے متعلق اس طرح کی معلومات رسائی حاصل کرنے کا اختیار دیا ہے۔

Signature of Claimant & Stamp with Date

دعویدار کے دستخط اور ممبر محمد تاریخ



021 34311747-56 | life.claims@pakqatar.com.pk | www.pakqatar.com.pk

A Pak-Qatar Group Company: Pakistan's Premier and Pioneer Islamic Financial Services Group